



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais

Mestrado em Gestão

Especialização em Gestão e Administração de Unidades de Saúde

**Obesidade na Infância e Adolescência: o
papel da condição crónica e da
sintomatologia psicopatológica na qualidade
de vida e rendimento escolar**

Vera Lúcia Domingues Gonçalves de Almeida

Orientadora: Professora Doutora Célia Ribeiro

Viseu, outubro, 2012

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais

Mestrado em Gestão

Especialização em Gestão e Administração de Unidades de Saúde

**Obesidade na Infância e Adolescência: o
papel da condição crónica e da
sintomatologia psicopatológica na qualidade
de vida e rendimento escolar**

Vera Lúcia Domingues Gonçalves de Almeida

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para o cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de mestre em Gestão, especialização em Gestão e Administração de Unidades de Saúde, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Célia Ribeiro.

Viseu, outubro, 2012

DEDICATÓRIA

À memória de meus pais, exemplos de força e abnegação, bases da minha educação, que semearam e cuidaram com atenção e carinho o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos meus professores que, com dedicação e empenho, souberam ensinar-me e orientar-me para que esse crescimento seja possível e que continue indeterminadamente.

Ao Horácio e ao Gil, que me fazem sempre querer continuar e melhorar.

AGRADECIMENTOS

Este espaço destina-se àqueles que, embora de formas diferentes, contribuíram para que esta dissertação fosse realizada. A todos eles, deixo os meus agradecimentos sinceros.

À minha orientadora, Professora Doutora Célia Ribeiro, pelo rigor da sua orientação, compreensão e disponibilidade manifestadas em todas as ocasiões.

Aos autores dos questionários utilizados, pela prontidão com que os disponibilizaram.

À Diretora da escola onde o estudo foi realizado, pela colaboração no apoio logístico para a recolha de dados.

Aos meus colegas de Educação Física, pela colaboração prestada no rastreio do peso e altura dos alunos.

Aos pais dos alunos que autorizaram a sua participação, viabilizando, assim, o estudo.

Aos alunos participantes, pela colaboração, disponibilidade, empenho e responsabilidade demonstrados; sem eles, esta investigação não teria acontecido.

Aos colegas de mestrado, em particular à Ângela e Patrícia, pelo encorajamento constante e partilha de conhecimentos.

À Roberta, por partilhar comigo o seu conhecimento e pelo incentivo incondicional.

À minha irmã, Clara, pela sua disponibilidade para traduzir para inglês o resumo desta dissertação.

Aos amigos, pelo encorajamento nos momentos mais difíceis.

Aos meus irmãos, pela compreensão e por acreditarem em mim.

Ao Horácio e ao Gil, pela enorme compreensão e por terem estado, sempre, presentes.

RESUMO

Na atualidade, observam-se elevadas prevalências de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes. Estudos demonstram que as crianças e adolescentes com essa condição podem apresentar sintomatologia psicopatológica, menor qualidade de vida (QdV) e menor rendimento escolar.

O presente estudo pretendeu avaliar a sintomatologia psicopatológica, QdV geral e rendimento escolar de crianças e adolescentes com excesso de peso e obesidade, por comparação com crianças e adolescentes com peso normal.

No estudo quantitativo, correlacional, transversal, com 229 crianças e adolescentes dos 10 aos 18 anos de idade de uma escola da região de Lafões, recolheram-se autorrelatos anónimos através dos questionários SDQ (versão portuguesa), KIDSCREEN-10© e fichas de dados sociodemográficos e clínicos. Os participantes conheceram os objetivos da investigação através de carta de consentimento informado. Os pais dos menores de idade autorizaram a sua participação. Ao rastreio do peso e altura, realizado pelos professores de Educação Física em outubro de 2011, seguiu-se a classificação do estado nutricional através do índice de massa corporal (IMC) percentilado. Foram formados três grupos, o primeiro com 122 crianças e adolescentes com peso normal (percentil de IMC >5 e ≤ 85), o segundo com 57 crianças e adolescentes com excesso de peso (percentil de IMC >85 e ≤ 95) e o terceiro com 50 crianças e adolescentes com obesidade (percentil de IMC >95).

Concluiu-se que os participantes obesos e com excesso de peso apresentaram pontuações significativamente inferiores na QdV e superiores na sintomatologia psicopatológica, quando comparados com os normoponderais. O grupo de participantes obesos foi o que registou menor média no rendimento escolar. Recomenda-se mais investigação e novas estratégias de prevenção e combate à obesidade.

Palavras-chave: Obesidade, excesso de peso, QdV geral, sintomatologia psicopatológica, rendimento escolar.

ABSTRACT

Recently, there have been increased prevalences of overweight and obesity in children and adolescents. Studies show that children and adolescents with this condition may present with psychopathological symptoms, lower quality of life (QoL) and lower school performance.

The present study sought to assess the psychopathological symptoms, general QoL and school performance of children and adolescents who are overweight or obese, by comparison with children and adolescents with normal weight.

In a quantitative, correlational and cross study, with 229 children and adolescents from 10 to 18 years old, in a school in the area of Lafões, through SDQ (Portuguese Version) and KIDSCREEN-10© questionnaires and records of sociodemographic and clinical data, anonymous self-reports were collected. Participants were made aware of the objectives of the research through the informed consent letter. Parents of the minors authorized their participation. Following the tracking of the weight and height, by the physical education teachers in October 2011, it was performed the assortment of the nutritional status through the body mass index (BMI) percentile. The sample was divided into three groups: the first group was comprised of 122 children and adolescents with normal weight (BMI percentile >5 and ≤ 85), the second group contained 57 overweight children and adolescents (BMI percentile >85 and ≤ 95), and the third group included 50 obese children and adolescents (BMI percentile >95).

It was concluded that the obese and overweight participants had significantly lower QoL scores and higher psychopathological symptoms, when compared to the normal weight group. The group of obese participants had the lowest school performance. More research and new strategies to prevent and fight obesity are recommended.

Keywords: Obesity, overweight, overall QoL, psychopathological symptoms, school performance.

Lista de Siglas, acrónimos e abreviaturas

% – Por cento

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ANOVA – *Analysis of Variance Between Groups*

APA – *American Psychological Association*

BMI – *Body Mass Index*

BSIJ – Boletim de saúde infantil e juvenil

CE – Comissão Europeia

CID – Classificação internacional de doenças

Cm – Centímetros

CNPD – Comissão Nacional de Proteção de Dados

DGIDC – Direção Geral de Desenvolvimento e Inovação Curricular

DGS – Direção Geral de Saúde

DP – Desvio padrão

Dr. – Doutor

DSM-IV – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*

EPQ – *Eysenck Personality Questionnaire*

H – Hipótese

HC – Hidratos de carbono

HRQOL – *Health-Related Quality of Life*

IC – Intervalo de confiança

IMC – Índice de Massa Corporal

IOTF – *International Obesity Task Force*

Kg – Quilograma

Kg/m² – Quilograma(s) por metro quadrado

KIDSCREEN – Proteção e Promoção da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

m – Metro

Max. – Máximo

Min. – Mínimo

n – Amostra

NCHS – *National Centre for Health and Statistics*

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – Significância (em estatística)

PNCO – Programa Nacional de Combate à Obesidade

QdV – Qualidade de vida

QI – Quociente de Inteligência

QoL – *Quality of Life*

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

SDQ – *Strengths and Difficulties Questionnaires*

SNK – *Student-Newman-Keuls*

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

WFMH – *World Federation Mental Health*

WHO – *World Health Organization*

WHOQOL – *The World Health Organization Quality of Life*

Índice geral

| | |
|-----------------|---|
| INTRODUÇÃO..... | 1 |
|-----------------|---|

Parte I - Enquadramento teórico

| | |
|--|----|
| CAPÍTULO 1: Obesidade | 11 |
| 1.1 Breve abordagem histórica | 11 |
| 1.2 Definição e fenómeno epidemiológico | 12 |
| 1.3 Diagnóstico de obesidade em idade pediátrica | 15 |
| 1.4 Classificação da obesidade | 17 |
| 1.5 Obesidade e ambiente..... | 18 |
| 1.6 Obesidade e atividade/inatividade física | 21 |
| CAPÍTULO 2: Obesidade e sintomatologia psicopatológica..... | 25 |
| 2.1 Evidências..... | 25 |
| 2.2 Depressão e obesidade em idade pediátrica | 28 |
| 2.3 Ansiedade e Obesidade em idade pediátrica | 29 |
| 2.4 Autoconceito e Obesidade em idade pediátrica | 31 |
| CAPÍTULO 3: Obesidade e rendimento escolar | 35 |
| 3.1 Conceito de rendimento escolar..... | 35 |
| 3.2 Fatores associados ao rendimento escolar | 36 |
| 3.3 Rendimento escolar e obesidade – o estado da arte | 39 |
| CAPÍTULO 4: Obesidade e qualidade de Vida..... | 43 |
| 4.1 Conceito de Qualidade de Vida e definições | 43 |
| 4.2 Contributo da equipa KIDSCREEN para a avaliação da QdV..... | 47 |
| 4.3 Contributo do Strengths and Difficulties Questionnaire para a avaliação de psicopatologias | 50 |

Parte II - Estudo empírico

| | |
|---|----|
| CAPÍTULO 1: Metodologia da investigação empírica..... | 55 |
| 1.1 Justificação para a escolha do estudo | 55 |
| 1.2 Objetivos do estudo..... | 56 |
| 1.3 Formulação de Hipóteses | 57 |
| 1.4 Variáveis relevantes para os objetivos e para as hipóteses..... | 58 |

| | |
|--|----|
| 1.5 Tipo de investigação..... | 61 |
| 1.6 População e amostra..... | 61 |
| 1.7 Caracterização da amostra..... | 63 |
| 1.8 Instrumentos utilizados na recolha de dados | 65 |
| 1.9 Procedimentos de recolha e tratamento de dados | 68 |
| 1.10 Procedimentos éticos..... | 68 |
| 1.11 Metodologia utilizada no tratamento dos dados | 70 |
| CAPÍTULO 2: Apresentação, análise e discussão dos resultados | 71 |
| 2.1 Associação do grupo do IMC com sexo, idade e ano de escolaridade | 71 |
| 2.2 Caracterização da sintomatologia psicopatológica | 72 |
| 2.3 Caracterização da QdV geral..... | 74 |
| 2.4 Caracterização do rendimento escolar..... | 75 |
| 2.5 Síntese | 76 |
| 2.6 Discussão dos resultados | 77 |
| 2.6.1 Discussão de natureza metodológica | 78 |
| 2.6.2 Discussão dos resultados propriamente ditos..... | 80 |
| 2.6.2.1 Prevalências de excesso de peso e Obesidade | 80 |
| 2.6.2.2 Obesidade e Sintomatologia psicopatológica | 81 |
| 2.6.2.3 Obesidade e QdV geral..... | 83 |
| 2.6.2.4 Obesidade e Rendimento escolar | 84 |
| CONCLUSÃO..... | 87 |
| BIBLIOGRAFIA | 93 |

Anexos

Apêndices

Índice de tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - População, amostra e subgrupos..... | 63 |
| Tabela 2 - Caracterização dos alunos segundo o sexo, idade, ano de escolaridade, média das notas, IMC médio, percentil e diagnóstico de obesidade. | 64 |
| Tabela 3– Associação do grupo de IMC com o sexo, idade e ano de escolaridade. | 71 |
| Tabela 4– Questionário SDQ – avaliação da sintomatologia psicopatológica segundo o IMC..... | 74 |
| Tabela 5 - Escala KIDSCREEN-10© - avaliação da QdV segundo o grupo de IMC..... | 75 |
| Tabela 6 – Rendimento escolar segundo o grupo de IMC..... | 76 |
| Tabela 7 – Critérios de classificação do excesso de peso e obesidade..... | 78 |
| Tabela 8 – Frequência de excesso de peso/obesidade em crianças e adolescentes portugueses | 79 |

INTRODUÇÃO

Na atualidade, a obesidade apresenta-se como um dos mais sérios problemas de saúde a nível global. Considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um problema de saúde pública, tem implicações médicas e psicológicas muito significativas que afetam crianças e adolescentes (World Health Organization [WHO], 1998).

Dados do *International Obesity Task Force* (IOTF, 2000) demonstram que, nos últimos anos, a prevalência de obesidade tem vindo a aumentar de forma alarmante em todo mundo e que a ela se atribui grande parte da responsabilidade pelo aumento de mortalidade e morbidade entre os indivíduos (Cole, Bellizzi, Flegal, & Dietz, 2000; Dietz, 1998). Na idade pediátrica, a prevalência da obesidade tem também vindo a aumentar em termos globais, sendo atualmente considerada a doença crónica mais comum nesta idade e, de acordo com dados do IOTF (WHO, 2004), estima-se que a prevalência mundial de sobrepeso¹ e obesidade seja em 2015 e 2025, respetivamente, de 10% e 23% em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos (Sousa, 2006).

Em Portugal, um estudo de Padez, Fernandes, Mourão, Moreira e Rosado (2004), envolvendo crianças dos 7 aos 9 anos, refere que os valores da prevalência de sobrepeso e de obesidade são, respetivamente, de 33% para o género feminino e 28% para o género masculino. Mais recentemente, Sardinha e colaboradores (2010), num estudo realizado com 22 048 crianças e adolescentes portugueses entre os 10 e os 18 anos, apresentam respetivamente valores de prevalência de sobrepeso e obesidade de 21.6% e 32.7% em raparigas e de 23.5% e 30.7% em rapazes.

As elevadas prevalências de sobrepeso e obesidade que se verificam a nível nacional têm gerado grande preocupação e impuseram a definição e implementação de estratégias de prevenção que conduzam a uma reversão desta condição, através do Programa Nacional de Combate à Obesidade (PNCO, 2005). Na perspetiva de Waine (2007), tratando-se de uma condição crónica, a obesidade exige uma conjugação de esforços continuados para ser controlada, visto que está a tornar-se uma ameaça para a saúde e um importante fator de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças. Com uma melhoria da sua

¹Sobrepeso, excesso de peso e pré-obesidade são expressões utilizadas por diferentes autores, como refere Bray (1997), para se referirem a valores de Índice de Massa Corporal entre os 25 e os 30 Kg, no caso da população

condição crónica de saúde, os obesos podem ter uma melhoria acentuada ao nível da saúde e da qualidade de vida (Eckersley, 2001) que, segundo Padez e colaboradores (2004), tende a ser diminuída entre a população obesa.

A obesidade em crianças e adolescentes constitui ainda um problema grave de saúde, na medida em que pode originar patologias que tendem a persistir na idade adulta (Freedman, Ogden, Berenson, & Horlick, 2005; Weigel et al., 2008). Tendo em linha de conta, também, que aspetos emocionais podem estar relacionados com a obesidade, favorecendo muitas vezes o desenvolvimento de psicopatologias (ansiedade, depressão e dificuldades comportamentais), é fundamental compreender o papel da presença destes distúrbios na etiologia da obesidade infantil (Luiz, Gorayeb, Liberatore, & Domingos, 2005).

Na origem do excesso de peso e da obesidade, o indivíduo possui um desequilíbrio energético positivo, que é consequência de uma ingestão energética superior à energia que é despendida (Meyer, 2008). De acordo com Rêgo (2008), fazer o diagnóstico e definir obesidade em crianças e adolescentes são tarefas difíceis e controversas. A propósito dos métodos e técnicas de diagnóstico da obesidade, a autora refere que a utilização do Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela razão entre o peso (kg) e a altura² (m²), se apresenta como um método de fácil avaliação e de considerável sensibilidade, sendo o mais utilizado na classificação do estado nutricional e na definição do excesso de peso e obesidade. Contudo, considerando que o crescimento de crianças e adolescentes é bastante variável, não se deve utilizar o valor absoluto do IMC considerado para a população adulta; deve utilizar-se um valor percentilado que consta de gráficos de curvas de IMC elaboradas com base em estudos populacionais por sexo e idade e que fazem parte do boletim de saúde infantil e juvenil (BSIJ) para os indivíduos em idade pediátrica, conforme orientações emanadas da Direção Geral de Saúde em 2005 (Rêgo, 2008).

No entanto, parecendo fácil diagnosticar a obesidade através do IMC, a sua terapêutica apresenta-se uma tarefa extremamente difícil. Brownell e O'Neil (1999), referindo-se aos fatores genéticos, culturais, económicos, emocionais e comportamentais que contribuem para a etiologia da obesidade, atribuem a dificuldade do tratamento às diferentes e possíveis combinações que esses fatores podem ter nos indivíduos. Para além das consequências em órgãos e sistemas, são as complicações que a obesidade gera no indivíduo aos níveis comportamental e psicológico que são mais comuns e se revelam mais precocemente (Dietz, 1998). Distúrbios do foro psicológico como depressão, ansiedade e défices de habilidades

sociais podem ser notados em indivíduos com obesidade, seja ela endógena² ou exógena³, havendo investigadores que questionam se estes distúrbios são causa ou efeito no processo de aumento de peso (Damiani, Carvalho, & Oliveira, 2000).

É importante realçar que a obesidade leva a que alguns indivíduos se vejam obrigados a travar significativos conflitos interiores para perderem peso. Esta condição pode conduzi-los a um excesso de preocupação com a dieta, controlo do peso, a processos de autocondenação e depressão, bem como a repetidos ciclos de perda e ganho de peso (Brownell & O'Neil, 1999). Nas crianças e adolescentes com obesidade, este processo pode tornar-se particularmente pernicioso e resultar em problemas psicossociais graves, uma vez que, desde muito cedo, são alvo de discriminação sistemática e, à medida que crescem, os efeitos dessa segregação constituem uma sobrecarga para o seu processo de desenvolvimento (Hill & Lissau, 2002).

Numa perspetiva interacionista do modelo do funcionamento circular de Lerner, a aparência física de um indivíduo induz respostas nos outros, sendo estas percecionadas pelo indivíduo, o que, por sua vez, influencia a perceção que tem de si próprio (Lerner & Jovanovic, 1990). Assim, o adolescente com obesidade, com uma capacidade cognitiva e de introspeção e egocentrismo caraterísticos dessa fase da sua vida, fica particularmente vulnerável ao impacto resultante do *feedback* social da sua aparência (Lapsley, Milstead, Quintana, Flannery, & Buss, 1986).

A literatura evidencia que as investigações têm incidido tanto sobre consequências nefastas da obesidade para a saúde física dos indivíduos (Blair, Stewart-Brown, Waterston, & Crowther, 2003; Heshka & Hysmsfield 2001; Thompson, 1997a) como sobre as consequências psicológicas (Antipatis & Gill, 2001), podendo estas dar origem a psicopatologias.

Entre as psicopatologias estudadas em idade pediátrica, a depressão tem recolhido crescente interesse devido à frequência com que este diagnóstico aparece. A Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional das Doenças – CID-10, determinada pela Organização Mundial de Saúde – OMS (1993, citado por Sousa, 2006), caracteriza a depressão, principalmente, pelo sofrimento causado por humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida, fadiga aumentada e atividade diminuída. Refere a mesma fonte que também podem ser encontrados outros sintomas em quadros depressivos, como por exemplo: concentração, atenção, autoestima e autoconfiança reduzidas; ideias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas de futuro; ideias ou atos autolesivos ou

²Causada por alterações metabólicas.

³Causada por ingestão excessiva de alimentos.

suicídio; perturbações do sono; diminuição do apetite. Salienta-se, também, que os quadros depressivos desencadeiam uma série de alterações aos níveis comportamental, biológico, cognitivo, emocional e somático que, na maioria das vezes, se associam a outras queixas, designadamente a ansiedade (Kovacs, Gatsonis, Paulauskas, & Richards, 1989).

Na sociedade atual, verifica-se uma certa tendência para marginalizar os indivíduos obesos, discriminando-os sob o ponto de vista estético e culpabilizando-os pelo seu estado, aumentando as suas dificuldades em aspetos de relacionamento social, afetivo, nas saídas profissionais e, conseqüentemente, o risco desses indivíduos virem a desenvolver quadros psicopatológicos (Ballone, 2007). Com efeito, as conseqüências das más experiências a nível psicossocial são dos episódios mais marcantes na vida do indivíduo, podendo comprometer o seu desenvolvimento na adolescência (Carvalho, 2001).

Enquanto grupo de alto risco, as crianças e os adolescentes são particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de psicopatologias, condição que os torna mais suscetíveis de serem afetados negativamente no seu desempenho académico (Andriola & Cavalcante, 1999). Não sendo conclusivos e consensuais, há estudos (Datar, Sturm, & Magnabosco, 2004; Taras & Potts-Datema, 2005) que apontam para uma relação entre a obesidade em crianças e adolescentes e risco de menor rendimento escolar, que verificam que a obesidade na infância e na adolescência se pode apresentar acompanhada de distúrbios psicossociais; Burrows (2000) constata que cerca de 50% dos obesos são menos sociáveis, possuem baixa autoestima, apresentam perturbações de humor, fatores que vão influenciar também a sua qualidade de vida.

Na atualidade, as questões que se relacionam com as dificuldades a nível de adaptação social e as suas implicações na qualidade de vida geral (QdV) estão a tornar-se um tema recorrente. Como objeto de estudo, a QdV ganha visibilidade na década de 70, altura em que políticos, filósofos e cientistas sociais compartilham o mesmo interesse. Tradicionalmente ligada a aspetos economicistas (Cummins, 2000; Rapley, 2003), o conceito evolui e a QdV apresenta, atualmente, novos domínios relacionados com dimensões de bem-estar, de estados de satisfação e de felicidade dos indivíduos (Frisch, 2000; Taillefer, Dupuis, Roberge, & Le May, 2003). Quer no âmbito da investigação quer no âmbito das políticas e dos cuidados de saúde, tem aumentado o interesse pela QdV em geral e, em particular, pela QdV das crianças e adolescentes. No entanto, como referem Wallander e Schmitt (2001), os estudos sobre a QdV realizados em crianças e adolescentes pecam por privilegiar os heterorrelatos e não têm

tido em conta os autorrelatos; ou seja: à percepção que as crianças e adolescentes têm da sua QdV não tem sido dada a necessária atenção.

Um artigo recente sobre o estado da arte (Tavares, Nunes, & Santos, 2010), nos estudos que refere, confirma a influência negativa da obesidade e do excesso de peso na QdV, com considerável expressão no bem-estar físico, no bem-estar emocional e psicossocial. No caso português não se pode afirmar com clareza que existe uma relação linear entre a obesidade e a diminuição da QdV devido à escassez de estudos neste âmbito e destaca-se a importância da realização de mais investigação acerca dessa relação (Fonseca & Matos, 2008). A elevada prevalência de excesso de peso e obesidade entre a população adulta portuguesa e o aumento alarmante do excesso de peso e da obesidade entre a população jovem, parecem recomendar que se lancem e implementem projetos vocacionados para um melhor conhecimento das relações entre patologia, psicopatologia e QdV (Fonseca & Matos, 2008).

A esse propósito, Anton e colaboradores (2006) referem a dificuldade em detetar as alterações psicossociais e psicopatológicas e realçam que não devem ser ignoradas. De facto, como já referido, é comum entre os indivíduos com excesso de peso ou obesidade a manifestação de alterações psicopatológicas, nomeadamente uma baixa autoestima (Lew & Garfinkel, 1987). Uma colaboração próxima entre pais, professores, enfermeiros, nutricionistas e equipa de cuidados primários teria um efeito sinérgico na caracterização, combate e prevenção da obesidade em idades compreendidas entre os 7 e os 11 anos (Garrow, James, 2001) e evitaria custos económicos bastante significativos (Waine, 2007).

Torna-se assim importante estudar esta problemática, uma vez que, para além da perda de peso e das mudanças no estilo de vida dos indivíduos, importa perceber e intervir ao nível dos fatores que influenciam o comportamento e a QdV, designadamente as emoções, verificando se o indivíduo com obesidade manifesta psicopatologia associada à sua condição crónica de saúde.

Face ao exposto, o presente estudo pretende ser um contributo para o entendimento da problemática da obesidade e da sua possível relação com o rendimento escolar, sintomatologia psicopatológica e QdV das crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos.

Assim, o presente trabalho está organizado em duas partes: na primeira, composta por quatro capítulos, é delineado o enquadramento teórico da investigação. Na segunda, abordam-se, ao longo de dois capítulos, as questões relativas à investigação empírica.

Mais especificamente e relativamente ao enquadramento teórico, no primeiro capítulo, à luz de diversas investigações, abordam-se aspetos da obesidade que se prendem com a evolução do conceito até à época atual, define-se e apresenta-se a obesidade como fenómeno epidemiológico. Sendo o nosso estudo vocacionado para grupos em idade pediátrica, elencam-se métodos e técnicas de diagnóstico e salientam-se particularidades do diagnóstico em crianças e adolescentes. Não sendo esquecidas diferentes formas de classificar esta condição, referem-se, entre os fatores ambientais, dois em particular, a dieta e a atividade/inatividade física, modelos de estilo de vida que se interrelacionam e influenciam de forma determinante o aparecimento e aumento da prevalência da obesidade.

Quanto ao segundo capítulo, tendo por base os resultados de diversos estudos, o enfoque é direcionado para a sintomatologia psicopatológica que crianças e adolescentes com excesso de peso e obesidade podem manifestar. São, assim, apresentadas evidências da presença de psicopatologias associadas à obesidade, destacando-se, de entre estas, a depressão, a ansiedade e o autoconceito e alguns dos efeitos a nível do funcionamento psicossocial dos indivíduos, com incidência na faixa etária em estudo.

No que diz respeito ao terceiro capítulo, o tema é a relação entre obesidade e rendimento escolar. Começando por abordar o conceito de acordo com teóricos maioritariamente portugueses, associa-se o rendimento escolar a variados aspetos da vida do indivíduo, com base em estudos divulgados. Neste sentido, elencam-se fatores associados ao rendimento escolar e referem-se, por exemplo, efeitos que alterações afetivoemocionais, motivacionais e de relacionamento interpessoal podem ter na aprendizagem de crianças e adolescentes. Faz-se, ainda, uma abordagem sobre o estado da arte relativamente ao tema do capítulo, apresentando estudos com resultados controversos, não havendo consenso relativamente à verificação de uma relação direta entre obesidade e menor rendimento escolar.

Por fim, no quarto capítulo, o interesse recai sobre a QdV que, no caso do nosso estudo empírico, é caracterizada e avaliada, comparando os resultados obtidos em amostras constituídas por crianças e adolescentes com peso normal, com excesso de peso e com obesidade. Face ao exposto, apresentam-se o conceito e as definições e confere-se particular realce à relação entre presença de sintomatologia psicopatológica e QdV em idade pediátrica. Tratando-se de um conceito multidimensional e subjetivo, referem-se as dificuldades em encontrar instrumentos de avaliação e os contributos efetuados para a construção de

instrumentos padronizados para avaliar quer a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) e da QdV geral (KIDSCREEN) quer de psicopatologias (SDQ, Robert Goodman) em crianças e adolescentes.

Quanto à segunda parte do trabalho, estudo empírico, após uma breve introdução, faz-se referência à metodologia utilizada no estudo. No primeiro capítulo, faz-se referência ao tipo e plano de investigação, justificando-se as opções tomadas com base em pressupostos teóricos. Com efeito, real, sistemático e verificável, o conhecimento científico, embora falível e nem sempre exato, decorre da metodologia de investigação a que é submetida a introdução dos dados e das variáveis (rigorosamente caracterizados) e da subsequente verificação das hipóteses. Neste sentido, este capítulo refere os objetivos, apresenta a formulação das hipóteses, enuncia as variáveis e define conceitos, classifica o estudo, identifica a população e os procedimentos da escolha e seleção da amostra, caracteriza a amostra, descreve os instrumentos utilizados na recolha de dados, os procedimentos inerentes à recolha e tratamento dos dados, os procedimentos éticos (autorizações necessárias e consentimento informado) e apresenta a metodologia utilizada no tratamento estatístico dos dados.

No segundo capítulo, com o objetivo de apresentar, analisar e discutir os resultados, apresentam-se os resultados, respetivas tabelas e uma síntese relativamente à problemática de investigação inicialmente formulada, relacionada com a caracterização da sintomatologia psicopatológica, qualidade de vida e rendimento escolar de crianças e adolescentes com excesso de peso e obesidade, com idades entre os 10 e os 18 anos, que frequentam uma Escola EB 2,3/S da região de Lafões. Faz-se a discussão dos resultados em função dos objetivos e hipóteses definidos. Assim, após a discussão metodológica, ao longo de quatro subcapítulos, discutem-se, respetivamente, os resultados de prevalência de excesso de peso e obesidade verificados no presente estudo comparando-os com indicadores similares de estudos recentes realizados em Portugal, da presença de sintomatologia psicopatológica, das pontuações de QdV e do rendimento escolar em crianças e adolescentes com excesso de peso e obesidade.

Para finalizar a dissertação, apresenta-se uma conclusão que, para além de sintetizar todo o trabalho exposto, identifica algumas áreas críticas na prevenção de tão grave problema de saúde pública e sugere futuras investigações.

PARTE I

Enquadramento teórico

CAPÍTULO 1: Obesidade

A obesidade, de acordo com a OMS, é um importante problema de saúde pública que afeta crianças, adolescentes e adultos (WHO, 1998). Dados do *International Obesity Task Force* (IOTF, 2000) mostram que tem havido um preocupante aumento da prevalência da obesidade em várias regiões do mundo.

1.1 Breve abordagem histórica

Ao longo dos tempos, a obesidade tem sido objeto de enfoques diferentes e tem assumido papéis bem distintos consoante o tipo de sociedade vigente.

A obesidade encontrava-se estreitamente ligada a um padrão de beleza aceite pelas sucessivas sociedades. Carmo, Dias, Castro, Feio e Galvão-Teles (1989) afirmam que não necessitamos de recuar muito no tempo para encontrar uma sociedade em que “gordura é formosura” era uma realidade generalizada. Por exemplo, Mona Lisa, na sua época, foi retratada e pode ser considerada um ícone de beleza, embora fosse robusta e sugira apresentar excesso de peso⁴. Também no século XVIII, pinturas de Rubens apresentam homens, mulheres e crianças manifestamente obesos, da mesma forma que, um século depois, Renoir retrata as *Baigneuses*, apresentando figuras de mulheres⁵ obesas. No século XX, nas obras satíricas de Fernando Botero, políticos, militares e religiosos, músicos e a realeza, são-nos apresentados como figuras excessivamente obesas e sem movimento, representando a característica de vida humana estática. Parecendo, num olhar simplista, tratar-se de obras de

⁴http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/6a/Mona_Lisa.jpg&imgrefurl=http://en.wikipedia.org/wiki/File:Mona_Lisa.jpg&h=4289&w=2835&sz=3424&tbnid=juz4w55SAwTqeM:&tbnh=95&tbnw=63&prev=/search%3Fq%3Dmona%2Blisa%26tbm%3Disch%26tbo%3Du&zoom=1&q=mona+lisa&docid=pxouzBdmOimlMM&hl=ptPT&sa=X&ei=hFtOT_yvOY6z8QOx08XAAG&sqi=2&ved=0CEQ99QEwAg&dur=304

⁵http://www.google.pt/imgres?q=renoir&hl=ptPT&sa=X&biw=1280&bih=697&tbm=isch&prmd=imvns&tbnid=ujjFb916LyyMAM:&imgrefurl=http://7dasartes.blogspot.com/2011/06/vida-e-obra-de-pierre-augusterenoir.html&docid=zIa8peLCMOSjBM&imgurl=http://2.bp.blogspot.com/el0s29agYjc/TgzGDGMycKI/AAAAAAAB5w/gS35CEkyZqU/s1600/As%252Bbanhistas%252BRenoir.jpg&w=600&h=390&ei=C6pQT_r7KqG_0QWlzZHFCw&zoom=1&iact=hc&vpx=178&vpy=366&dur=5953&hovh=181&hovw=279&tx=162&ty=109&sig=101201112623613207626&page=1&tbnh=146&tbnw=195&start=0&ndsp=20&ved=1t:429,r:7,s:0

natureza humorística, as pinturas de Botero (e a obesidade) são geralmente um comentário social com toques políticos⁶.

A partir da 1ª Guerra Mundial, a moda passa a ditar um novo conceito, rejeita a obesidade, e um novo padrão de beleza surge. Ser belo, agora, é ser magro e alto, uma imagem muito vulgarizada devido ao papel desempenhado pela arte cinematográfica que, de certo modo, antecipa a noção hoje instituída da obesidade como um fator de risco e um problema de saúde pública (Sousa, 2006).

Tema da atualidade entre os académicos, a obesidade tem sido objeto de estudo em três grandes áreas do conhecimento: a Medicina, a Nutrição e a Psicologia. À luz do conhecimento produzido, procuramos definir obesidade e abordá-la enquanto fenómeno epidemiológico, métodos de diagnóstico em idade pediátrica, classificação, relação com atividade/inatividade física e ambiente.

1.2 Definição e fenómeno epidemiológico

Podendo parecer simples encontrar uma definição de obesidade, verificamos que assim não é quando nos deparamos com situações em que é possível afirmar que um determinado indivíduo é obeso e outras em que afirmá-lo se torna duvidoso.

Numa abordagem subjetiva, Carmo e colaboradores (1989) referem que este conceito teve a sua génese no seio de uma sociedade euro-americana do século passado, tendo ganhado força muito por causa dos *mass-media* e dos ditames da moda, não tendo havido preocupação com a definição. Também Ballone e Moura (2007) atribuem a arbitrariedade de qualquer definição de obesidade à inexistência de um padrão que possa distinguir com exatidão os indivíduos obesos dos não obesos. Para estes autores, a obesidade encerra em si duas dimensões que denominam antropométrica/fisiopatológica e psicodinâmica. A primeira define a obesidade em função do valor de gordura corporal encontrado, segundo um determinado critério: para as mulheres, um valor acima de 30%; para os homens, um valor acima de 25%. A segunda dimensão define como obeso o indivíduo que se encontra insatisfeito com o seu próprio corpo, por ter um peso superior ao ideal antropométrico.

Autores como Borges e colaboradores (2000) defendem que as definições de obesidade se devem basear em critérios de saúde e considerar as estatísticas de morbilidade e mortalidade. A OMS, considerando a obesidade uma doença que diminui cumulativamente a

⁶<http://aidobonsai.com/2011/06/04/fernando-botero/>

qualidade de vida e a esperança média de vida dos indivíduos, define-a, de uma forma simples, como sendo a condição de acumulação anormal ou excessiva de gordura no organismo do indivíduo que lhe traz prejuízos de saúde (OMS, 2002a; 2002b).

Uma tal diversidade de enfoques sobre o conceito e de definições não tem inibido o aumento de investigações no âmbito da obesidade, tem, antes, sugerido a necessidade de se padronizarem os critérios de diagnóstico. Frisberg (1993, citado por Güenter, 2000) refere que a obesidade pode ser definida como um excesso de peso provocado por um aumento do número de células adiposas no corpo. Também um estudo de Lopes, Pereira, e Mesquita (1999) refere que o aumento, numa proporção anormal, de massa gorda relativamente à massa magra do organismo pode ter efeitos nefastos no estado de saúde de cada indivíduo. Contudo, existem autores, como Bray (1997), que distinguem obesidade e excesso de peso da seguinte forma: o excesso de peso é um aumento do peso corporal acima de um padrão estabelecido (quanto à altura); a obesidade consiste na existência de um valor elevado de gordura corporal, que pode estar distribuída por todo o corpo ou concentrada numa determinada zona do corpo. Assim, o excesso de peso pode significar não um aumento de massa gorda mas sim um aumento de massa muscular, como acontece em atletas profissionais.

Para outros investigadores,

A acumulação excessiva de tecido adiposo (obesidade) deriva de um aporte calórico excessivo e crónico de substratos combustíveis presentes nos alimentos e bebidas (proteínas, hidratos de carbono, lipídios e álcool) em relação ao gasto energético (metabolismo basal, efeito termogénico e actividade física). Nessa acumulação intervêm, tanto os hábitos alimentares e de estilo de vida, os factores sociológicos e as alterações metabólicas e neuro-endócrinas, como os componentes hereditários.

(Marques-Lopes, Martí, Moreno-Aliaga, & Martínez, 2004, p. 80).

São tantos os factores intervenientes na obesidade que, atualmente, é considerada uma das doenças mais difíceis de tratar, sendo encarada como uma “síndrome complexa, multifactorial, conducente a alterações físicas, psíquicas e sociais graves com a sua génese na idade pediátrica” (Rêgo, 2008, p.26).

Perdem força as representações sociais de que a obesidade resultaria, essencialmente, de um problema de falta de vontade dos indivíduos obesos e esta passa a ser entendida como um distúrbio complexo que provoca alterações da regulação do apetite e/ou do metabolismo energético, como refere Ballone⁷ (n.d.).

⁷<http://www.libertas.com.br/site/index.php?central=conteudo&id=2561>.

Autores como Thompson e Ashwill (1996) dão-nos conta da dificuldade que existe em definir obesidade em adolescentes, pelo facto de estes apresentarem, quer na altura quer na idade, grandes variações. Para a adolescência, Himes e Dietz (1994) consideram que um índice de massa corporal (IMC) compreendido entre os percentis 85 e 95 constitui um fator de risco para o aparecimento de obesidade e que um percentil de IMC igual ou superior a 95 já se considera obesidade instalada.

A obesidade, como já referido, é considerada pela OMS um problema de saúde pública, com implicações médicas e psicológicas muito significativas, afetando crianças e adolescentes (WHO, 1998). Um artigo de Cole e colaboradores (2000), com base em dados apresentados pelo IOTF (2000), refere que nos últimos anos a prevalência de obesidade tem vindo a aumentar de forma alarmante em todo mundo e que a ela se atribui grande parte da responsabilidade pelos crescentes índices de mortalidade e morbidade que se verificam entre os indivíduos.

De facto, a obesidade está disseminada por todos os grupos etários da população. Como referem Lobstein e Jackson-Leach (2007), dados do IOTF (WHO, 2004) revelam que a prevalência mundial de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos de idade será, respetivamente, de 10% e 23% em 2015 e 2025. Por isso, torna-se motivo de preocupação, porque, como afirmam Lioret e colaboradores (2001), a obesidade é uma doença particularmente preocupante nas crianças e nos adolescentes, devido ao risco que estes correm em se tornarem, também, adultos obesos.

Em Portugal, um estudo da responsabilidade do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e da Direção-Geral de Saúde, relativo aos anos 2008 e 2010, divulgado no passado dia 3 de outubro⁸, dá-nos conta de que uma em cada três crianças portuguesas, entre os 6 e os 8 anos, apresenta excesso de peso ou obesidade. O mesmo estudo, referindo a obesidade como a epidemia do século XXI, conclui que o peso em excesso tem implicações na QdV, favorece o desenvolvimento de outras doenças e afeta a saúde mental de uma elevada percentagem de crianças portuguesas.

⁸<http://www.ptjornal.com/2012100311171/geral/saude/uma-em-cada-tres-criancas-tem-peso-excessivo-e-14-porcento-padece-de-obesidade.html>

1.3 Diagnóstico de obesidade em idade pediátrica

O diagnóstico da obesidade pode ser feito recorrendo a uma vasta gama de técnicas ou métodos, não havendo, contudo, uma técnica ou método ideal capaz de servir todas as situações clínicas possíveis. Neste sentido, podem ser utilizadas várias formas de diagnóstico, dependendo a sua escolha das vantagens e desvantagens que cada uma apresenta para cada caso específico.

De entre as várias técnicas possíveis, as tabelas de percentis (curvas de IMC) são utilizadas em idade pediátrica, são interpretadas segundo a idade e o sexo, podendo ser aplicadas a adolescentes que já atingiram a puberdade. O IMC para as crianças e adolescentes é comparável com outras medições laboratoriais da gordura corporal, sabendo-se que casos de indivíduos em idade pediátrica com IMC acima do percentil 95 têm maior risco de virem a contrair doenças cardiovasculares, bem como serem obesas em idade adulta (Dawson, 2002).

O IMC, também conhecido por índice de Quetelet (nome do matemático, sociólogo e astrónomo belga que desenvolveu o modelo), é uma outra medida que apresenta uma boa correlação com a massa gorda calculada por densitometria, sendo um método utilizado em indivíduos com idades acima dos 18 anos. Contudo, existem argumentos contra. Oliveira (2003) apresenta-lhe o inconveniente de não distinguir massa gorda e massa magra. Por sua vez, Ballone (2007) acrescenta que não é um método fiável por não identificar a massa muscular, mais pesada do que a massa gorda, situação muito comum nos atletas.

O método antropométrico é a medida das dimensões corpóreas. As medidas antropométricas mais utilizadas na avaliação do estado nutricional são: peso, altura, circunferências (braço e cintura) e dobras cutâneas (tríceps, bíceps, subescapular, suprailíaca), como por exemplo, as pregas cutâneas. Trata-se de um método inócuo, económico e eficaz, permitindo obter valores da gordura subcutânea muito próximos dos valores obtidos com outros métodos (Zaragozano, 1999, citado por Rêgo, 2008). Este método apresenta o inconveniente de as medições variarem com a idade, sexo e etnia (Bray, 1997).

Outros métodos que predizem a massa gorda, tais como ecografia, infravermelhos, tomografia computadorizada, ressonância magnética, densitometria radiológica de dupla energia, resistência bioelétrica ou bioimpedanciometria, são métodos que incluem técnicas mais difíceis de realizar, mas apresentam resultados mais rigorosos (Jouret, 2002). Trata-se de

técnicas com especificidades e formas de atuação próprias. Um diagnóstico médico deve incluir a história clínica, uma avaliação médica detalhada e exames complementares que, para os casos de indivíduos apenas com obesidade, são de análise laboratorial (hemograma, creatinina, glicémia de jejum, ácido úrico, colesterol total, triglicerídeos e exame comum da urina). Para outros casos com patologia associada (ex. hipertensão arterial ou doença cardiovascular), privilegiam-se a radiografia ao tórax, o eletrocardiograma, o ecocardiograma e o teste ergométrico (Kamba, Kimura, Koda, & Ogawa, 2001).

A obesidade em crianças e adolescentes constitui um problema grave de saúde, na medida em que pode originar patologias que tendem a persistir na idade adulta (Freedman et al., 2005; Weigel et al., 2008). Na origem do excesso de peso e da obesidade, o indivíduo possui um desequilíbrio energético positivo, que é consequência de uma ingestão energética superior à energia que é despendida (Meyer, 2008). De acordo com Rêgo (2008), fazer o diagnóstico e definir obesidade em crianças e adolescentes são tarefas difíceis e controversas. Acrescenta a autora que a utilização do Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela razão entre o peso (kg) e a altura² (m), se apresenta como um método de fácil avaliação e de considerável sensibilidade, sendo o mais utilizado na classificação do estado nutricional e na definição do excesso de peso e obesidade. Contudo, sendo o crescimento de crianças e adolescentes bastante variável, não se utiliza o valor absoluto do IMC considerado para a população adulta; utiliza-se um valor percentilado que consta de gráficos de curvas de IMC elaboradas com base em estudos populacionais, gráficos esses que fazem parte do boletim de saúde infantil e juvenil e que são utilizados nos indivíduos em idade pediátrica (DGS, 2005⁹; Rêgo, 2008).

A propósito do diagnóstico de obesidade em adolescentes, Thompson e Ashwill (1996) salientam a necessidade de se conhecer o seu estágio de puberdade e se o ciclo de crescimento já está terminado, a fim de se conseguir fazer um diagnóstico fiável da condição. Tendo por referência as curvas de IMC, diagnostica-se uma condição de sobrepeso, excesso de peso ou risco de obesidade quando o IMC é igual ou superior ao percentil 85 e inferior ao percentil 95, para o sexo e grupo etário em causa; diagnostica-se condição de obesidade quando os valores de IMC são iguais ou superiores ao percentil 95, para sexo e grupo etário considerados, condição esta que pode originar patologias que tendem a persistir na idade adulta (Freedman et al., 2005; Powell & Bao, 2009; Weigel et al., 2008).

⁹<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008253.pdf>

1.4 Classificação da obesidade

Após o diagnóstico da obesidade, far-se-á uma abordagem a algumas das formas de a classificar. Atualmente, são várias as possibilidades de classificação dessa condição, sendo que umas derivam de uma preocupação mais académica e outras centram-se na fisiopatologia da doença; torna-se fundamental, no entanto, classificar o tipo de obesidade para estabelecer o seu tratamento adequadamente (Sousa, 2006). Apresentam-se algumas classificações utilizadas internacionalmente e que são reconhecidas e adotadas pelos seus níveis de abrangência e rigor.

Segundo Nunes, Apolinário, Galvão, e Coutinho (2006), a obesidade pode ser classificada com base em cinco aspetos principais, a saber: gravidade do excesso de peso, características do tecido adiposo, idade de início, fisiopatologia, etiologia. Quanto à gravidade do excesso de peso, os autores consideram os valores de IMC e identificam quatro classes distintas: Excesso de peso, para o grupo de indivíduos que apresenta valores de IMC entre 25 e 30 quilogramas/metro quadrado (Kg/m^2); Obesidade leve, para o grupo de indivíduos cujo IMC se encontra entre 30 e 35 Kg/m^2 ; Obesidade moderada, para os casos em que os valores de IMC estão entre 35 e 40 Kg/m^2 ; Obesidade mórbida, quando o IMC apresenta valores acima dos 40 Kg/m^2 . Existe, contudo, uma outra classificação que, estimando a percentagem de peso acima do considerado ideal, classifica como um estado considerado grave todos os indivíduos que apresentem esse valor acima de 200%.

No que diz respeito à obesidade segundo as características do tecido adiposo, segue-se o critério do número e do tamanho das células. Estes indicadores permitem distinguir a obesidade hiperplásica, hipertrófica e mista. A obesidade hiperplásica ou hipercelular é mais habitual nos indivíduos em que a condição se manifestou no final da infância e na puberdade, representando um excesso de peso superior a 70% do considerado ideal (Coutinho, 1998, citado por Rêgo, 2008) ou acima dos 75% (Ballone, 2007). De registar, é o facto de que, neste tipo de obesidade, o número de células pode atingir um valor cinco vezes superior ao que se encontra num indivíduo normal. Passando à obesidade hipertrófica e segundo Ballone (2007), esta está mais correlacionada com uma distribuição de gordura do tipo androide. Na obesidade hiperplásica e na obesidade hipertrófica, torna-se necessário quantificar o número e

tamanho das células considerando, quer o excesso de peso, quer o momento em que teve início o quadro de obesidade.

Uma outra forma de se classificar a obesidade prende-se com a localização do tecido adiposo. Os estudos epidemiológicos centram-se muito num novo índice designado relação cintura-anca e “Em centenas de pacientes avaliados por meio de tomografia computadorizada do abdómen demonstrou-se que uma medida de cintura superior a 95 cm correspondia, quase sempre, a um acúmulo de tecido adiposo visceral, para qualquer grau de obesidade” (Coutinho, 1998, p.199, citado por Rêgo, 2008). De acordo com a localização dos adipócitos, o autor classifica a obesidade em androide, algumas vezes denominada alta, central ou troncular, e em ginoide, que pode ser denominada baixa, periférica ou glúteofemural. A primeira, muito comum nos homens, ao acumular-se sobretudo na região da cintura e do abdómen superior, concede-lhes uma aparência em forma de maçã. A ginoide, mais comum nas mulheres, confere-lhe uma aparência em forma de pera, porque os depósitos mais pesados de gordura se alojam nas coxas e nas nádegas (Mahan & Escott-Stump, 2005). A apresentação simultânea destes dois tipos de obesidade classifica-se em mista e aparece sobretudo em mulheres.

Já a classificação de Viuniski (1999) contempla a intensidade, a distribuição da gordura e a causa da obesidade. No que se refere à intensidade, o autor considera o sobrepeso, a obesidade leve, a obesidade moderada e a obesidade grave. No que respeita à distribuição da gordura, classifica-a em obesidade periférica, inferior, ginoide ou em formato de pera, que se caracteriza pela acumulação da gordura na parede do abdómen, coxas, nádegas e tecido subcutâneo. Quanto à causa, também considera dois tipos: a obesidade exógena, simples ou primária, que configura o tipo mais frequente de obesidade em crianças (mais de 95% dos casos), que ocorre devido a distúrbios alimentares; a obesidade endógena, secundária ou síndrome, presente em crianças com patologias endocrinológicas, genéticas e doenças neurológicas.

1.5 Obesidade e ambiente

Prentice (2005, citado por Rêgo, 2008) afirma que as mudanças radicais e rápidas do ambiente excluem ou impedem a assunção de qualquer adaptação genética em curtos períodos temporais. Daí que Rêgo (2008) afirme que, apesar do peso que os fatores genéticos possam

ter na ocorrência da obesidade, é sobretudo a fatores ambientais que se deve o aumento preocupante da prevalência da obesidade, principalmente nas duas últimas décadas. A ausência de tempo necessário para que a humanidade se adapte geneticamente, originou desadaptações do comportamento inicialmente programado para as características da espécie humana, dando lugar ao aparecimento de um número crescente das doenças crônicas degenerativas do adulto, tais como hipertensão, diabetes, dislipidemia, cancro, mas, sobretudo, da obesidade. De entre o leque de desadaptações comportamentais, são mencionadas

(...) a grande variedade e fácil acessibilidade ao alimento durante as 24 horas do dia e durante todo o ano, a mudança na composição das dietas, a perda de referências culturais inerente à «globalização cultural» e a abundância e diversidade de informação aliadas à redução crescente da inatividade. Paralelamente, quer no que reporta às tarefas da rotina diária, quer ao exercício como consequência do trabalho laboral, o dispêndio energético exigido é cada vez menor, constituindo estes comportamentos em conjunto um «cocktail ambiental tóxico» responsável, em última instância, pelo aumento da obesidade.

(Rêgo, 2008, p. 56)

Neste ambiente “obesogénico” (Rêgo, 2008, p. 56) coexiste uma enorme diversidade de fatores ambientais que se influenciam e interrelacionam de forma extremamente complexa. No entanto, existem dois fatores ambientais muito favoráveis ao aumento da obesidade, a saber: a dieta alimentar e o modelo de atividade/inatividade física, em que, quer a família, quer as características culturais desempenham um papel de extrema importância. Os hábitos das crianças e dos adolescentes, como refere Rêgo (2008, p.57), “(...) são fortemente influenciados, no tipo de sociedade mediatizada e consumista como a actual, pelos pais e outros membros do agregado familiar, pelos pares, pela publicidade e pelos *media* em geral, pelo contexto social em que se efectua a ingestão de alimentos e inquestionavelmente, à luz do conhecimento actual, pelas experiências alimentares precoces”. Também Birch (1999) atribui ao meio ambiente grande responsabilidade pelo desenvolvimento da obesidade, devido ao facto de se verificar o aumento da sua prevalência nos países industrializados (onde se verificam alterações dos estilos de vida e dos hábitos alimentares adquiridos nas últimas décadas).

Estudos epidemiológicos (Koplan & Dietz, 1999; Lissener & Heitmann, 1995) confirmaram relações positivas entre dietas inadequadas, designadamente pela ingestão excessiva de gorduras e o aumento do peso corporal. Também um estudo de Kant e Graubard (2004), realizado entre 1987 e 2000, demonstra que a percentagem de indivíduos que se alimentavam de *fast food* três ou mais vezes por semana aumentou de 36% (1987) para 41%

(1999-2000). Outros estudos (Fonseca, Sichieri, & Veiga, 1998) revelam que os adolescentes não fazem certas refeições, sobretudo o pequeno-almoço, justificando o facto com a falta de tempo, a falta de apetite e o medo de engordar. Segundo Hurson e Corish (1997), essas refeições baseavam-se no consumo de quantidades exageradas de açúcares, gorduras e bebidas gaseificadas, o que contribuía para o aumento do número de casos de obesidade.

No que diz respeito a hábitos alimentares, estudos demonstram uma correlação positiva entre a quantidade de gordura ingerida na dieta e a verificação de obesidade (Gazzaniga, 1993; Nguyen, Larson, Johnson, & Goran, 1996; Tucker, Seljaas, & Hager, 1997), havendo também dados que confirmam uma associação entre a ingestão de gordura ao longo da vida e obesidade na idade adulta (Bray & Popkin, 1998). Contudo, outros estudos prospetivos apresentam resultados contraditórios. Nas investigações levadas a cabo em população adulta, apenas algumas apresentam correlações significativas entre a percentagem de gordura ingerida na dieta e o peso corporal (Rissanen, Heliovaara, Knet, Reunanen, & Aromaa, 1991), não ficando demonstrado que o aumento de peso se deva exclusivamente à ingestão de gordura (Klesges, Klesges, Haddock, & Eck, 1992). Também um estudo sobre os hábitos alimentares, realizado com 10 000 crianças e adolescentes americanos, com idades compreendidas entre os 9 e os 14 anos, não mostrou qualquer relação entre as diferenças de IMC e o consumo de gordura, tendo-se mesmo constatado que houve uma redução da ingestão de gorduras, por parte desta população, durante o período de realização do estudo (Berkey, 2000, citado por Rêgo, 2008).

Assim, outro grupo de nutrientes, o dos hidratos de carbono (HC), deve ser tido em conta no que concerne ao aumento da obesidade por duas ordens de razões: uma delas tem a ver com o facto do consumo deste macronutriente ter vindo a crescer ao longo dos últimos anos no seio da população pediátrica, como consequência de recomendações para se reduzir a ingestão de gorduras; a outra tem a ver com o facto de que o tipo de HC mais consumidos pelas crianças e adolescentes ter mudado de predominantemente complexos para maioritariamente simples, como defendem Gibney (1990) e Nicklas, Webber, Koschak, e Berenson (1992). Jahns, Siega-Riz, e Popkin (2001) explicam que esta alteração em termos de fonte energética modificou o perfil glicémico da dieta, existindo evidências indiretas de que o índice glicémico da dieta nutricional atual das crianças aumentou de forma significativa nas últimas décadas, porque, cada vez com mais frequência, se adota o hábito de recorrer ao consumo de *snacks*, em detrimento de refeições tradicionais, os quais são responsáveis pelo aumento de ingestão calórica e de gordura saturada, bem como de açúcares simples. Outras

causas são apontadas: o recurso a refeições do tipo *fastfood* (Binkley, Eales, & Jekanowski, 2000; Jeffery & French, 1998); cada vez mais se consome menos pão de cereais ao pequeno-almoço e se recorre aos bolos ou pão refinado, com maior índice glicémico (Siega-Riz, Popkin, & Carson, 1998); também, cada vez mais, se recorre a um consumo, quer ao pequeno-almoço, quer em qualquer outra refeição e/ou fora destas, de cereais de pequeno-almoço, os quais são ricos em açúcar e gordura (Nicklas, O'Neil, & Berenson, 1998).

Um outro efeito da recomendação para a redução do consumo de gorduras, com consequências na alteração do índice glicémico do atual padrão alimentar das crianças, foi a substituição do leite e produtos lácteos (suspeitos por terem um elevado teor de gordura) por sumos e refrigerantes (Cavadini, Siega-Riz, & Popkin, 2000). Como consequência dos efeitos das mudanças do padrão nutricional da população pediátrica e considerando que as dietas ricas em açúcares são indutoras de mais obesidade, Slyper (2004) recomenda, também, restrições ao consumo de sumos doces, cereais completos, frutos e vegetais, de forma a controlar a obesidade em crianças e adolescentes.

No passado dia 21 de agosto, foi divulgado o resultado de uma investigação¹⁰ promovida pela Faculdade de Medicina da Universidade de Nova Iorque, nos Estados Unidos da América (EUA), que demonstrou que a administração de antibióticos a bebés durante os primeiros cinco meses de idade contribui para que, mais tarde, estes venham a sofrer de obesidade, devido a uma reação química que tem influência no processo de assimilação dos alimentos. Apesar da comunidade científica encarar com alguma cautela o resultado deste estudo, este será mais um aspeto que interessa investigar.

1.6 Obesidade e atividade/inatividade física

Na atualidade, a atividade e a inatividade físicas são dois fatores que podem, de forma independente, influenciar o risco de obesidade (Hills, Anderseon, & Byrne, 2011). No entanto, segundo Lambert e colaboradores (2004), não é clara essa associação. Diz o investigador que se analisarmos a questão da atividade física, do sedentarismo, do risco de obesidade e do risco metabólico numa perspetiva evolucionista, facilmente aceitamos a ideia de que excesso de televisão e de inatividade física, associados aos padrões nutricionais atuais, são fatores responsáveis por alterações metabólicas de crianças e adolescentes com patologias,

¹⁰<http://www.ptjornal.com/2012082110327/geral/saude/obesidade-infantil-pode-ter-como-uma-das-causas-a-administracao-de-antibioticos-a-bebes.html>

nomeadamente a obesidade. Ekelund, Brage, Froberg, Harro, e Andersen (2006), num trabalho que faz parte do *European Youth Heart Study*, questionam se se trata de efeitos causais determinantes ou se são, apenas, efeitos pouco significativos no problema da obesidade, pois os resultados demonstram que, quer o tempo gasto a ver televisão, quer a frequência do exercício físico, estão independentemente associados à obesidade e ao risco metabólico. Também dizem os investigadores que a reduzida quantidade de estudos efetuados e a pouca sensibilidade da metodologia utilizada na recolha dos dados dificultam o estabelecimento de uma associação rigorosa entre atividade/inatividade e risco de obesidade.

A actividade física diária, de acordo com o *National Heart, Lung and Blood Institute Growth and Health Study*¹¹, tem vindo a diminuir nas últimas décadas. Num estudo de Kimm (2005), verifica-se que na população pediátrica essa prática diminui na infância e durante a adolescência, sendo mais notória no sexo feminino. Trembley e Willms (2003), numa investigação realizada com 7216 crianças canadianas com idades compreendidas entre os 7 e os 11 anos, apresentam uma associação entre a inatividade física e obesidade e atribuem muita da responsabilidade ao tempo passado a ver televisão. Contudo, outros estudos têm apresentado resultados divergentes, não conseguindo estabelecer qualquer relação de causa-efeito entre a inatividade e o tempo gasto a ver televisão (Robinson, Hammer, & Killen, 1993; Tucker, 1986). Katzmarzyk, Tremblay, Morrison e, Tremblay (2007) afirmam que a relação entre atividade física e obesidade durante a infância é complexa, afetada pelo ciclo de crescimento da criança, o que leva a que os resultados dos estudos sobre atividade física e adiposidade na infância sejam controversos.

Assim, Nassis, Psarra, e Sidossis (2005) referem que, entre a população em idade pediátrica, se tem verificado uma redução de massa gorda nas crianças e adolescentes com obesidade que aumentam a sua prática de atividade física, o que não acontece aos que se mantêm sedentários. Nesta perspetiva, investigadores justificam a prática do exercício físico para a prevenção e combate à obesidade, aconselhando a que haja, por parte das famílias, atividades físicas em conjunto (Hassink, Zapalla, Falini, & Datto, 2008), até porque crianças filhas de mães ativas têm duas vezes mais probabilidade de o serem do que crianças filhas de mães inativas (Lindsey, Sussner, Kim, & Gortmaker, 2006; Nowicka et al, 2009).

¹¹Clinical Guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults: The evidence report. Recuperado em 2 de fevereiro, 2012, de http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/prctgd_c.pdf.

Na idade pediátrica, os estilos de vida ativos estão positivamente correlacionados com o desenvolvimento de competências motoras (Hassink et al., 2008), ao passo que as atividades sedentárias se correlacionam negativamente com o dispêndio energético total (Proctor et al, 2003). Atividades como dançar e/ou andar a pé apresentam inegáveis benefícios para a saúde e bem-estar (Berkey, Rockett, Gillman, & Colditz, 2003). Existem, por isso, recomendações que preconizam para as crianças e adolescentes um exercício físico moderado diário de, pelo menos, uma hora, desaconselhando-se mais de duas horas por dia de visionamento de televisão (American Academy of Pediatrics, 2006).

CAPÍTULO 2: Obesidade e sintomatologia psicopatológica

Apontada como responsável pelo crescendo de mortalidade e morbidade que, nos últimos anos, tem afetado significativamente o indivíduo (Cole et al., 2000), a obesidade é considerada um problema de saúde pública complexo, que tem vindo a registar elevada e crescente prevalência tanto em países desenvolvidos como em países em vias de desenvolvimento (WHO, 2011). Segundo a *World Federation Mental Health* (WFMH, 2010), são várias as psicopatologias referidas que afetam os indivíduos com obesidade, destacando-se as perturbações depressivas, da ansiedade, do comportamento alimentar e da imagem corporal.

A obesidade leva a que alguns indivíduos se vejam obrigados a travar significativos conflitos interiores para perderem peso. Esta condição pode conduzi-los a um excesso de preocupação com a dieta e controlo do peso, a processos de autocondenação e depressão, bem como a repetidos ciclos de perda e ganho de peso (Brownell & O'Neil, 1999). Distúrbios do foro psicológico como depressão, ansiedade e défices de habilidades sociais podem ser notados em indivíduos com obesidade, seja ela endógena ou exógena, havendo investigadores que questionam se estes distúrbios são causa ou efeito no processo de aumento de peso (Damiani et al., 2000). Com efeito, dada a dificuldade em identificar as variáveis psicológicas que causam obesidade ou que dela resultam, entre as várias teorias sobre como os problemas psicológicos e a obesidade se relacionam a que reúne maior consenso é a que defende a existência de uma associação bidirecional entre as perturbações do foro psicológico e a obesidade (Gatineau & Dent, 2011; Luppino et al., 2010; WFMH, 2010).

2.1 Evidências

A obesidade pode provocar inúmeras consequências nefastas para a saúde dos indivíduos, tais como: apneia do sono e outros problemas respiratórios (Robinson & Grunstein, 2001), ataques cardíacos, problemas osteoarticulares, dores de costas, problemas

de pele (Blair, Stewart-Brown, Waterston, & Crowther, 2003), menstruação irregular (Thompson, 1997b), litíase vesicular (Heshka & Hysmsfield 2001), doenças coronárias, hipertensão arterial, doenças da vesícula e determinados tipos de cancro, diabetes tipo II, distúrbios gastrointestinais, hepáticos, anormal metabolismo dos glúcidos, problemas músculoesqueléticos e problemas psicossociais (Antipatis & Gill, 2001).

Existem evidências de que crianças com excesso de peso têm grande probabilidade de desenvolver psicopatologias e de haver uma relação entre a obesidade e depressão (Carpenter, Hasin, & Allison, 2000). Num estudo realizado com crianças e adolescentes (dos 10 aos 16 anos) que analisava comparativamente a relação entre o funcionamento familiar e o ajustamento psicossocial de um grupo de 70 crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade com um outro grupo de 73 crianças e adolescentes com peso normal, Stradmeijer (2000) verificou que os pais e professores dessas crianças e adolescentes apontam problemas de comportamento maiores nas crianças com obesidade. Também um trabalho de Epstein, Myers, e Anderson (1996) refere que as respostas dadas pelos pais das crianças e adolescentes com obesidade aos questionários aplicados demonstram a existência de problemas sociais em elevado número de participantes.

Brownell e O'Neil (1999), elencando os fatores genéticos, culturais, económicos, emocionais e comportamentais que contribuem para a etiologia da obesidade, consideram-na uma doença extremamente complexa e de difícil tratamento, devido às diferentes e possíveis combinações que esses fatores podem ter nos indivíduos com obesidade. A obesidade endógena provocada por causas genéticas e por alterações endocrinológicas, segundo Damiani e colaboradores (2000), são geralmente responsáveis por apenas 1% dos casos, ao passo que os restantes 99% resultam de causa exógena, normalmente provocada por uma dieta desadequada, em que a ingestão de alimentos é excessiva. Por sua vez, Campos (1995) enumera as seguintes características encontradas em famílias de indivíduos com obesidade exógena; ingestão excessiva de alimentos; estilo de vida sedentário; relacionamento intrafamiliar deficiente; desmame precoce da criança; introdução precoce de alimentos sólidos na dieta; substituição das refeições por *snacks*; dificuldades na relação interpessoal. Rêgo (2008, p. 26) atribui a dificuldade de tratamento da obesidade ao facto de esta ser uma “síndrome complexa, multifactorial, conducente a alterações físicas, psíquicas e sociais graves com a sua génese na idade pediátrica”.

Segundo Vanhala, Vanhala, Kumpusalo, Halonen, e Takala (1998), existe uma forte estabilidade entre a ocorrência de obesidade em idade pediátrica e a sua persistência na idade

adulta, verificando-se, igualmente, estabilidade entre a ocorrência de comorbidade em idade pediátrica e a sua persistência na idade adulta. Esta relação levou Freedman, Dietz, Srinivasan, e Berenson (1999) a considerarem que podemos estar perante uma geração de crianças que, pela primeira vez num século, poderá ter uma expectativa de vida menor do que a dos seus progenitores.

Diversos autores (Serra, 2006; Dalgarrondo, 2008; Seixas, 2009) têm estudado diferentes variáveis psicológicas e psiquiátricas que se alteram durante a ocorrência da condição de obesidade. De entre as variáveis estudadas, a depressão tem merecido atenção por parte de investigadores. Um estudo relativamente recente demonstra que quadros depressivos podem interferir em diversos aspetos da vida da criança, prejudicando o seu aproveitamento escolar e o seu relacionamento familiar e social (Van Vlierberghe, Braet, & Mels, 2008). Um estudo anterior de Khaodhiar e colaboradores (1999) demonstrou que os indivíduos com sobrepeso e obesidade sofrem maior discriminação, facto que interfere de maneira negativa nas suas atividades físicas e psíquicas e acarreta um impacto desfavorável na sua qualidade de vida.

Andriola e Cavalcante (1999), partindo do conhecimento adquirido de que a obesidade pode acarretar problemas de comportamento e interferir nas relações interpessoais da criança, consideram que quanto maior a quantidade de problemas comportamentais da criança, maior será a probabilidade de desenvolver um quadro depressivo. Num estudo com crianças com idades compreendidas entre os 11 e os 13 anos, em que foi investigada a relação entre IMC, sedentarismo e sintomas depressivos, os resultados indicaram uma correlação entre o alto nível de sedentarismo, IMC com percentil elevado e sintomas de depressão (Anton et al., 2006).

Tendo em linha de conta que aspetos emocionais podem estar relacionados com a obesidade, favorecendo muitas vezes o desenvolvimento de psicopatologias, como a ansiedade, depressão e dificuldades comportamentais, é fundamental compreender o papel da presença destes distúrbios na etiologia da obesidade infantil (Luiz et al., 2005).

2.2 Depressão e obesidade em idade pediátrica

Segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional das Doenças – CID-10, determinada pela OMS (1993), a depressão define-se como sendo um transtorno de humor ou afetivo, cuja perturbação fundamental é uma alteração do humor ou afeto. Tal transtorno é, normalmente, acompanhado de uma alteração no nível global de atividade, podendo aparecer em qualquer faixa etária. Ainda de acordo com a OMS (1993), o que consta na CID-10 é que a depressão ou episódio depressivo se caracteriza principalmente pelo sofrimento causado por humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida, levando a uma sensação de fadiga aumentada e atividade diminuída. Outros sintomas podem ser encontrados em pessoas que apresentam esse quadro, a saber: concentração, atenção, autoestima e autoconfiança reduzidas; ideias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas de futuro; ideias ou atos autolesivos ou suicídio; sono perturbado; apetite diminuído.

Entre as psicopatologias estudadas em idade pediátrica, a depressão tem recolhido crescente interesse, muito por causa da frequência com que este diagnóstico aparece. E se houve tempo em que se pensava que os estados depressivos não afetavam as crianças, hoje não restam quaisquer dúvidas do contrário, devido às evidências encontradas num grande número de estudos que demonstram que quadros depressivos também acontecem durante a infância e não apenas na adolescência e na vida adulta (Kovacs et al., 1989; Miyazaki, 1995). A manifestação frequente e intensa de sentimentos de tristeza, irritabilidade e agressividade, podem ser sintomas de quadros depressivos em crianças. As alterações de comportamentos intempestivos nas crianças, sem fatores que as justifiquem, são indicadoras de grande importância e podem justificar um diagnóstico de quadro depressivo. Os sintomas depressivos podem influenciar negativamente a vida da criança, prejudicando o seu desempenho escolar e o seu relacionamento familiar e social (Fu, Curatolo, & Friedrich, 2000).

Sintomas de quadros depressivos podem surgir na sequência da verificação de fisiopatologias, tais como distúrbios endocrinológicos e neurológicos (Rose, 1998). Podem ser mais vulgares em alguns grupos de crianças, como os que são constituídos por crianças portadoras de problemas crónicos de saúde e dificuldades académicas (Weinberg, Rutman, Sullivan, Penich, & Dietz, 1973). Entre os grupos suscetíveis de desenvolvimento da depressão infantil, encontra-se também o das crianças com obesidade, pois esta condição pode provocar alterações comportamentais que se repercutem negativamente no relacionamento

social, familiar e acadêmico da criança, como já anteriormente referido por Andriola e Cavalcante (1999), quando consideraram que quanto mais problemas de comportamento a criança apresentar maior será a probabilidade de desenvolver um quadro depressivo.

Um estudo realizado por Csabi, Tenyi, e Molnar (2000), com o objetivo de comparar um grupo de 30 crianças obesas, sujeitas a tratamento, com um grupo de 30 crianças não obesas, no que se refere à presença de sintomas depressivos, demonstrou que o primeiro grupo apresentava uma maior proporção de sintomas depressivos. Também um outro estudo de Erickson, Robinson, Haydel, e Killen (2000), levado a efeito em escolas do norte da Califórnia para avaliar a depressão em estudantes pré-adolescentes com sobrepeso e obesos (foram considerados os participantes com o IMC igual ou maior que o percentil 85), apresentou nos resultados um aumento significativo da frequência de sintomas depressivos, mas, apenas, entre as meninas. Referem os autores que os dados parecem estar relacionados com a preocupação destas face ao excesso de peso.

Contudo, há divergências nos resultados de estudos realizados sobre as relações entre depressão e obesidade. Friedman e Brownell (1995), numa revisão da literatura, verificaram que há estudos que evidenciam que a obesidade aumenta a probabilidade de desenvolvimento de sintomas depressivos, outros que apresentam resultados demonstrativos de que a obesidade diminui a probabilidade de ocorrência de depressão e, ainda outros, em que se verifica que a obesidade não tem influência no aparecimento da depressão. No entanto, como já referidos, quadros depressivos podem desencadear alterações ao nível comportamental, biológico, cognitivo, emocional e somático que, na maioria das vezes, se associam a outras queixas, designadamente a ansiedade (Flaherty et al., 1990; Kovacs et al., 1989).

2.3 Ansiedade e Obesidade em idade pediátrica

A ansiedade pode ser descrita como um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos que faz parte do desenvolvimento dos indivíduos, podendo tornar-se patológica quando se manifesta e instala com uma intensidade exagerada sem que se tenha verificado uma situação real e ameaçadora que justifique a sua ocorrência (Andrade & Gorenstein, 1998). Os quadros de ansiedade são uma psicopatologia de que há registo com significativa frequência, desenvolvendo-se, indistintamente, em qualquer idade do indivíduo. Nas crianças e adolescentes, os distúrbios ansiosos mais frequentes são os chamados de

ansiedade de separação e de ansiedade generalizada (Castilho, Recondo, Asbahr, & Manfro, 2000).

Este distúrbio, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV), é caracterizado por uma ansiedade excessiva relativamente a factos como a separação de casa ou daqueles a quem a criança está fortemente vinculada. Trata-se de uma ansiedade excessiva e não adequada ao estágio de desenvolvimento e que persiste, pelo menos, durante quatro semanas, causando grande sofrimento e prejuízos em diferentes áreas de vida da criança e do adolescente (APA, 2002; Castillo et al., 2000). Este distúrbio pode estar associado e é frequentemente confundido ou rotulado como fobia escolar, quando se manifesta pela recusa em ir à escola ou aí permanecer, devido ao medo que se instala na criança ou adolescente de se separar das figuras de vinculação. Contudo, a fobia escolar pode ser um distúrbio independente, se essa recusa se prender com o medo de algum aspeto associado à escola ou ao ambiente onde esta se insere (APA, 2002). Conforme Sanz (2001), as crianças com ansiedade de separação têm fobia escolar, mas, nem todas as crianças e adolescentes com fobia escolar têm ansiedade de separação.

Massa (2002) sugere que esta ansiedade pode configurar um mecanismo de proteção relativamente ao desconforto que a criança sente face à presença de estranhos. Por sua vez, Eppel (2005) sugere que esta perturbação pode assumir a forma de protesto com a separação da mãe (uma das características do apego), manifestando-se através de vocalizações e mudança de afeto. Segundo Odriozola (2001), este tipo de ansiedade deverá desaparecer com o aumento da idade. No entanto, caso a ansiedade de separação se instale de forma anormal e desproporcionada relativamente ao que seria esperado no desenvolvimento evolutivo normal da criança ou adolescente, poder-se-á justificar o estabelecimento do diagnóstico de perturbação de ansiedade de separação (Odriozola, 2001). Esta é uma psicopatologia muito comum em crianças e adolescentes, apresentando uma prevalência de cerca de 4% (Castillo et al., 2000).

A ansiedade é uma característica natural da vida humana, trata-se de uma característica normal da vida dos indivíduos e tem sido cada vez mais reconhecido o valor positivo e adaptativo da ansiedade (Mennin, 2004). Pode desenvolver-se a partir de um conjunto de fatores de risco, incluindo fatores de ordem genética, personalidade e acontecimentos de vida marcantes. No entanto, muito frequentemente, aparece de modo patológico, manifestando-se de forma exagerada, incapacitante e negativa, comprometendo a qualidade de vida do indivíduo. A ansiedade generalizada é uma dessas patologias. As

crianças com ansiedade generalizada tendem a ser obsessivas relativamente à sua competência ou à qualidade da sua *performance*, apresentando um enorme e constante sofrimento (Wittchen, 2002). Segundo este autor, a ansiedade generalizada tende a agravar-se quando surge associada a outras patologias e apresenta consequências a nível da diminuição de produtividade no trabalho. Por sua vez, Andrade (1995) apresenta a obesidade como um sintoma de ansiedade intensa, que pode dissimular dificuldades internas, afetivas e relacionais que precisam de tratamento psicológico.

Partindo do princípio de que a obesidade infantil pode, efetivamente, ser um sintoma de ansiedade, Carvalho e colaboradores (2001), num estudo realizado em crianças e adolescentes obesos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 9 e os 13 anos, apenas encontraram níveis de ansiedade acima da média em 3.8% dos indivíduos. Contudo, os autores consideram ser importante a realização de mais estudos para que se possa perceber o funcionamento psicológico de pré-adolescentes obesos, a fim de que sejam estabelecidos programas de prevenção e intervenção. Quanto aos adultos, existem estudos que referem a relação entre obesidade e ansiedade, apresentando esta patologia como um sintoma frequente nos adultos obesos (Mazzoni, Mannucci, Rizzello, Ricca, & Rotella, 1999; Pirke & Platte, 1998; Rosmond & Bjurntorp, 1998).

2.4 Autoconceito e Obesidade em idade pediátrica

Um dos apanágios das sociedades contemporâneas é o do culto do corpo perfeito, em que características pessoais de falta de força de vontade, de autodisciplina, de autocontrolo e a preguiça são sinónimos de corpo imperfeito (Brownell, 1991). Por isso, a sociedade tende a reagir de forma negativa a tudo o que foge do padrão da normalidade e, consequentemente, provoca nos indivíduos que não se enquadram nos padrões preponderantes grande sofrimento, sendo as questões do foro psicológico de nível emocional relacionadas com a obesidade cada vez mais citadas em estudos da especialidade (Jelalian & Mehlenbeck, 2002).

Segundo Ogden (1999), estudos levados a efeito com o objetivo de avaliar com que idades se formam crenças relativamente à obesidade, demonstram que crianças com idades entre os cinco e os dez anos associam qualidades negativas a imagens de adultos obesos, ao passo que, a imagens de adultos dentro dos padrões normais de peso ponderal associam qualidades positivas. Barlow (1999) afirma que as crianças tendem a atribuir classificações mais favoráveis a imagens de indivíduos com deficiência do que a imagens de indivíduos

obesos, acrescentando que os adultos, perante imagens de indivíduos obesos, tendem a classificá-los de preguiçosos e desleixados.

Como referem Israel e Ivanova (2002), a par de tal estereótipo, constata-se na cultura ocidental uma forte tendência em defesa de um padrão de beleza de homens e mulheres altos e magros, nomeadamente através dos meios de comunicação. Schwatz e Brownell (2004) dão-nos conta dos efeitos recíprocos que as atitudes e reações da sociedade provocam nas atitudes e reações dos indivíduos com obesidade, afirmando que estes tendem a fazer autorrelatos depreciativos em relação à sua pessoa e a apresentar um autoconceito comprometido.

Com efeito, estudos demonstram que uma sociedade discriminadora relativamente ao indivíduo obeso afeta o seu esquema de funcionamento psicológico, o que leva a que esse indivíduo apresente comprometimento da sua autoestima e autoimagem, seja ele criança, adolescente ou adulto (Bell & Morgan, 2000; Bosch, Stradmeijer, & Seidell, 2003). Para Jay (2004), as crianças e adolescentes obesos correm o risco de apresentarem quadros de depressão, bem como de apresentarem baixos níveis de autoconceito e autoestima e de se isolarem socialmente. Já Hibert e Hibert (1975) referem que existem muitos casos em que a criança com obesidade revela dificuldade em aceitar-se, pois o receio de que os outros a achem ridícula é de tal forma que se torna desconfiada relativamente aos outros: pensa que é alvo de troça por parte dos amigos, que os professores sentem pena dela e que os pais lhes ocultam a verdade sobre o seu estado de saúde, o que vai fazer com que inicie um processo de introspeção, tornando-se apática, desinteressada por tudo, muito embora, na maioria dos casos, possua capacidades intelectuais tão boas ou melhores do que as de outras crianças. Um outro estudo de Campos e colaboradores (1996) refere que, associado à exigência familiar e à incapacidade da criança obesa processar com racionalidade as informações do meio ambiente, podem ocorrer avaliações negativas do seu comportamento, levando-a a pensar que não se comporta da forma que os outros esperam.

Um outro problema a nível psicológico associado à obesidade é o da inatividade física. Segundo Mello, Luft, e Meyer (2004), a criança obesa tem pouca aptidão para o desporto, não se destacando, o que conduz a uma desmotivação forte e, muitas vezes, à desistência. Também Apfeldorfer (1997) refere que os indivíduos obesos sentem o corpo com maior intensidade, cansam-se mais do que os indivíduos saudáveis com peso ponderal normal, sentem dificuldade ou impossibilidade de fazer determinados movimentos devido a razões anatómicas e/ou pelo esforço que exigem. Hibert e Hibert (1975) justificam o sentimento de inferioridade que as crianças com obesidade têm em relação a si próprias, quando se

comparam com os colegas não obesos, com o facto do excesso de peso ser para elas uma barreira em quase todas as suas atividades.

De acordo com Sisto, Bartholomeu, Rueda, e Fernandes (2004), o autoconceito do indivíduo obeso está comprometido e requer uma atenção especial. Tanto mais que, ao interiorizar precocemente que ser obesa é indesejável (Barlow, 1999), a criança com esta condição sente vergonha do seu corpo e sente-se inferior às outras (Campos et al., 1996). Estas constatações assumem particular relevância quando: o bem-estar e sentido de valor pessoal, a autoimagem e a capacidade de identificar e desenvolver as capacidades da criança são aspetos influenciados pelas circunstâncias em que se forma e desenvolve o autoconceito (Correia, 1991); o autoconceito assume um lugar de grande importância nas diferentes áreas de funcionamento das pessoas (Vaz Serra, 1988); o autoconceito é fundamental no desenvolvimento do indivíduo, é responsável pelo seu nível de bem-estar e motiva-o e/ou orienta-o na ação (Fontaine, Campos, & Musitu, 1992).

Contudo,

A saúde mental da pessoa com obesidade é uma área que tem gerado muita controvérsia. Muitas vezes, liga-se a obesidade à depressão ou a uma qualidade de vida comprometida, não existindo um consenso alargado sobre este assunto. A investigação demonstra que há maior prevalência de depressão na obesidade, mas apenas em populações clínicas. A qualidade de vida da pessoa com obesidade está geralmente comprometida, mas sobretudo nas áreas ligadas à morbilidade e percepção de saúde física. A saúde mental pode ou não estar comprometida, tal como acontece no não obeso. A este propósito, pode falar-se em obesidade egossintónica e egodistónica, ou seja, há uma população obesa que vive bem com a sua obesidade, mas há, também, uma população que sofre. Há um fardo psicológico ligado ao peso físico, daí a necessidade de avaliação nesta área. A variável psicossocial mais frequentemente ligada à obesidade é o comprometimento da imagem corporal e aqui existe consenso ao nível da investigação.

(Teixeira e Silva, 2009, p. 322)

E se existe consenso entre os investigadores, ao nível psicossocial, quanto ao efeito que a imagem corporal assume entre os obesos (Teixeira & Silva, 2009), a literatura também deixa perceber que o baixo autoconceito e os quadros depressivos e ansiosos em crianças e adolescentes estão muitas vezes associados a grandes dificuldades, designadamente problemas de comportamento e problemas escolares, levando ao comprometimento do perfil de funcionamento psicossocial (Anderson & McGree, 1994; Cole, 1990; Harrington, 1993; White, 1989), onde se enquadra o rendimento escolar.

CAPÍTULO 3: Obesidade e rendimento escolar

Num indivíduo obeso as alterações psicossociais são difíceis de detetar, mas não devem ser ignoradas (Anton et al., 2006), uma vez que é bastante comum estes doentes apresentarem alterações psicopatológicas, como uma baixa autoestima (Lew & Garfinkel, 1987), que podem repercutir-se negativamente no seu quotidiano.

Datar, Sturm, e Magnabosco (2004) referem que os problemas psicossociais associados à obesidade podem interferir negativamente em aspetos da vida da criança, nomeadamente no seu rendimento escolar. Neste sentido, ir-se-á fazer uma breve abordagem ao conceito de rendimento escolar no contexto escolar português, seguida de uma breve apresentação do estado da arte sobre a temática.

3.1 Conceito de rendimento escolar

Uma análise da literatura sobre o conceito de rendimento escolar mostra como são diversas as nomenclaturas utilizadas nas diferentes abordagens, como, por exemplo, rendimento escolar, rendimento académico, aproveitamento escolar, desempenho escolar, desempenho académico, sucesso escolar e sucesso académico. Segundo Afonso (1988, p. 41, citado por Costa, 1990), dependendo do paradigma teórico, trata-se de uma temática “(...) frequentemente polissémica, isto é, pode esconder um leque de significados muito diferentes (...)” (p.7). Neste sentido, apresentar-se-ão alguns dos conceitos que podem surgir, dependendo do referencial teórico que lhes dá origem.

Segundo Costa e Melo (1999), o rendimento escolar corresponde ao resultado que os alunos obtêm na escola, resultado esse que se relaciona com as classificações nas diferentes disciplinas do currículo escolar. Na perspetiva de Figueira (1994), o rendimento escolar é influenciado por inúmeras variáveis, considerando, no entanto, que as classificações obtidas pelos alunos em cada disciplina podem ser indicadores de grande interesse para se estabelecerem relações entre o tipo de instrução e o tipo de aprendizagem que se faz numa escola. Para Veiga (1989, citado por Lobo, 2003), existem dois indicadores importantes que

devem ser considerados no aproveitamento ou rendimento escolar, que são as classificações e o número de retenções. Já Peixoto (2004), considerando os aspetos pessoal e social do rendimento escolar, aborda o conceito da seguinte forma: sob o ponto de vista do aspeto pessoal, o rendimento escolar diz respeito às aptidões e outras características pessoais do aluno; sob o ponto de vista do aspeto social, o rendimento escolar remete para os níveis mínimos de aprendizagem estabelecidos pela sociedade para cada nível de ensino, os quais servem de padrão para a avaliação do aluno.

Sobre o mesmo conceito, Hoz (1970, citado por Sousa, 2006) relaciona o rendimento escolar com as noções de satisfatório e de suficiente. Assim, o autor refere que o rendimento satisfatório ou insatisfatório é determinado em função das capacidades do aluno, ao passo que o “suficiente e insuficiente” é determinado em função do alcance dos objetivos predefinidos. Com base nestes conceitos, Peixoto (2004) defende que o rendimento escolar é um construto muito complexo, que envolve múltiplos fatores e que ultrapassa o plano das capacidades intelectuais.

3.2 Fatores associados ao rendimento escolar

O rendimento escolar, enquanto construto complexo e multifatorial, está associado a variados aspetos da vida do indivíduo.

Hoje, sabe-se que as alterações afetivoemocionais, motivacionais e de relacionamento interpessoal podem levar ao desenvolvimento de problemas de aprendizagem em crianças e adolescentes. O autoconceito é, também, referido como um dos fatores associado ao rendimento escolar devido ao importante papel que desempenha quer na formação da personalidade do indivíduo quer como elemento regulador dos estados afetivos e motivacionais do comportamento. Nesse sentido, os estudos efetuados (Cunha, Sisto, & Machado, 2006; Sisto & Martinelli, 2006) evidenciam que os alunos em que já se verificou, pelo menos, uma retenção no seu percurso escolar têm baixas expectativas de sucesso, revelam défices de persistência na realização das tarefas, possuem baixa autoestima e apresentam taxas de abandono escolar mais elevadas. De acordo com Carneiro, Martinelli, e Sisto (2003), como consequência, estes discentes experimentam mais sentimentos negativos relativamente à escola, às tarefas e a si próprios do que os que não vivenciaram a experiência do fracasso.

Autores como Simões e Vaz Serra (1987) consideram que o baixo rendimento escolar pode ser consequência de um pobre autoconceito e advogam que quanto maior for a história de insucesso escolar, maior será o desânimo e frustração sentidos, havendo a possibilidade de desenvolvimento de distúrbios como a ansiedade e a depressão. Os mesmos investigadores, com base em estudos de outros autores, referem que pode haver uma interação recíproca entre o rendimento escolar insatisfatório e a presença de características afetivas negativas e que, por vezes, a percepção de incapacidade relativamente a uma matéria se pode generalizar a outras, facto que potencia o desenvolvimento de atitudes negativas face à escola.

Também em relação aos professores, os autores referem que estes desempenham um papel que pode ser determinante na perpetuação de desempenhos insatisfatórios por parte de alunos e na incorporação de um sentimento de fracasso na sua autoimagem, sobretudo se se verificar a ausência de reforços positivos (Simões & Vaz Serra, 1987). Segundo Holt (1982, citado por Boruchovitch, 1999), o bom ou mau rendimento escolar dependem da maior ou menor consciência que se tem dos seus processos mentais e do seu maior ou menor grau de compreensão. Um aluno com desempenho escolar satisfatório é mais eficaz no uso e na seleção de estratégias de aprendizagem e é capaz de colocar dúvidas, pois ele está constantemente a monitorizar a sua compreensão. É extremamente importante conhecer as estratégias de aprendizagem dos alunos, bem como saber até que ponto os fatores emocionais podem estar a interferir no uso dessas estratégias, pois, como descreve Boruchovitch (1999), as variáveis afetivas podem ser modificadas mediante a ação de programas de intervenção em estratégias de aprendizagem, de forma a melhorar o desempenho escolar dos alunos.

Na perspetiva dos psicólogos cognitivos adeptos da Teoria do Processamento da Informação, a aquisição do conhecimento passa pelo desenvolvimento da capacidade de pensar sobre os próprios pensamentos (metacognição e autorregulação da aprendizagem). Como refere Ribeiro (2003), num artigo que clarifica o conceito de metacognição, o papel exercido pelas estratégias cognitivas é fundamental para potenciar a aprendizagem, estando demonstrado que treinos com atividades metacognitivas têm produzido melhores resultados em áreas determinantes para a aprendizagem, tais como, comunicação, compreensão oral e escrita e resolução de problemas (Valente, Salema, Morais, & Cruz, 1989, citados por Ribeiro, 2003).

De acordo com os estudos de Mello (1983, citado por Boruchovitch, 1999) e Leite (1988, citado por Boruchovitch, 1999), os educadores realçam como principais fatores causais de fracasso escolar certas características do aluno, de que se destacam: baixo quociente de

inteligência (QI)¹², subnutrição, imaturidade, problemas emocionais, abandono dos pais, falta de condições económicas, desorganização familiar. Segundo Boruchovitch (1999), outros investigadores afirmam não haver evidências de que problemas de ordem física, biológica e psicológica possam conduzir a reprovações. Com efeito, quando o processo de ensino-aprendizagem fracassa, é no aluno que se acaba por procurar as causas do fracasso e desvaloriza-se o papel desempenhado pela escola e pelas circunstâncias de vida do discente. Todavia, existem evidências de que alunos com baixo rendimento escolar são capazes de pensar e aprender e de que o rendimento escolar é determinado por condições internas e/ou externas ao indivíduo. Carneiro e colaboradores (2003), destacando os fatores de ordem interna ao indivíduo, enumeram os que se relacionam com o desenvolvimento cognitivo e os de natureza afetivoemocionais, motivacionais e os de relacionamento. Para Boruchovitch (1999), o rendimento escolar tanto é influenciado por fatores extra como intraescolares e associa estes últimos a condições socioeconómicas. Assim, destacando o fosso cultural entre a escola e a população que serve, deficiências nos cursos de formação de professores, expectativas irrealistas dos docentes, métodos e práticas escolares ineficazes e burocracia pedagógica, Boruchovitch (1999) considera que a ação dos professores se deve desenvolver em torno destes fatores intraescolares.

Também a dimensão do estabelecimento de ensino é referida em investigações como um fator com efeito sobre o rendimento escolar. No entanto, os resultados são contraditórios. Se alguns estudos afirmam que estabelecimentos de menor dimensão favorecem a participação em atividades complementares do currículo formal e apresentam menores índices de absentismo, outros há que referem o contrário. Esta contradição, segundo Rutter e colaboradores (1979, citados por Simões, Formosinho, & Fonseca, 2000) é explicada pelo facto do efeito desta variável não ser linear e ser influenciada por outros fatores organizacionais concorrentes. A nível organizacional, outro fator a considerar no rendimento escolar, também gerador de controvérsia, é o que se relaciona com a dimensão e constituição da turma. Com efeito, o número reduzido de alunos por turma nem sempre significa melhor rendimento escolar. Segundo Rutter e Madge (1976, citados por Simões et al., 2000), o rendimento escolar depende mais do perfil de competências de cada aluno, justificando a tese de que o rendimento escolar não difere entre turmas homogéneas e heterogéneas, registando-se apenas diferenças pouco significativas. Também Fullan (1991, citado por Simões et al.,

¹²O QI é uma medida de capacidade e, apesar de ser provável que afete o desempenho escolar, não é um indicador de rendimento escolar.

2000) demonstra que os estabelecimentos de ensino onde se promove o envolvimento e participação dos docentes nas decisões relativas ao funcionamento da escola apresentam melhores níveis de rendimento escolar. Por sua vez, Mortimore e colaboradores (1998, citados por Simões et al., 2000) referem que existe uma relação positiva entre o rendimento escolar e as expectativas dos professores relativamente à aprendizagem dos alunos. Na investigação de Bandura (1992, citado por Simões et al., 2000), o enfoque vai para a associação entre o rendimento escolar e as percepções dos professores sobre as suas competências e eficácia pedagógica, apontando as conclusões para uma associação positiva.

De acordo com Okano, Loureiro, Linhares, e Marturano (2004), as atuais abordagens sobre o processo ensino/aprendizagem enfatizam a influência que as variáveis internas dos indivíduos que aprendem e dos que ensinam exercem sobre o rendimento escolar, designadamente escolhas, crenças, expectativas e emoções. Stevanato, Loureiro, Linhares, e Marturano (2003), considerando que dificuldades comportamentais e emocionais se repercutem no desempenho escolar, que afetam os sentimentos e comportamentos dos alunos, sugerem que tais dificuldades se podem manifestar a dois níveis: de forma externalizada, quando as crianças atribuem a responsabilidade do seu baixo rendimento escolar à ação de outras pessoas, expressam sentimentos de raiva e desinteresse pela aprendizagem e doses de hostilidade relativamente aos outros; de forma internalizada, quando as crianças que apresentam um rendimento escolar baixo atribuem tal facto à sua incompetência pessoal e manifestam sentimentos de vergonha, baixa autoestima e distanciamento face às questões relacionadas com a aprendizagem.

3.3 Rendimento escolar e obesidade – o estado da arte

Os estudos sobre a relação existente entre a obesidade e o rendimento escolar são escassos, pelo que estudos sobre esta temática nos parecem pertinentes.

Datar e colaboradores (2004) referem que, em pesquisas recentes, há evidências de que os adolescentes com obesidade se consideram piores alunos. Um estudo efetuado por Tershakovec, Weller, e Gallagher (1994), em crianças de estirpe negra, avaliou a obesidade, o desempenho escolar e o comportamento, tendo apurado que 35% das crianças apresentavam obesidade. Mas, digno de realce, é a constatação a que chegaram: a proporção de crianças obesas em turmas de educação especial era o dobro relativamente às crianças não obesas. Uma investigação (Li, 1995) que avaliou diferenças de inteligência e de personalidade entre

crianças obesas e crianças com peso normal, numa escola chinesa, concluiu que as crianças com obesidade mórbida ($IMC > 40\text{Kg/m}^2$, grau III) apresentavam índices de desempenho menores na escala de QI e índices de psicoses superiores na escala EPQ (*Eysenck Personality Questionnaire* - revisto). No entanto, não se registaram diferenças nos resultados das avaliações feitas em crianças com níveis intermédios de obesidade.

Avaliando a relação entre obesidade e o rendimento escolar (resultados das disciplinas de matemática e língua materna) em crianças tailandesas, do 3º ao 9º ano, Mo-Suwan, Lebel, Puetpaiboon, e Junjana (1999) apresentaram uma associação positiva entre a obesidade e baixo rendimento escolar nos adolescentes que se encontravam nos 7º, 8º e 9º anos. Contudo, tal associação não se verificou nas crianças que se encontravam entre o 3º e o 6º anos. O estudo de Tremblay, Inman, e Willms (2000, citados por Willms, 2004) conclui que se verificam níveis inferiores de autoestima e de rendimento escolar em crianças com obesidade.

Taras e Potts-Datema (2005) efetuaram um estudo de revisão bibliográfica, com o intuito de analisar a associação entre a obesidade em crianças em idade escolar e os resultados académicos. Para tal, consideraram o desempenho escolar e os índices de absentismo dos estudantes, verificando que o sobrepeso e a obesidade estão associados a níveis inferiores de rendimento escolar. Contudo, Zoppi, Luciano, Vinco, e Residori (1995, citados por Sousa, 2006) encontraram evidências de uma relação contrária. Tendo estudado o desempenho escolar de 936 indivíduos com idades compreendidas entre os 8 e os 13 anos (431 rapazes e 434 raparigas sem a condição de obesidade e 71 crianças obesas), os investigadores apresentaram as seguintes conclusões:

- As raparigas apresentavam um rendimento escolar superior ao dos rapazes ($p < 0.05$);
- Os rapazes e raparigas obesos apresentavam um rendimento superior ao das crianças não obesas ($p < 0.001$).

A explicação encontrada pelos autores para estes resultados considera os efeitos que decorrem de uma boa frequência escolar e destacam os seguintes aspetos:

- O *stress*, que assume o papel de mecanismo compensatório de hiperalimentação com menor atividade física;
- A dedicação às questões escolares, que consideram ser maior nas crianças com obesidade, pois o seu melhor desempenho escolar permite-lhes ser melhor aceites

entre os pares, facto que vai estabelecer algum equilíbrio relativamente à sua autoimagem negativa.

Não sendo conclusivos e consensuais os estudos no sentido de se poder afirmar que a obesidade em crianças e adolescentes comporta, isoladamente, risco de menor rendimento escolar para estes indivíduos, sabe-se, contudo, que a obesidade na infância e na adolescência se pode apresentar acompanhada de distúrbios psicossociais e que, como refere Burrows (2000), cerca de 50% dos obesos são menos sociáveis, possuem baixa autoestima e menor rendimento escolar, para além de apresentarem perturbações de humor e do sono, circunstâncias que vão afetar a sua qualidade de vida geral.

CAPÍTULO 4: Obesidade e qualidade de Vida

Na atualidade, como já referido, vários profissionais de saúde apontam a obesidade como sendo causa de desequilíbrios bioquímicos, de doenças físicas e de sintomatologia psicopatológica que provocam no indivíduo diferentes tipos de dificuldades a nível da adaptação social (Odgen, 1999). Nesse sentido, as questões que se relacionam com as dificuldades a nível de adaptação social e as suas implicações na qualidade de vida (QdV) dos indivíduos têm vindo a suscitar um interesse crescente nos investigadores.

4.1 Conceito de Qualidade de Vida e definições

A expressão QdV tanto aparece no contexto da linguagem comum como no contexto da investigação científica, ligada a diferentes áreas do conhecimento, como por exemplo, à economia, à sociologia, à psicologia, à educação, entre outras. Trata-se de um conceito que, para além de grande complexidade, envolve uma considerável ambiguidade na medida em que depende da cultura, da época, do indivíduo, podendo, ao longo do tempo, variar no mesmo indivíduo: o que hoje pode ser considerado boa qualidade de vida pode não o ser amanhã. Sendo um conceito de delimitação difícil, definir QdV não é fácil.

A expressão qualidade de vida foi dita pela primeira vez¹³ em 1964, quando o presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, refere que os objetivos dos bancos não podem ser medidos pelos seus balanços, mas pela QdV que oferecem aos indivíduos. Em meados da década de 70, Campbell (1976, p. 3), referindo-se à QdV como uma expressão muito utilizada mas pouco percebida, diz tratar-se de “... uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é”. Nos anos 80, considerou-se que o conceito é multidimensional uma vez que envolve diferentes perspetivas, de que se destacam a biológica, a psicológica, a cultural e a económica. Mas é na década seguinte que a multidimensionalidade do conceito se impõe decisivamente, quando, também,

¹³<http://vidadequalidade.org/conceito-de-qualidade-de-vida/>

a dimensão subjetiva ganha força, ou seja: quando se constata que cada indivíduo percebe a sua própria qualidade de vida nas diferentes perspectivas de QdV (Seidl & Zannon, 2004), o que torna difícil encontrar uma definição que satisfaça completamente.

A maior parte da contribuição teórica e metodológica em torno da qualidade de vida deve-se à Organização Mundial de Saúde, através da implementação de um projeto que se desenvolveu em sucessivas etapas, a saber: clarificação do conceito; realização de estudos em 15 cidades de 14 países, com amostras compostas por pacientes, profissionais de saúde e indivíduos da população em geral, cujo objetivo era identificar crenças, atitudes e representações do significado da expressão QdV em culturas diferentes; realização de testes de campo (análise fatorial e de fiabilidade, validade do construto e validade discriminante) para validar a natureza multicultural da QdV (quatro dimensões: física; psicológica; social; ambiente)¹⁴. Para além de identificar e considerar quatro dimensões (física, psicológica, social e ambiente), procedeu a uma avaliação sobre as representações dos indivíduos relativamente à QdV geral. Assim, o instrumento de avaliação da QdV da Organização Mundial de Saúde contém os itens relativos às quatro dimensões referidas e, também, os itens relativos à QdV geral (WHOQOL, 1998).

Não obstante a existência de inúmeras definições, segundo *The WHOQOL Group* (1994, p. 28), a QdV é definida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”. Trata-se de um conceito complexo, abrangente e subjetivo que interrelaciona o meio ambiente com aspetos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais (WHOQOL Group, 1995). Nesta definição, a avaliação de QdV deixa de poder ser avaliada, apenas, segundo critérios objetivos do meio ambiente, do estado funcional ou psicológico ou, ainda, segundo a visão de um familiar ou um profissional de saúde; nesta definição, a QdV é avaliada, também, pela percepção do respondente/paciente.

Para Canavarro, Simões, Pereira, & Pintassilgo (2005), a investigação e evolução do conceito de QdV tem posto em realce a importância que os aspetos de natureza psicológica, socioeconómica e cultural têm para a saúde dos indivíduos e enforma, naturalmente, os aspetos específicos que se pretende analisar no âmbito específico de cada estudo.

¹⁴ A dimensão física contempla a percepção do indivíduo em relação à sua condição física; a dimensão psicológica diz respeito à percepção que o indivíduo tem da sua condição afetiva e cognitiva; a dimensão social relaciona-se com a percepção do indivíduo no que concerne as suas relações pessoais e papéis sociais; a dimensão ambiente refere-se à percepção que o indivíduo tem do ambiente e contexto onde está inserido (WHOQOL, Group, 1995).

De acordo com Seidl e Zannon (2004), é com o início da década de 90 que os investigadores parecem chegar a consenso sobre dois aspetos importantes da QdV, a saber: a subjetividade e a multidimensionalidade que o construto comporta. Harding (2001) refere que, na atualidade, a maioria das definições de QdV exprimem e valorizam o seu pendor subjetivo, isto é, a perceção que o indivíduo tem da sua qualidade de vida.

Do ponto de vista das ciências humanas e biológicas, o conceito de QdV valoriza parâmetros do indivíduo muito mais abrangentes do que os que se relacionam, apenas, com o controlo de sintomas, com a diminuição da mortalidade ou com o aumento da expectativa de vida (Kushner & Foster, 2000; Seidl & Zannon, 2004). Ao tratar-se de um conceito holístico, existe uma forte relação entre as últimas experiências do indivíduo e as vivenciadas no passado, tornando-se difícil encontrar a definição perfeita para QdV. Por exemplo, Calman (1987) caracteriza a qualidade de vida como a perceção das diferenças entre a esperança e as expectativas do indivíduo e a sua experiência de vida no momento atual. O autor explica que se existe correspondência entre a esperança, as expectativas e a vida que o indivíduo tem, este tem uma boa qualidade de vida, ao passo que, quando há uma grande diferença entre a esperança, as expectativas e o que vivencia, então o indivíduo percebe uma menor qualidade de vida.

Algumas definições apresentadas por Ribeiro (2004) enfatizam aspetos relacionados com o conceito de saúde positiva veiculado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1986), de que se destacam:

- Um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a inexistência de doença;
- A perceção subjetiva de felicidade ou satisfação com a vida em domínios significantes para o indivíduo;
- A distância que vai das expectativas à experiência atual do indivíduo;
- A perceção que o indivíduo tem da sua posição no contexto cultural e sistema de valores em que está inserido face ao alcance dos seus objetivos e satisfação das suas expectativas e preocupações.

Também Wallander e Schmitt (2001) definem QdV como sendo a articulação entre a perceção de bem-estar objetivo e subjetivo em diversos domínios da vida, que são importantes para o indivíduo numa determinada cultura e tempo, tendo em conta os padrões universais dos direitos humanos.

A propósito da complexidade do conceito de QdV, Meuleners, Lee, Binns, e Lower (2003) referem que enquanto umas definições realçam a relação entre funcionalidade física e as variáveis psicossociais, outras destacam aspetos associados a estados de felicidade e de satisfação com a vida.

Defendendo o conceito de QdV como um construto multidimensional, Cummins (2005) afirma que a qualidade de vida: é afetada por fatores pessoais, ambientais e pela interação destes; pressupõe a existência de componentes semelhantes para todas as pessoas; apresenta componentes objetivos e subjetivos; é afetada, também, pela autodeterminação, pelos recursos, pelo sentido de vida e pela perceção de pertença. O mesmo autor acrescenta que aspetos objetivos e aspetos subjetivos contidos nas definições constituem indicadores válidos de QdV. Contudo, distingue a forma de mensuração de cada um destes aspetos: os objetivos são mensuráveis com medidas de quantidade e de frequência (são observáveis e do domínio público); os subjetivos (do foro da consciência individual) são avaliados pelas respostas facultadas pelos indivíduos.

Assim, os indicadores subjetivos são resultado da avaliação que cada indivíduo faz do seu próprio esquema de funcionamento e das suas capacidades. Daí que Lawford e Eiser (2001) e Seligman e Csikzentmihalyi (2000) afirmem que a qualidade de vida de duas pessoas com as mesmas capacidades possa ser diferente, já que a QdV depende da forma como cada uma delas se relaciona com o contexto e com as dificuldades. Cummins (2000) refere que, por regra, os indicadores objetivos e os subjetivos têm uma fraca correlação, facto que é demonstrativo de que contribuem de forma independente para avaliar a QdV.

Zecovic e Renwick (2003) mencionam a existência de instrumentos genéricos e de instrumentos específicos para avaliar a QdV. Segundo os referidos autores, os instrumentos genéricos são utilizados para avaliar e comparar a QdV entre a população em geral ou entre a população em geral e doentes; os instrumentos específicos são utilizados na avaliação da QdV de pessoas com doença.

Seidl e Zannon (2004) realçam um aspeto importante que se verifica nas investigações que se baseiam na definição genérica da QdV: o âmbito das investigações já não se restringe a amostras de indivíduos com doenças ou enfermidades e alarga-se a amostras de pessoas saudáveis.

Segundo Wallander e Schmitt (2001), o conceito da expressão QdV na área da saúde sofreu uma evolução e, atualmente, existem duas tendências: uma que é concetualizada de forma mais genérica; outra, em que a QdV está mais relacionada com a saúde (*health-related*

quality of life). Esta segunda tendência denomina-se Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS/*Health-Related Quality of Life*- HRQOL).

4.2 Contributo da equipa KIDSCREEN para a avaliação da QdV

O projeto Proteção e Promoção da QVRS em Crianças e Adolescentes – uma perspetiva Europeia de Saúde Pública (acrónimo: KIDSCREEN) foi financiado pela Comissão Europeia (CE) através do programa “Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico: Actividades de Natureza Genérica” inserido no 5º Programa Quadro da CE “Qualidade de Vida e Gestão de Recursos de Vida” (Gaspar & Matos, 2008, p.9).

Quer no âmbito da investigação quer no âmbito das políticas e dos cuidados de saúde, tem aumentado o interesse pela QdV em geral e, em particular, pela QdV das crianças e adolescentes. No entanto, segundo Wallander e Schmitt (2001), a investigação feita em população pediátrica é pouca e apenas 9% dos estudos contempla a avaliação que a criança faz da sua própria QdV.

Rajmil e o grupo europeu KIDSCREEN (2004), numa revisão exaustiva da literatura acerca dos instrumentos de medição específicos e genéricos de QdV, constataram que este conceito relacionado com a saúde em crianças e adolescentes pecava por indefinição. Encontraram diferenças significativas nas definições, homogeneização nos domínios contemplados, mas diferentes operacionalizações¹⁵, o que atribuem ao facto de a QdV ser objeto recente de interesse por parte dos investigadores.

Os instrumentos mais utilizados para avaliar a QdV são os questionários de autopreenchimento e as entrevistas a que, por vezes, são adaptadas escalas ou questionários construídos para outras medidas (Seidl & Zannon, 2004).

De entre os instrumentos genéricos de avaliação da QdV utilizados, quer em investigação quer em prática clínica, destacam-se o *World Health Organization Quality of Life Assessment* (WHOQOL, 1995, 1998), o *Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey* (Ferreira, 1998) e o *Sickness Impact Profile* (WHO, 1994).

¹⁵ Na fase inicial de desenvolvimento do projeto KIDSCREEN, cujo objetivo era desenvolver um novo instrumento de medição da QdV relacionada com a saúde de crianças e adolescentes, os autores verificaram que todos os instrumentos incluíam itens de domínios físicos, psicológicos e sociais, mas a distribuição do número de itens por domínio variava.

Os instrumentos de avaliação da QVRS apresentam uma tendência no sentido de manter características multidimensionais e avaliam, também, a percepção geral da QdV, embora deem, por norma, uma maior ênfase a aspetos que se relacionam com a doença ou incapacidade (Seidl & Zannon, 2004).

Recomendações de Gill, Alvan, e Feinstein (1994) e Gladis, Gosch, Dishuk, e Crits-Cristoph (1999) apontam no sentido de que os estudos sobre avaliação da QdV explicitem a definição do conceito ou do significado de QdV no contexto do estudo e as fundamentações de ordem teórica e metodológica presentes na decisão sobre a escolha, seleção e/ou construção dos instrumentos aplicados.

Segundo Gaspar e Matos (2008), a emergência crescente de colaboração internacional no campo da saúde pública leva à necessidade de adoção de medidas de QVRS transculturais que possam ser comparáveis. Daí que, recentemente, tenham sido desenvolvidos vários instrumentos para estimar a QVRS das crianças, especialmente nos Estados Unidos e em vários países Europeus. Assim, os instrumentos foram traduzidos para outras línguas e adaptados a outras culturas, mas são raros os desenvolvimentos transculturais simultâneos, sendo o projeto KIDSCREEN exceção.

Utilizando simultaneamente uma abordagem transcultural, a equipa do Projeto KIDSCREEN desenvolveu uma parafernália de questões padronizadas para avaliar a QVRS em crianças e adolescentes. Os instrumentos KIDSCREEN permitem, também, monitorizar populações ao longo do tempo, identificar subgrupos dessas mesmas populações que poderão estar em risco de fraca QVRS e conhecer os impactos respetivos, decorrentes das intervenções no âmbito da saúde pública.

O questionário de QVRS desenvolvido pela equipa KIDSCREEN é um instrumento que pode ser utilizado em estudos nacionais representativos e em estudos Europeus, com o objetivo de monitorizar a saúde das crianças e adolescentes dentro da Comunidade Europeia. De natureza genérica, os instrumentos KIDSCREEN têm aplicabilidade em diferentes contextos nacionais e culturais devido ao facto de se tratar de um questionário transcultural em que houve consenso quanto às dimensões relevantes e itens utilizados sobre a QdV para determinados grupos de idade em cada um dos países envolvidos. Além disso, satisfazem os padrões de qualidade internacionais exigidos e concebidos para uma faixa etária entre os 8 e os 18 anos, são rapidamente respondidos e de fácil utilização e cotação tanto por clínicos como investigadores que pretendam avaliar de uma forma válida e com confiança o bem-estar

e a saúde subjetiva (QVRS), tanto de crianças e adolescentes saudáveis como dos que apresentam uma condição crónica.

São dez as dimensões contempladas no questionário KIDSCREEN – 52© (versão mais longa): Saúde e atividade física; Sentimentos; Estado de humor global; Autoperceção (sobre si próprio); Autonomia/tempo livre; Família e ambiente familiar; Questões económicas; Amigos (relações interpessoais de apoio social); Ambiente escolar e aprendizagem; Provocação (*bullying*) (Bisegger et al., 2005; Detmar et al., 2006; Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2005; 2006a; 2006b; 2007; Gaspar et al., (submitted); Ravens-Sieberer & *European Kidscreen Group*, 2001; *The KIDSCREEN Group Europe*, 2006, como citados em Gaspar & Matos, 2008, p. 30).

Existem versões reduzidas do KIDSCREEN – 52©: o KIDSCREEN – 27© e o KIDSCREEN – 10©, este último utilizado no presente estudo.

O KIDSCREEN – 27© representa as dez dimensões originais. Contudo, essas dimensões surgem reorganizadas nas seguintes cinco: Bem-estar físico; Bem-estar psicológico; Autonomia e relação com os pais; Suporte social e grupo de pares; Ambiente escolar.

O KIDSCREEN – 10© é uma versão reduzida do KIDSCREEN – 52©, resulta da versão KIDSCREEN – 27©, constituindo, assim, um instrumento unidimensional. Nos diversos países europeus, a escala apresenta boas qualidades métricas e contribui para a compreensão e diferenciação entre grupos (*The KIDSCREEN Group Europe*, 2006). O KIDSCREEN – 10© resulta num valor global de QVRS e representa um resultado global de todas as dimensões das versões KIDSCREEN maiores. De acordo com Gaspar e Matos (2008, p. 93), “um valor baixo neste instrumento reflete sentimento de infelicidade, insatisfação e desadequação face aos diversos contextos da vida da criança e do adolescente, nomeadamente, família, grupo de pares e escola. Uma cotação elevada revela uma sensação de felicidade, perceção de adequação e satisfação com os seus contextos”.

4.3 Contributo do Strengths and Difficulties Questionnaire para a avaliação de psicopatologias

Nos últimos anos, o interesse dos investigadores tem aumentado relativamente à forma como as pessoas se relacionam logo no início de seu desenvolvimento. Desde que nasce, o ser humano vai-se identificando com padrões de comportamento, o que o vai capacitando para interagir e se adaptar ao ambiente em que está inserido. Antes da aquisição de comportamentos mais complexos, o ser humano já apresenta uma predisposição para criar vinculação afetiva e social (Carvalho & Guimarães, 2002).

Miller-Johnson, Coie, Maumary-Gremaud, e Bierman (2002) referem que o estudo sobre comportamentos sociais é alvo de interesse por parte de investigadores quer da área clínica quer da área do desenvolvimento. O interesse por parte de educadores resulta, segundo Kern (2001), da constatação de que muitos estudantes não manifestam adequadamente as competências (sociais e comportamentais) exigidas para que possam ter sucesso em matérias académicas e sociais na escola.

Miller-Johnson e colaboradores (2002), em estudos sobre o comportamento social no desenvolvimento infantil, concluíram que os comportamentos agressivos são menos comprometedores do comportamento social quando comparados com a rejeição dos colegas. Contudo, concluíram também que o comportamento pró-social¹⁶ é menor em crianças que se apresentaram como agressivas e rejeitadas. Verificaram, ainda, algumas diferenças no género: os meninos apresentaram maior nível no que diz respeito à agressão; as meninas mostraram-se mais competentes socialmente.

Quanto à hiperatividade, Merrell (2001) refere que a sua presença pode desencadear comportamentos antissociais¹⁷ que, normalmente, se manifestam acompanhados de impulsividade, imaturidade e agressividade, surtindo impactos negativos ao nível da aceitação da criança por parte dos pais, colegas e professores.

Na perspetiva de Grunspun (1999), os sintomas emocionais manifestam-se através de queixas somáticas ou sintomas físicos, não são explicados por causas físicas, estando a dimensão psicológica sempre presente. As queixas mais comuns nas crianças e adolescentes são: dores de cabeça, de ouvido, de garganta, de estômago, de barriga, ao urinar, nas pernas, que são mais comuns no género feminino.

¹⁶Comportamentos sociais manifestados de forma positiva.

¹⁷Comportamentos sociais manifestados de forma negativa.

Para investigar características comportamentais, emocionais e sociais existem instrumentos organizados em forma de escalas e/ou questionários. Esses instrumentos, identificando problemas mentais, constituem auxiliares preciosos no diagnóstico e possibilitam uma melhor compreensão sobre o desenvolvimento infantil. São de rápida e fácil aplicação, pontuação e interpretação, podem ser respondidos pela criança, por pais, cuidadores e professores, razões pelas quais são muito utilizados (Barbosa, Gouveia, & Barbosa, 2003).

De entre esses instrumentos, o Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) (SDQ) é um instrumento que avalia problemas de saúde mental em crianças e adolescentes em cinco áreas: problemas no comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, de conduta e de relacionamento. Fleitlich, Cortázar, e Goodman (2000) apontam como vantagens deste instrumento o formato (mais compacto), maior enfoque nas capacidades e dificuldades e melhores informações sobre dificuldades de atenção/hiperatividade, relação com colegas e comportamento pró-social.

Tendo em conta que o conceito de qualidade de vida deve englobar indicadores subjetivos que resultam da avaliação que cada um faz sobre as suas capacidades e funcionamento (Cummins, 2005), parece-nos que a utilização dos dois questionários apresentados neste capítulo (KIDSCREEN-10 e o SDQ) se torna aconselhável para cumprir o objetivo a que nos propomos com este estudo: Caracterizar a Qualidade de Vida (QdV), sintomatologia psicopatológica e rendimento escolar por autorrelatos de crianças e adolescentes (entre os 10 e os 18 anos) com sobrepeso e obesidade.

PARTE II

Estudo empírico

CAPÍTULO 1: Metodologia da investigação empírica

Após a fundamentação teórica apresentada na Parte I, essencial para enquadrar e contextualizar a problemática em estudo, torna-se necessário fazer referência à metodologia utilizada no que diz respeito à elaboração da componente empírica. A metodologia de investigação serve o propósito maior da ciência – chegar à verdade dos factos. Apoiando-se na razão, tenta obter respostas para questões que em determinado momento foram enunciadas e pretende produzir conhecimento científico.

O conhecimento é científico, por oposição ao senso-comum, quando é fundamentado e verificado através de um método que se materializa com um conjunto de procedimentos racionais e técnicos que conduzem à produção de um novo conhecimento. Como afirmava Bachelard (1972), o facto científico é conquistado (sobre os preconceitos), construído (pela razão) e constatado (comprovado pelos factos).

Face ao exposto, a metodologia adotada obedeceu a uma planificação rigorosa que, numa primeira fase, assumiu a forma de projeto¹⁸, o qual serviu de matriz à concretização da dissertação agora apresentada. De referir, contudo, que apesar do rigor colocado na fase do projeto e por razões que nos foram alheias, tivemos que proceder a reajustamentos temporais de algumas etapas e à redefinição de objetivos específicos e hipóteses. Tal facto, contudo, não originou qualquer alteração no objetivo geral e não comprometeu o cumprimento do prazo de entrega do trabalho.

1.1 Justificação para a escolha do estudo

No exercício da profissão como docente há quase quatro décadas, temos vindo a constatar, na escola onde lecionamos, que, de ano para ano, são mais as crianças e adolescentes com aparência de maior IMC. Naturalmente atentos aos comportamentos e atitudes dos alunos, constatou-se, também, que de entre os alunos cuja aparência sugeria a

¹⁸ O Projeto foi elaborado de acordo com a matriz requerida pela Universidade e foi submetido para aprovação em 2 de dezembro de 2011.

presença de obesidade, muitos deles se isolavam, parecendo, muitas vezes, tristes, o que podia indiciar sinais de depressão (Tauber, 2010).

Desconhecendo a razão para tal isolamento e tristeza, foram muitas as situações em que surgiu vontade de saber mais sobre o assunto. Por isso, notícias, dados e estudos sobre obesidade passaram a fazer parte do nosso leque de interesses pessoais. O conhecimento adquirido sobre o aumento da prevalência da obesidade, do consequente risco de desenvolvimento de doenças crónicas que lhe estão associadas na idade adulta (Cole et al., 2000; WHO, 1995), a atualidade do problema¹⁹, o facto de a obesidade resultar de interações complexas entre fatores que, algumas vezes, estão fora do controlo individual (Waine, 2007) e a necessidade de realizar uma dissertação constituíram motivos determinantes para a escolha da problemática da obesidade em crianças e adolescentes com essa condição como objeto de estudo, com enfoque na presença de sintomatologia psicopatológica e suas implicações na QdV e no rendimento escolar.

Entre nós, os estudos são escassos. Torna-se, portanto, importante estudar esta problemática pois, para além da perda de peso e das mudanças no estilo de vida dos indivíduos, importa perceber qual o papel dos fatores psicológicos na etiologia da obesidade e se estes se relacionam com a QdV e/ou com o rendimento escolar do indivíduo com essa condição, quando comparado com indivíduos com peso normal. Ou seja: Os indivíduos com sobrepeso e obesidade apresentam mais sintomatologia psicopatológica, menor rendimento escolar e menor QdV do que os indivíduos saudáveis com peso normal? É com estas questões prévias que passamos ao delineamento do estudo.

1.2 Objetivos do estudo

Face ao exposto, o principal objetivo desta investigação é caracterizar a QdV geral, a sintomatologia psicopatológica e o rendimento escolar por autorrelatos de crianças e adolescentes, entre os 10 e os 18 anos de idade, com excesso de peso e obesidade, comparando-os com indivíduos na mesma faixa etária com peso normal. Para o efeito, formularam-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a amostra em estudo.

¹⁹A elevada prevalência de sobrepeso e obesidade que se verifica no nosso país são preocupantes e impuseram a definição e implementação de estratégias de prevenção para reverter esta condição, através do Programa Nacional de Combate à obesidade (PNCO, 2005).

- Avaliar a sintomatologia psicopatológica (por autorrelato) de crianças e adolescentes com obesidade e excesso de peso, comparando esses indicadores com os de crianças e adolescentes com peso normal.
- Avaliar a QdV geral (por autorrelato) de crianças e adolescentes com obesidade e com excesso de peso, em comparação com crianças e adolescentes com peso normal.
- Avaliar o rendimento escolar de crianças e adolescentes com obesidade e com excesso de peso, em comparação com crianças e adolescentes com peso normal.

1.3 Formulação de Hipóteses

Partindo do princípio de que haverá diferenças em termos de sintomatologia psicopatológica, de QdV geral e de rendimento escolar entre crianças e adolescentes com excesso de peso, com obesidade e com peso normal, definimos as seguintes hipóteses:

H1 – As crianças e adolescentes com obesidade apresentam, em média, mais sintomatologia psicopatológica do que as crianças e adolescentes com excesso de peso.

H2 – As crianças e adolescentes com obesidade apresentam, em média, mais sintomatologia psicopatológica do que as crianças e adolescentes com peso normal.

H3 - As crianças e adolescentes com excesso de peso apresentam, em média, mais sintomatologia psicopatológica do que as crianças e adolescentes com peso normal.

H4 – As crianças e adolescentes com obesidade apresentam, em média, um menor índice de QdV geral do que as crianças e adolescentes com excesso de peso.

H5 – As crianças e adolescentes com obesidade apresentam, em média, um menor índice de QdV geral do que as crianças e adolescentes com peso normal.

H6 - As crianças e adolescentes com excesso de peso apresentam, em média, um menor índice de QdV geral do que as crianças e adolescentes com peso normal.

H7 – As crianças e adolescentes com obesidade têm, em média, menor rendimento escolar do que as crianças e adolescentes com excesso de peso.

H8 – As crianças e adolescentes com obesidade têm, em média, menor rendimento escolar do que as crianças e adolescentes com peso normal.

H9 – As crianças e adolescentes com excesso de peso têm, em média, menor rendimento escolar do que as crianças e adolescentes com peso normal.

1.4 Variáveis relevantes para os objetivos e para as hipóteses

No entender de Fortin (2009), um modelo de investigação constrói-se com base em definições rigorosas dos conceitos em estudo que se articulam com a formulação de hipóteses, estabelecendo de forma precisa as suas relações.

Relembrando o objetivo principal da investigação formulado em 1.2 - caracterizar a QdV geral, sintomatologia psicopatológica e rendimento escolar por autorrelatos de crianças e adolescentes, entre os 10 e os 18 anos de idade, com excesso de peso e obesidade, comparando-os com indivíduos da mesma faixa etária com peso normal e tendo em linha de conta as hipóteses formuladas, definiram-se como variável independente o IMC, para avaliar o estado nutricional dos participantes, e como variáveis dependentes a QdV, sintomatologia psicopatológica e rendimento escolar, que passamos a definir:

- **IMC** – É um valor utilizado na avaliação do estado nutricional da população que, como já referido na introdução, é calculado através da razão entre o peso (kg) e o quadrado da altura (m²), por se tratar de um método de fácil avaliação e de considerável sensibilidade (Rêgo, 2008). Este valor é utilizado no diagnóstico da obesidade e excesso de peso em população adulta. No caso concreto do nosso estudo, sendo a população composta por crianças e adolescentes cujo crescimento é bastante variável, utiliza-se um valor de IMC percentilado que consta de gráficos de curvas de IMC elaboradas com base em estudos populacionais por género e idade, que integram o BSIJ dos indivíduos com idade compreendida entre os 2 e os 20 anos e que estão em vigor no sistema nacional de saúde desde 2006²⁰. Assim, diagnostica-se excesso de peso (também aparece com a designação de sobrepeso ou de pré-obesidade) quando o valor de IMC se encontra entre o percentil 85 e o 95, e diagnostica-se obesidade quando o IMC se encontra acima do percentil 95.

²⁰ Como já mencionada anteriormente no primeiro capítulo do enquadramento teórico, Circular normativa n.º 5/DSMIA, de 21/02/2006.

- QdV (geral) – A qualidade de vida é uma expressão que, inicialmente, se utilizou com um cunho marcadamente economicista, avaliava o desenvolvimento dos países e encontrava-se associada a indicadores sociais (Cummins, 2000; Rapley, 2003). Com a evolução do conceito, a QdV aparece, hoje, relacionada com as diferentes dimensões de bem-estar, estados de satisfação e felicidade dos indivíduos (Frisch, 2000; Taillefer et al., 2003). Segundo Canavarro e colaboradores (2005), o conceito de QdV tem evidenciado, também, a importância dos aspetos de natureza psicológica na saúde dos indivíduos. Neste trabalho, a QdV é entendida na perspetiva psicológica, depende totalmente da personalidade de cada indivíduo, apontando para aspetos que se relacionam com o estado de ânimo e com os sentimentos de felicidade e de satisfação com a vida. Utilizando o instrumento de avaliação genérica KIDSCREEN-10© (versão reduzida para crianças e adolescentes, com 10 itens), obtém-se um valor global de QVRS em crianças e adolescentes entre os 8 e os 18 anos (Gaspar & Matos 2008; KIDSCREEN Group, 2006; Ravens-Sieberer, Erhart, & Bullinger, 2006). Essa medida unidimensional representa o resultado global das dimensões das versões KIDSCREEN mais extensas (saúde e atividade física, bem-estar psicológico, estado de humor global, autoperceção, autonomia/tempo livre, família e ambiente familiar, questões económicas, amigos, ambiente escolar e aprendizagem, e provocação ou *bullying*), sendo que uma cotação baixa no questionário KIDSCREEN-10© revela sentimentos de infelicidade, insatisfação com a vida e desajustamento relativamente aos contextos da vida das crianças e adolescentes (família, grupo de pares e escola). Um valor elevado como resultado reflete uma sensação de felicidade, perceção de adequação e satisfação com os contextos.

- Sintomatologia psicopatológica – Refere-se ao conjunto de problemas psicológicos ou psicossomáticos que se manifestam pela tradução de autoimagem negativa, isolamento social e/ou limitação da vida social (Lemos, 2002, citado por Sousa, 2006). No contexto desta investigação, o questionário SDQ de avaliação do ajustamento psicossocial de crianças e adolescentes, desenvolvido por Goodman (1997), é utilizado na sua versão portuguesa de autopreenchimento (Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2004), avaliam-se as dificuldades manifestadas pelas crianças e adolescentes aos níveis da hiperatividade, problemas de comportamento, problemas de relacionamento com colegas, sintomas emocionais e comportamento pró-social.

- Rendimento escolar – O interesse pelo rendimento escolar no nosso estudo, justifica-se por se tratar de uma variável que o médico questiona quando a criança obesa vai à consulta (Tauber, 2010) e, também, porque o rendimento escolar é um aspeto indissociável da vida das crianças e adolescentes. Sendo vários os enfoques para o rendimento escolar (Afonso, 1988), o conceito utilizado no âmbito deste trabalho corresponde à média da avaliação final obtida pelos participantes no estudo em todas as disciplinas do 3º período do ano letivo de 2010/2011. Entendeu-se que não se deveria excluir nenhuma disciplina para o cálculo da média, visto ser esta média final a que é considerada em momentos decisivos da vida da criança e do adolescente, como por exemplo: ser apurado para atribuição de diploma de mérito e excelência ou no acesso ao ensino superior.

Para além das variáveis acima referidas, definimos outras consideradas úteis à realização do estudo, mais especificamente variáveis independentes de caracterização sociodemográfica e clínica das crianças e adolescentes, que passamos a enunciar:

- Idade.
- Sexo.
- Ano de escolaridade (em 2011/2012)
- Média de notas obtida no final do ano letivo anterior.
- Altura.
- Peso.
- Percentil de IMC.
- Diagnóstico de obesidade (peso normal; excesso de peso; obesidade).
- Tratamento.
- Outro problema de saúde crónico.
- Outro problema de saúde consequência da obesidade.

Relativamente às médias das notas obtidas no final do ano anterior, havendo alunos sujeitos a processos de classificação diferentes (avaliação qualitativa no 4º ano de escolaridade, avaliação através de atribuição de níveis numa escala de 1 a 5, no 2º e 3º ciclos), as avaliações dos alunos do ensino básico foram padronizadas numa escala de zero a vinte valores, bem como as dos alunos não repetentes do 10º ano.

1.5 Tipo de investigação

O tipo de estudo define-se no decurso da formulação do problema, após a questão de investigação se tornar definitiva (Fortin, 2009), o que significa que a questão de investigação dita o método apropriado ao estudo do fenómeno que se quer investigar.

Pretendendo ser um contributo para o entendimento da problemática da obesidade e da sua possível relação com sintomatologia psicopatológica, QdV e o rendimento escolar de crianças e de adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos, a presente investigação consiste num estudo de índole quantitativa, com uma lógica de análise correlacional e transversal. Quantitativa e correlacional, porque utiliza dados numéricos para obter informações, descrever e testar relações entre variáveis independentes e dependentes, não pretendendo estabelecer relações de causa-efeito (Fortin, 2009; Mausner, Kramer, & Bahn, 2004). Trata-se de um estudo de índole correlacional, porque as variáveis que dele constam foram seleccionadas em função do enquadramento teórico (D' Hainaut, 1990; Fortin, 2009). Um estudo correlacional permite, ainda, apurar a natureza (força e direcção) das relações entre determinadas variáveis recorrendo a estudos efetuados anteriormente. Este tipo de estudo pretende, também, verificar em que medida a aparição de um fenómeno é acompanhada pelo aparecimento de um outro (Fortin, 2009). Este estudo é transversal, porque o tempo em que decorre é previamente definido e coincide com a altura em que se aplicam os instrumentos de recolha de dados (Fortin, 2009).

1.6 População e amostra

A população em estudo é constituída por alunos com excesso de peso (percentil de IMC > 85 e ≤ 95) e obesidade (percentil de IMC > 95), cuja condição se verifica há, pelo menos, um ano, de uma escola do ensino básico do 2º e do 3º ciclos com ensino secundário da região de Lafões, com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos, que será comparada com os participantes com peso normal (percentil de IMC > 5 e ≤ 85), oriundos da mesma instituição escolar. Na avaliação do estado nutricional da população utiliza-se o valor de IMC que, como já referido na introdução, é calculado através da razão entre o peso (kg) e o quadrado da altura (m^2), por se tratar de um método de fácil avaliação e de considerável sensibilidade (Rêgo, 2008). Contudo, considerando que a população em estudo é composta

por crianças e adolescentes cujo crescimento é bastante variável, utiliza-se um valor percentilado que consta de gráficos de curvas de IMC elaboradas com base em estudos populacionais por género e idade, que integram o BSIJ dos indivíduos com idade compreendida entre os 2 e os 20 anos e que estão em vigor no sistema nacional de saúde desde 2006²¹.

Ainda a propósito da população, referem-se, também, os motivos que estiveram presentes aquando da escolha da escola do ensino básico do 2º e do 3º ciclos com ensino secundário da região de Lafões para a realização do estudo: o primeiro, prende-se com o facto de a autora do estudo ser profissional (professora) do referido estabelecimento de ensino, o que a coloca numa posição privilegiada para as sessões de informação e recolha de dados (facilidade em obter autorização por parte da direção da escola e facilidade de reunião com os participantes); o segundo motivo, tem a ver com aspetos relacionados com o orçamento. Neste caso, evitaram-se despesas de correio e/ou telefonemas, outras deslocações e foi possível otimizar o tempo gasto para as necessárias sessões de recolha de dados. Salienta-se que esta redução de custos foi extensiva aos participantes, uma vez que não tiveram de se deslocar propositadamente para responder aos questionários, sendo a calendarização das sessões feita de modo a que os participantes e os cuidadores estivessem na escola por outros motivos (por ex.: entrevista com diretores de turma).

A amostra é não probabilística, acidental²² e foi formada de entre a população constituída pelo total de alunos (923, com peso normal, com excesso de peso e com obesidade), com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos da escola acima referida, que aceitou participar. Constituiu-se, assim, 1 amostra formada por 229 participantes voluntários, de que foram constituídos 3 subgrupos, de acordo com o seguinte: um subgrupo constituído por 57 participantes com excesso de peso; um outro, constituído por 50 indivíduos com obesidade; um terceiro, que constitui o grupo de controlo, composto por 122 participantes com peso normal.

²¹ Como já mencionada anteriormente no primeiro capítulo do enquadramento teórico, Circular normativa nº 5/DSMIA, de 21/02/2006.

²²De acordo com Fortin (2009), este método de amostragem impede a generalização dos resultados para a população, uma vez que os participantes acessíveis e voluntários, podem ser diferentes da população alvo.

Assim, em junho de 2012, a população em estudo e as amostras estavam distribuídas conforme a Tabela 1:

Tabela 1 - População, amostra e subgrupos

| População em estudo | Nº total de elementos por subgrupo/População | Nº de participantes por subgrupo/Amostra |
|----------------------------|---|---|
| Obesidade | 91 | 50 |
| Excesso de peso | 221 | 57 |
| Peso normal | 611 | 122 |
| Total de Alunos | 923 | 229 |

Os alunos são maioritariamente residentes no concelho de Oliveira de Frades, alguns residentes em localidades que pertencem ao concelho de Vouzela e um número residual de crianças e adolescentes que residem no concelho de S. Pedro do Sul.

1.7 Caracterização da amostra

A Tabela 2 apresenta os resultados referentes à caracterização dos alunos relativamente às variáveis sexo, idade, ano de escolaridade, média das notas – avaliação sumativa final em 20010/2011, IMC médio, percentil e diagnóstico de obesidade e apresenta-se no seguimento da descrição.

Observa-se que a maioria dos inquiridos pertencia ao sexo feminino, com uma percentagem de 56.3%, e que o sexo masculino estava em minoria com uma frequência de 43.7%. Relativamente à idade, regista-se uma média e desvio padrão (DP) de 14.0 ± 2.0 .

Considerando a variável ano de escolaridade, verifica-se que 44.9% dos indivíduos frequenta o 3º ciclo (5º ano – 8.7%; 6º ano – 10.9%; 7º ano – 19.2%; 8º ano - 17.0%; 9º ano – 8.7%), sucedido pelo ensino secundário com uma representação de 35.4% da amostra (10º ano – 12.7%; 11º ano – 18.8%; 12º ano – 3.9%).

As notas escolares do ano letivo anterior são em média de 14.1 ± 2.8 valores (relembra-se que as avaliações dos alunos do ensino básico foram padronizadas numa escala de zero a vinte valores, bem como as dos alunos não repetentes do 10º ano).

Quanto ao IMC médio, era de 23.06 ± 4.91 , existindo 21.8% de alunos com obesidade, 24.9% com excesso de peso e 53.3% com peso normal, sendo a mediana 22.18 e os valores mínimo e máximo respetivamente 15.30 e 42.40.

No que se refere ao diagnóstico da obesidade, somente oito crianças possuíam, à data, problemas de saúde crónicos, sendo seis referentes a situações de asma e bronquite asmática. Duas das crianças inquiridas referiram possuir problemas de saúde que surgiram como consequência da obesidade.

Tabela 2 - Caracterização dos alunos segundo o sexo, idade, ano de escolaridade, média das notas, IMC médio, percentil e diagnóstico de obesidade.

| | | N | % |
|--------------------------|---------------------------|--------------------|-------|
| Sexo | Masculino | 100 | 43,7% |
| | Feminino | 120 | 56,3% |
| | Total | 229 | 100% |
| Idade | Média ± DP | 14,0 ± 2,0 | |
| | Mediana (Mín – Máx) | 14,0(10-18) | |
| Ano de Escolaridade | 5º Ano | 20 | 8,7% |
| | 6º Ano | 55 | 10,9% |
| | 7º Ano | 44 | 19,2% |
| | 8º Ano | 39 | 17,0% |
| | 9º Ano | 20 | 8,7% |
| | 10º Ano | 29 | 12,7% |
| | 11º Ano | 43 | 18,8% |
| | 12º Ano | 9 | 3,9% |
| | Total | 229 | 100% |
| Média das notas | Média ± DP | 14,06 ± 2,83 | |
| | Mediana (Mín – Máx) | 13,32(7,2-20) | |
| IMC | Média ± DP | 23,06 ± 4,91 | |
| | Mediana (Mín – Máx) | 22,18(15,30-42,40) | |
| Percentil | P<85 – Normal | 122 | 53,3% |
| | 85<P<95 – Excesso de peso | 57 | 24,9% |
| | P>95 – Obesidade | 50 | 21,8% |
| | Total | 229 | 100% |
| Diagnóstico de obesidade | Sim | 16 | 7,0% |
| | Não | 213 | 93% |
| | Total | 229 | 100% |

DP: Desvio Padrão; Mín: Mínimo; Máx: Máximo

1.8 Instrumentos utilizados na recolha de dados

Nesta dissertação, escolheu-se a técnica de investigação por questionário para obter as respostas dos participantes por dois motivos: o primeiro está relacionado com a existência de questionários (KIDSCREEN - 10 e SDQ) com fiabilidade comprovada e aferidos para a população portuguesa, que medem as variáveis em estudo (respetivamente QdV e sintomatologia psicopatológica); o segundo tem a ver com o facto de se tratar de uma técnica com custos reduzidos, garantir o anonimato e as questões mais incómodas não causarem embaraço ao respondente.

Assim, apresentam-se, de seguida os questionários, demais instrumentos utilizados e respetivas características:

- KIDSCREEN-10© (Anexo I) – Versão reduzida do KIDSCREEN-52, é um questionário de avaliação de QVRS para crianças e adolescentes (KIDSCREEN Group, 2004; versão portuguesa: Gaspar & Matos, 2008). Trata-se de um instrumento genérico transcultural, padronizado, de autopreenchimento, que avalia a saúde subjetiva e o bem-estar de crianças e adolescentes tanto saudáveis como com doenças crónicas, com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos. Reportando-se à “última semana”, os participantes respondem aos dez itens que dele constam, devendo ser as respostas posicionadas numa escala tipo Likert de 5 pontos, em termos de frequência ou intensidade. Apresenta uma medida unidimensional que resulta num valor global de qualidade de vida representativa das várias dimensões da versão integral do KIDSCREEN (saúde e atividade física, bem-estar psicológico, estado de humor global, auto perceção, autonomia/tempo livre, família e ambiente familiar, questões económicas, amigos, ambiente escolar e aprendizagem, e provocação ou *bullying*). Apresenta boas qualidades psicométricas (KIDSCREEN Group, 2006; Ravens-Sieberer, Erhart, & Bullinger, 2006). De acordo com Gaspar e Matos (2008, p. 93), “um valor baixo neste instrumento reflete sentimento de infelicidade, insatisfação e desadequação face aos diversos contextos da vida da criança e do adolescente, nomeadamente, família, grupo de pares e escola. Uma cotação elevada revela uma sensação de felicidade, perceção de adequação e satisfação com os seus contextos”. Existe, igualmente, uma versão para pais que não é utilizada no presente estudo e que se utiliza quando se pretende relacionar os heterorrelatos com os autorrelatos. Como referido por Gaspar e Matos (2008), trata-se de um questionário simples, em que apenas são

necessários 10 a 15 minutos para o aplicar. O anonimato foi respeitado, utilizando-se um código de identificação, construído de acordo com informação específica facultada aos respondentes.

- SDQ (Anexo II) – É um questionário de capacidades e dificuldades desenvolvido por Goodman (1997) e traduzido para a versão portuguesa por Loureiro, Fonseca, e Gaspar (2004). É um inventário comportamental breve que se utiliza para avaliar o ajustamento psicopatológico das crianças e dos adolescentes. A versão de autopreenchimento para crianças e adolescentes dos 11 aos 17 anos utilizada no estudo tem uma versão equivalente para pais e professores de crianças e adolescentes dos 3 aos 17 anos, que não foi utilizada no estudo presente. Apresenta 25 itens, cujas respostas devem ser posicionadas numa escala de Likert de 3 pontos (Não é verdade, É um pouco verdade e É muito verdade), que se distribuem por 5 escalas: sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento com os colegas e competências sociais. Na pontuação do SDQ, para a opção de resposta “É um pouco verdade” é sempre atribuída a pontuação 1, para a opção ”Não é verdade” e “É muito verdade” são atribuídas, respetivamente as pontuações 0 e 2, excetuando-se os itens 7, 11, 14, 21 e 25 em que, devido à formulação da pergunta, se invertem os valores das pontuações, isto é, ”Não é verdade” e “É muito verdade” têm, respetivamente, as pontuações de 2 e 0. Outra característica interessante, prende-se com o facto de resultar uma pontuação total de Dificuldades (pode variar entre 0 e 40), que é obtida pela soma da pontuação total das escalas (Sintomas emocionais, Problemas de comportamento, Hiperatividade e Problemas com colegas), com exceção da escala pró-social. O questionário SDQ possui boas características psicométricas em termos de precisão e validade (Goodman, Ford, Simmons, Gatward, & Meltzer, 2000), é um instrumento muito utilizado e apresenta várias vantagens quando comparado com outras medidas concetualmente semelhantes. Segundo Goodman, Meltzer & Bailey (2003), quando comparado com os questionários de Rutter (1967) e Achenbach (1991), o SDQ apresenta maior equilíbrio entre itens que focam capacidades e os que se centram nas dificuldades, é mais abrangente para dificuldades de atenção, problemas com os pares e comportamento pró-social, apresenta melhor formato, focando quer as capacidades quer as dificuldades da criança. De acordo com Goodman e colaboradores (2000), através de um algoritmo computadorizado, é possível prognosticar cerca de três grupos de desordens, nomeadamente,

desordem de oposição, desordens de hiperatividade-inatenção e desordens de ansiedade e depressão, cuja análise conjunta permite inferir sobre a presença ou não de perturbações psiquiátricas. Não sendo objetivo do nosso estudo, estes aspetos não foram observados. O anonimato foi respeitado, utilizando-se um código de identificação, construído de acordo com informação específica facultada.

- Consentimento informado (Apêndice I; Apêndice II) – Com uma linguagem clara e simples, foram elaborados dois documentos dirigidos aos pais e às crianças e adolescentes participantes no estudo, com o propósito de os informar sobre a natureza e objetivos da investigação, sobre a liberdade que lhes assiste de participar (ou não) no estudo, bem como sobre outros aspetos que se prendem com acessibilidade aos dados, limitações da confidencialidade, entre outros (Pais-Ribeiro, 2008). Os documentos contêm espaço destinado à assinatura de autorização de participação no estudo, quer no caso de criança ou adolescente menor, quer para o participante maior de idade.

- Ficha de dados sociodemográficos (Apêndice III) – Construída para o efeito, contém informação relativamente ao filho ou filha, referente a idade, género, nível de escolaridade em 2011/2012 e média do rendimento escolar do ano letivo 2010/2011. Foi preenchida por um dos progenitores (encarregado de educação) das crianças e adolescentes que compõem a amostra. O anonimato foi respeitado, utilizando-se um código de identificação, construído de acordo com informação específica facultada.

- Ficha de dados clínicos (Apêndice IV) – Construída para o efeito, contém informação sobre a altura, peso, IMC, percentil de IMC, diagnóstico de obesidade, tempo de duração da condição, se é objeto de tratamento/qual, se tem outra doença e, caso a resposta seja afirmativa, se existe algum problema de saúde como consequência da obesidade. Poderia vir a ser preenchida por clínicos se houvesse casos de indivíduos da amostra sujeitos a tratamento que a isso obrigassem, o que não aconteceu. Assim, foram os professores de educação física que efetuaram o preenchimento desta ficha, em conjunto com o aluno. O anonimato foi respeitado, utilizando-se um código de identificação, construído de acordo com informação específica facultada.

- Curvas internacionais de IMC (Anexos III e IV) – Neste trabalho, são usadas as curvas internacionais de IMC do *National Centre for Health and Statistics* (NCHS). As curvas do NCHS são utilizadas em Portugal, de acordo com a circular normativa nº 05/DSMIA, de 21 de fevereiro de 2006, da Direção Geral de Saúde, e integram o BSIJ desde esse ano. Existem curvas para rapazes e para raparigas.

1.9 Procedimentos de recolha e tratamento de dados

O rastreio do peso e altura foi efetuado na escola pelos professores de Educação Física dos alunos do 5º ao 12º ano, contemplou os alunos com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos, e decorreu no início do ano letivo 2011/2012. Os registos dos valores foram efetuados pelos referidos professores, após a autorização dos cuidadores e dos participantes, na ficha de dados clínicos. O consentimento informado, as fichas sociodemográficas e a aplicação dos questionários foram explicados, apresentados aos participantes para preenchimento e recolha pela autora da investigação, em sessões presenciais devidamente agendadas para junho (a seguir a reuniões já agendadas com os diretores de turma respetivos) e julho (dois dias de matrículas).

Os dados recolhidos foram tratados no programa de computador do tipo científico SPSS, acrónimo de *Statistical Package for the Social Sciences* - pacote estatístico para as Ciências Sociais. Este programa permite sistematizar a informação, testar as hipóteses formuladas e fazer as análises que este estudo requer (Martinez & Ferreira, 2007). Foi utilizada a versão 18.0.

1.10 Procedimentos éticos

Quando se elabora um estudo que envolve pessoas, uma série de questões de ordem moral e ética se levantam e estão presentes desde que se define o problema até ao momento em que se conclui a investigação, porque, como explica Fortin (2009), independentemente do método utilizado nas diversas fases de realização do estudo, existe sempre a possibilidade de se causar prejuízos, de algo ser moral e eticamente inaceitável tanto para o investigador como para o sujeito ou comunidade em geral. Daí que tenham sido feitas todas as diligências

necessárias à proteção dos direitos e liberdades das pessoas que, direta ou indiretamente, participam neste estudo.

Nesse sentido, para a recolha de dados, a autora do estudo solicitou autorizações e colaboração às entidades convenientes através de carta ou correio eletrónico [Diretora da escola envolvida (Apêndice V); Diretora Executiva do ACES Dão Lafões II (Apêndice VI); Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (Apêndice VII); Comissão Nacional de Proteção de Dados (Apêndice VIII)] e aguardou que as autorizações fossem concedidas, antes de começar a investigação. Foram, também, solicitadas as autorizações para utilização dos questionários KIDSECREEN-10 (Apêndice IX) e SDQ (Apêndice X) aos autores respetivos. Aos participantes, foram dados a conhecer os objetivos da investigação e o seu papel, através de apresentação e explicação do consentimento informado (Apêndice I; Apêndice II) e, aos pais de crianças e adolescentes menores de idade, foram solicitadas as autorizações necessárias para a sua participação.

Assim, aos que aceitaram participar, com uma linguagem simples e concisa, foram apresentados:

- Os objetivos do estudo.
- O plano da investigação, o método de recolha de dados (questionários) e o tempo previsível de preenchimento.
- As vantagens da participação (avanço no conhecimento sobre problemas de obesidade).
- O direito à autodeterminação (participação voluntária), sem que resulte qualquer prejuízo para o indivíduo que se recuse a participar ou que desista em qualquer momento.
- O direito à privacidade, ou seja, o carácter confidencial de que se reveste o estudo, em que os dados são tratados coletiva e anonimamente (codificação do instrumentos).
- A informação do nome, morada e contacto da investigadora para esclarecimentos ou eventuais desistências.

1.11 Metodologia utilizada no tratamento dos dados

Como já anteriormente referido, os dados obtidos foram tratados estatisticamente através do Software SPSS, versão 18.0. As variáveis numéricas são resumidas através da média, mediana, mínimo, máximo e desvio padrão e, as qualitativas, recorrendo às frequências absolutas e relativas. Para a verificação dos objetivos do estudo e comparação entre os grupos utilizou-se ANOVA de um fator e o teste do Qui-Quadrado. No caso do presente estudo, tendo-se verificado diferenças significativas no teste ANOVA, utilizou-se o teste *post-hoc Student-Newman-Keuls* (SNK) para a realização das comparações múltiplas.

A fidelidade do KIDSCREEN – 10© e da escala SDQ (versão portuguesa) foi avaliada através do Alpha de Cronbach.

No capítulo seguinte são apresentados os resultados obtidos após o tratamento estatístico dos dados.

CAPÍTULO 2: Apresentação, análise e discussão dos resultados

Este capítulo tem por objetivos apresentar os resultados obtidos no estudo, a respectiva análise descritiva e a sua discussão.

2.1 Associação do grupo do IMC com sexo, idade e ano de escolaridade

Na Tabela 3 são apresentados os dados referentes à associação do grupo de IMC com o sexo, idade e ano de escolaridade.

Não se observam diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$) entre as crianças e adolescentes com obesidade, as crianças e adolescentes com excesso de peso, bem como com as de peso normal.

Tabela 3– Associação do grupo de IMC com o sexo, idade e ano de escolaridade.

| | | Percentil | | | | | | <i>p</i> |
|----------------------------------|------------|---------------|------|---------------------------|------|------------------|------|----------|
| | | P<85 - Normal | | 85<P<95 – Excesso de peso | | P>95 - Obesidade | | |
| | | N | % | N | % | N | % | |
| Sexo ¹ | Masculino | 54 | 44% | 20 | 35% | 26 | 52% | 0,209 |
| | Feminino | 68 | 56% | 37 | 65% | 24 | 48% | |
| | Total | 122 | 100% | 57 | 100% | 50 | 100% | |
| Idade ² | Média ± DP | 14,22 ± 2,34 | | 14,26 ± 2,08 | | 13,38 ± 2,30 | | 0,065 |
| Ano de escolaridade ¹ | 5º Ano | 12 | 10% | 2 | 4% | 6 | 12% | 0,079 |
| | 6º Ano | 9 | 7% | 7 | 12% | 9 | 18% | |
| | 7º Ano | 19 | 16% | 11 | 19% | 14 | 28% | |
| | 8º Ano | 22 | 18% | 8 | 14% | 9 | 18% | |
| | 9º Ano | 11 | 9% | 7 | 12% | 2 | 4% | |
| | 10º Ano | 15 | 12% | 11 | 19% | 3 | 6% | |
| | 11º Ano | 26 | 21% | 11 | 19% | 6 | 12% | |
| | 12º Ano | 8 | 7% | 0 | 0% | 1 | 2% | |
| | Total | 122 | 100% | 57 | 100% | 50 | 100% | |

¹Teste do Qui-Quadrado; ²ANOVA um fator; DP: Desvio Padrão

2.2 Caracterização da sintomatologia psicopatológica

O Questionário SDQ apresentou um Alpha de Cronbach de 0.724, apresentando assim características psicométricas aceitáveis.

Nos grupos de participantes com peso normal e com excesso de peso, os valores médios referentes às cinco escalas (Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade, Problemas com Colegas, Comportamento Pró-social) e escala Total de Dificuldades, estavam contidos nos intervalos de normalidade das escalas referidas, como se mostra de seguida: para a escala de Sintomas Emocionais o intervalo de pontuação normal é [0,5]; para a escala de Problemas de Comportamento o intervalo de normalidade é [0,3]; para a escala de Hiperatividade o intervalo considerado normal é [0,5]; quanto à escala Problemas com Colegas o intervalo de normalidade é [0,3]; no que se refere à escala Comportamento Pró-social o intervalo de normalidade considerado é [6,10]; por fim, para o Total de Dificuldades, consideram-se normais os valores do intervalo [0,15] (Anexo V). Quanto ao grupo de participantes com obesidade, tendo apresentado valores médios normais para as escalas de Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade, Comportamento Pró-social e escala Total de Dificuldades, apresentaram um valor de 4.06 na escala de Problemas com Colegas, valor enquadrado na zona limítrofe da escala.

Na Tabela 4 analisa-se o objetivo referente à avaliação da sintomatologia psicopatológica de crianças e adolescentes com obesidade e com excesso de peso, em comparação com crianças e adolescentes com peso normal. Constata-se, segundo os resultados dos testes ANOVA com um fator, a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em estudo ($p < .05$) nas escalas Sintomas Emocionais, Problemas com Colegas e total de Dificuldades. Nas demais escalas (Problemas de Comportamento, Hiperatividade e Comportamento Pró-social) não existem diferenças estatisticamente significativas ($p \geq .05$).

Com base no teste SNK, verifica-se que, na escala de Sintomas Emocionais, as crianças e adolescentes com obesidade tinham pontuações (4.96 ± 2.87) significativamente superiores às crianças e adolescentes com excesso de peso (3.86 ± 2.13) que, por sua vez, eram significativamente superiores às crianças e adolescentes com peso normal (2.92 ± 1.79). Estes resultados levam-nos a afirmar que, embora não sendo preocupantes para efeitos de consideração de casos em risco e encontrando-se dentro de padrões de normalidade, os grupos

de crianças e adolescentes com obesidade e com excesso de peso foram os que apresentaram mais dificuldade em lidar com as emoções, apresentando um valor próximo do valor limite superior do intervalo de normalidade [0,5]. Em relação à escala de Problemas com Colegas, verifica-se, igualmente, que crianças e adolescentes com obesidade tinham pontuações (4.06 ± 2.95) significativamente superiores às das crianças e adolescentes com excesso de peso (2.44 ± 2.23) que, também, eram significativamente superiores às das crianças e adolescentes com peso normal (1.42 ± 1.50). Neste caso, sem que se considere a existência de perturbações anormais, são os obesos que apresentam um valor na zona limítrofe da escala, revelando menos habilidades nas relações sociais com os pares. Quanto à escala Total de Dificuldades, os resultados foram similares aos anteriores: as crianças e adolescentes com obesidade tinham pontuações (13.96 ± 5.58) significativamente superiores às das crianças e adolescentes com excesso de peso (11.63 ± 5.30) que, por sua vez, eram significativamente superiores às das crianças e adolescentes com peso normal (9.50 ± 4.85). Não se registaram valores limítrofes ou anormais (com exceção do caso do grupo de participantes obesos na escala de Problemas com Colegas), parecendo não existir perturbações graves. Contudo, ao revelarem-se valores significativos no grupo de obesos e no grupo com excesso de peso, os resultados podem estar a sugerir a necessidade de um estudo mais aprofundado para avaliar as causas e se poder intervir.

Já no que diz respeito à escala de Problemas de Comportamento, os grupos das crianças e adolescentes com obesidade, excesso de peso e peso normal, apresentaram pontuações semelhantes e sem diferenças significativas, com valores de, respetivamente, 1.82 ± 1.27 , 1.84 ± 1.13 e 1.70 ± 1.79 . Em relação à escala de Hiperatividade, verifica-se, igualmente, que os grupos de crianças e adolescentes com obesidade, excesso de peso e peso normal tinham pontuações sem diferenças significativas, sendo os valores de, respetivamente, 3.27 ± 1.48 , 3.49 ± 1.25 e 3.46 ± 1.89 . Também na escala de Comportamento Pró-social, para os grupos de crianças e adolescentes com obesidade, excesso de peso e peso normal, os valores médios e DP são de, respetivamente, 8.24 ± 1.66 , 8.49 ± 2.23 e 8.62 ± 1.70 . Salienta-se, conseqüentemente, que não há evidências de perturbações no comportamento, na concentração e atenção e na adaptação ao contexto escolar.

Assim, constata-se que os três grupos apresentavam pontuações significativamente diferentes nas escalas Sintomas Emocionais, Problemas com Colegas e Total de Dificuldades, confirmando-se parcialmente as hipóteses 1, 2 e 3.

Tabela 4 – Questionário SDQ – avaliação da sintomatologia psicopatológica segundo o IMC

| | Percentil | | | | | | P^1 | η_p^2 |
|-----------------------------------|---------------|------|---------------------------|------|------------------|------|----------|------------|
| | P<85 - Normal | | 85<P<95 – Excesso de peso | | P>95 - Obesidade | | | |
| | Média | DP | Média | DP | Média | DP | | |
| Sintomas Emocionais (soma) | 2,92 | 4,60 | 3,86 | 5,90 | 4,96 | 2,87 | 0,000*** | 0,126 |
| Problemas de Comportamento (soma) | 1,70 | 1,79 | 1,84 | 2,13 | 1,82 | 1,27 | 0,823 | 0,002 |
| Hiperatividade (soma) | 3,46 | 1,89 | 3,49 | 1,25 | 3,27 | 1,48 | 0,779 | 0,002 |
| Problemas com Colegas (soma) | 1,42 | 1,50 | 2,44 | 1,90 | 4,06 | 2,95 | 0,000*** | 0,195 |
| Comportamento Pró-social (soma) | 8,62 | 1,70 | 8,49 | 2,23 | 8,24 | 1,66 | 0,601 | 0,005 |
| Total de Dificuldades (soma) | 9,50 | 4,85 | 11,63 | 5,30 | 13,96 | 5,58 | 0,000*** | 0,110 |

*** $p < .001$ ¹; ANOVA um fator; DP: Desvio Padrão

2.3 Caracterização da QdV geral

A escala KIDSCREEN-10© apresentou um Alpha de Cronbach de 0.878, apresentando assim boas características psicométricas.

Na Tabela 5 analisa-se o objetivo referente à avaliação de QdV geral de crianças e adolescentes com obesidade, comparando esses indicadores com os de crianças e adolescentes com excesso de peso e com peso normal. Constata-se, segundo o resultado do teste ANOVA com um fator, a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em estudo ($p < .05$).

Com base no teste SNK de comparações múltiplas *post-hoc*, verifica-se que as crianças e adolescentes com obesidade tinham pontuações médias no KIDSCREEN-10© (32.98 ± 7.15) significativamente inferiores às das crianças e adolescentes com excesso de peso (37.11 ± 5.90), as quais, por sua vez, eram significativamente inferiores às das crianças e adolescentes com peso normal (40.77 ± 4.60). Assim, constata-se que os três grupos apresentavam resultados significativamente diferentes, verificando-se as hipóteses 4, 5 e 6.

Enquanto versão reduzida das versões 52 e 27, o KIDSCREEN-10© é um instrumento unidimensional cujo valor global é representativo das dez dimensões já referidas no momento da apresentação deste questionário. Os resultados globais obtidos, à medida que baixam, refletem maior exaustão física, falta de prazer e insatisfação com a vida, mais sentimentos negativos, baixa autoestima, desconforto com a aparência, menor autonomia, mais solidão, pouca aceitação, sentimentos de provocação e rejeição pelos pares (Gaspar & Matos, 2008). Neste sentido, verifica-se que o grupo de crianças e adolescentes com obesidade apresentam o menor valor global de QdV geral, seguido do grupo composto pelas crianças e adolescentes com excesso de peso. O grupo composto pelos participantes com peso normal é o que apresenta maior valor global, podendo afirmar-se que é o grupo que apresenta melhor QdV.

Tabela 5 - Escala KIDSCREEN-10© - avaliação da QdV segundo o grupo de IMC

| | Percentil | | | | | | p ¹ | η _p ² |
|------------------|---------------|------|---------------------------|------|------------------|------|----------------|-----------------------------|
| | P<85 - Normal | | 85<P<95 - Excesso de peso | | P>95 - Obesidade | | | |
| | Média | DP | Média | DP | Média | DP | | |
| KIDSCREEN (soma) | 40,77 | 4,60 | 37,11 | 5,90 | 32,98 | 7,15 | 0,000*** | 0,235 |

*** $p < .001$; ¹ ANOVA um fator; DP: Desvio Padrão

2.4 Caracterização do rendimento escolar

Por último, pretende-se avaliar o rendimento escolar, através das médias das notas do ano letivo anterior, de crianças e adolescentes com obesidade e com excesso de peso, em comparação com crianças e adolescentes com peso normal, cujos resultados se apresentam na Tabela 6.

Constata-se, segundo o resultado do teste ANOVA com um fator, a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em estudo ($p < .05$). Com base no teste SNK, verifica-se que as crianças e adolescentes obesas tinham valores médios de rendimento escolar (12.6 ± 2.7) significativamente inferiores às crianças e adolescentes com excesso de peso (14.2 ± 3.0) e às crianças e adolescentes com peso normal (14.6 ± 2.1). As crianças e adolescentes com excesso de peso e as crianças e adolescentes com peso normal possuíam notas sem diferenças estatisticamente significativas. Face a estes resultados foram verificadas as hipóteses 7 e 8.

Tabela 6 – Rendimento escolar segundo o grupo de IMC

| | Percentil | | | | | | P ¹ | η_p^2 |
|------------------------|---------------|------|---------------------------|------|------------------|------|----------------|------------|
| | P<85 - Normal | | 85<P<95 – Excesso de peso | | P>95 - Obesidade | | | |
| | Média | DP | Média | DP | Média | DP | | |
| Média das notas | 14,57 | 2,61 | 14,20 | 2,98 | 12,64 | 7,15 | 0,000*** | 0,072 |

*** $p < .001$; ¹ANOVA um fator; DP: Desvio Padrão

2.5 Síntese

Nas escalas Sintomas Emocionais, Problemas com Colegas e Total de Dificuldades do SDQ, verifica-se que as crianças e adolescentes com obesidade tinham pontuações significativamente superiores às das crianças e adolescentes com excesso de peso, as quais, por sua vez, eram também superiores às das crianças e adolescentes com peso normal. Tais resultados levam-nos a concluir que as hipóteses 1, 2 e 3 (H1 – As crianças e adolescentes com obesidade apresentam, em média, mais sintomatologia psicopatológica do que as crianças e adolescentes com excesso de peso; H2 – As crianças e adolescentes com obesidade apresentam, em média, mais sintomatologia psicopatológica do que as crianças e adolescentes com peso normal; H3 - As crianças e adolescentes com excesso de peso apresentam, em média, mais sintomatologia psicopatológica do que as crianças e adolescentes com peso normal) foram parcialmente confirmadas. De notar, contudo, com a exceção do grupo de participantes com obesidade na escala de Problemas com Colegas (com pontuação limítrofe de 4.06), que não existem resultados que se incluam nos intervalos de valores limítrofes ou anormais e que nas restantes escalas (Comportamento Pró-social, Problemas de Comportamento e Hiperatividade) não se verificaram diferenças significativas.

As crianças e adolescentes com obesidade tinham pontuações no KIDSCREEN-10© significativamente inferiores às das crianças e adolescentes com excesso de peso, as quais eram, também, significativamente inferiores às das crianças e adolescentes com peso normal. Tais resultados levam-nos a concluir que as hipóteses 4, 5 e 6 (H4 – As crianças e adolescentes com obesidade apresentam, em média, um menor índice de QdV geral do que as crianças e adolescentes com excesso de peso; H5 – As crianças e adolescentes com obesidade apresentam, em média, um menor índice de QdV geral do que as crianças e adolescentes com peso normal; H6 – As crianças e adolescentes com excesso de peso apresentam, em média,

um menor índice de QdV geral do que as crianças e adolescentes com peso normal) foram confirmadas.

As crianças e adolescentes com obesidade tinham médias de notas do ano letivo anterior significativamente inferiores às das crianças e adolescentes com excesso de peso e com peso normal. Ficaram, assim, confirmadas as hipóteses 7 e 8 (H7 – As crianças e adolescentes com obesidade têm, em média, menor rendimento escolar do que as crianças e adolescentes com excesso de peso; H8 – As crianças e adolescentes com obesidade têm, em média, menor rendimento escolar do que as crianças e adolescentes com peso normal).

Não se tendo verificado diferenças significativas nas médias das notas entre os grupos de crianças e adolescentes com excesso de peso e com peso normal, não foi confirmada a hipótese 9 (H9 – As crianças e adolescentes com excesso de peso têm, em média, menor rendimento escolar do que as crianças e adolescentes com peso normal).

2.6 Discussão dos resultados

Na sequência da abordagem e do estudo apresentados, fica a ideia de que a obesidade é influenciada por múltiplos fatores, nomeadamente de ordem fisiológica, comportamental ou psicológica, não se esclarecendo se estes são causa ou consequência de tal condição. Não sendo essa a nossa questão, pois dificilmente se encontraria uma resposta inequívoca, importa, no âmbito deste estudo, discutir os resultados obtidos, comparando-os com outros já divulgados em estudos de outros autores. Como referem Lakatos e Marconi (1996), com a discussão dos resultados procura-se conferir um sentido mais alargado às respostas, correlacionando-as com outros conhecimentos. Contudo, dada a escassez de investigações publicadas em “revistas de ampla divulgação entre investigadores” (Antunes & Moreira, 2011, p. 280) nesta área e a diversidade de critérios/enfoques utilizados nos estudos divulgados, afigura-se-nos uma tarefa bastante difícil a discussão dos resultados obtidos, razão pela qual apresentaremos algumas considerações de natureza metodológica.

2.6.1 Discussão de natureza metodológica

Com este ponto, procurar-se-á dar conta de algumas dificuldades e limitações metodológicas transversais ao nosso processo de investigação.

A classificação de excesso de peso e obesidade na infância e na adolescência é feita segundo critérios diferentes. Dependendo do modelo adotado pelos investigadores, pode-se utilizar o critério do *Centers of Disease Control and Prevention* (CDC), da IOTF e da OMS, cujas definições de excesso de peso e obesidade se apresentam na Tabela 7. Assim, no momento da discussão dos resultados, o autor do estudo deve ter particular atenção à interpretação e comparação dos resultados, com base nos critérios utilizados para a classificação do excesso de peso e da obesidade.

Tabela 7 – Critérios de classificação do excesso de peso e obesidade

| Referência | Definição | Índice utilizado | Pontos de corte |
|------------|---|------------------|--|
| CDC | Percentil de IMC para a idade | IMC | Risco de excesso de peso = percentil > 85 e < 95; Excesso de peso = percentil \geq 95. |
| IOTF | Pontos de corte definidos através da interseção com os pontos de IMC para a classificação de excesso de peso e obesidade em adultos | IMC | Excesso de peso relativo ao IMC > 25 e < 30 em adultos; Obesidade relativa ao IMC \geq 30 em adultos. |
| OMS | Distribuição do z-score de peso para altura, ou seja, relação entre o peso encontrado e o peso ideal para a altura | Peso e altura | Excesso de peso = z-score > 1 e < 2; Obesidade = z-score \geq 2 |

Fonte: Antunes e Moreira (2011)

Torna-se, assim, fundamental que as prevalências apresentadas nos diferentes estudos sejam interpretadas de acordo com o critério de definição de excesso de peso e de obesidade estabelecido para o caso em concreto. Sobre este aspeto recai uma grande dificuldade de partida: muitos dos estudos divulgados não referem o critério aplicado. Também no que diz respeito às amostras (dimensão, região e número de participantes e respetivas idades), a diversidade está sempre presente, como se verifica na Tabela 8.

Apesar da heterogeneidade das amostras e da diversidade metodológica utilizada na classificação do estado nutricional dos participantes, verifica-se que as frequências apresentadas para o excesso de peso e para a obesidade em crianças e adolescentes são globalmente elevadas e justificam a preocupação nacional e internacional relativamente à epidemia.

Tabela 8 – Frequência de excesso de peso/obesidade em crianças e adolescentes portugueses

| Autores | Local | Ano | Dimensão da amostra (nº de participantes) | Definição do critério de classificação | Idade (anos) | Prevalência (%) do excesso de peso | Prevalência (%) da obesidade |
|-----------------|--------------|------------|--|---|---------------------|---|-------------------------------------|
| Fernandes | Madeira | 2008 | 150 | CDC | 10-18 | 27,2 | 27,2 |
| Leitão et al. | Porto | 2007 | 1245 | - | 10-18 | 16,4 | 9,8 |
| Lopes | Tomar | 2007 | 353 | IOTF | 14-18 | 22,2 | 3,8 |
| Loureiro et al. | Ílhavo | 2007 | 749 | CDC | 8-10 | 31,0 | 39,6 |
| Torres et al. | Portalegre | 2007 | 475 | OMS | 8-15 | 41,8 | 31,1 |

Fonte: Adaptado de Antunes e Moreira (2011)

Uma dificuldade que se coloca no momento de discutir os resultados, prende-se com uma significativa escassez de informação nos trabalhos realizados nesta área específica (QdV geral, sintomatologia psicopatológica e rendimento escolar por autorrelatos de crianças e adolescentes, entre os 10 e os 18 anos de idade, com excesso de peso e obesidade), nomeadamente no que se refere à faixa etária do presente estudo. A principal fonte de informação desta pesquisa foi constituída por estudos realizados noutros países que, de certo modo, foi prejudicada pela dificuldade de acesso à totalidade dos resultados obtidos, sendo apenas possível, por vezes, aceder aos resumos dessas investigações, desconhecendo, também, as metodologias utilizadas.

Procurou-se, no entanto, evitar erros e desvios para garantir a validação dos resultados para a amostra em estudo. O método de recolha dos dados, através de questionários de fiabilidade reconhecida (KIDSCREEN-10© e SDQ – versões portuguesas), aplicação pelo investigador, uma apresentação e explicações padronizadas, garantiu o anonimato, bastante fidelidade às respostas, apresentando boas qualidades psicométricas (Almeida & Pinto, 1995; Gaspar & Matos, 2008; Goodman et al., 2000), apresentando os Alpha de Cronbach de 0.878 (KIDSCREEN - 10©) e de 0.724 (SDQ).

De salientar, também, que, se por um lado a variável independente foi avaliada de forma objetiva, com os mesmos instrumentos e padronizada em todos os participantes, por outro, as variáveis dependentes foram avaliadas através de escalas de medida de autorrelato, isto é, a sua avaliação é feita com base nas respostas facultadas pelos indivíduos inquiridos, podendo especular-se sobre a veracidade das respostas.

2.6.2 Discussão dos resultados propriamente ditos

A análise dos resultados apresentada veio demonstrar que o IMC médio da amostra do presente estudo era de 23.06 Kg/m², valor ligeiramente superior, mas próximo do obtido por Sousa (2006), cuja média era de 22.14Kg/m².

Ao longo dos pontos 2.6.2.1, 2.6.2.2, 2.6.2.3 e 2.6.2.4 procuramos discutir os resultados em função dos objetivos definidos.

2.6.2.1 Prevalências de excesso de peso e Obesidade

Comparando os resultados do nosso estudo que apresenta uma prevalência de excesso de peso de 24.9% com alguns dos resultados dos estudos referidos por Antunes e Moreira (2011), anteriormente incluídos na tabela 8, verificamos que o nosso valor se aproxima das frequências de 27.2% e 22.2%, respetivamente encontrados por Fernandes (2008) e Lopes (2007) para a mesma categoria de indivíduos. Contudo, os 24.9% afastam-se substancialmente dos valores das frequências encontradas por Leitão e colaboradores (2007), Loureiro e colaboradores (2007) e Torres e colaboradores (2007), apresentando um valor de 8.5 pontos percentuais acima do valor obtido por Leitão e colaboradores (16.4%) e sendo inferior aos valores obtidos por Loureiro e colaboradores (31.0%) e Torres e colaboradores (41.8%) em, respetivamente, 6.1 e 16.9 pontos percentuais. Um outro estudo de Ferreira (2010), levado a efeito com 5708 crianças e adolescentes portugueses com idades compreendidas entre ao 10 e os 18 anos, apresentou um indicador de prevalência do excesso de peso de 22.6% muito próximo da prevalência de 24.9% encontrada no presente estudo.

Quanto à frequência registada para a categoria da obesidade, comparando a prevalência de obesidade de 21.8% resultante do presente estudo com as registadas na tabela 8, verifica-se que esta é inferior aos valores de prevalência encontrados por Fernandes (2008), Loureiro e colaboradores (2007) e Torres e colaboradores (2007) que apresentam, respetivamente, 27.2%, 39.6% e 31.1%. Já relativamente às prevalências dos estudos de Leitão e colaboradores (2007) e Lopes (2007), com valores de, respetivamente, 9.8% e 3.8%, a prevalência de 21.8% de obesidade da amostra do estudo em análise apresenta-se bastante superior. De notar, no entanto, que as diferenças das prevalências apuradas nas três amostras de indivíduos com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos são notórias, sobretudo, relativamente ao valor encontrado por Leitão e colaboradores (2007): Os valores para a

obesidade apurados nos estudos em questão foram: no nosso estudo – 21.8%, no de Fernandes – 27.2% e no de Leitão – 9.8%. De novo se apresenta o resultado obtido por Ferreira (2010) relativamente à prevalência de obesidade, que foi de 7.8%, indicador manifestamente inferior ao encontrado no presente estudo (21.8%) e próximo dos 9.8% obtidos no estudo de Leitão e colaboradores (2007). Ao valor de 7.8% correspondeu um IC entre 6.4% e 9.3%, para um intervalo de confiança de 95%.

Esta disparidade de resultados encontrados para as prevalências de excesso de peso e obesidade pode ser explicada pela diferença de critérios utilizados na classificação/inclusão dos indivíduos em grupos com excesso de peso ou com obesidade, pelo facto de as amostras serem de diferentes regiões do país apresentando características sociodemográficas diferentes e, também, devido às diferentes dimensões das amostras (n=229; n=150; n=1245; n=5708).

2.6.2.2 Obesidade e Sintomatologia psicopatológica

Um dos objetivos do nosso estudo era o de avaliar a sintomatologia psicopatológica (por autorrelato) de crianças e adolescentes (10-18 anos) com obesidade e excesso de peso, comparando esses indicadores com os de crianças e adolescentes com peso normal, através do SDQ. Tendo-se verificado que os valores médios das escalas Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade, Problemas com Colegas, Comportamento Pró-social e Total de Dificuldades se encontravam contidos nos intervalos de normalidade (com exceção do valor limítrofe da escala de Problemas com Colegas no caso do grupo de crianças e adolescentes com obesidade), constatou-se, segundo os resultados dos testes ANOVA com um fator, a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em estudo ($p < .05$) nas escalas Sintomas Emocionais, Problemas com Colegas e total de Dificuldades tendo-se verificado que, relativamente às escalas Problemas de Comportamento, Hiperatividade e Comportamento Pró-social, não existiam diferenças estatisticamente significativas ($p \geq .05$).

Após a realização do teste SNK, verificou-se que, na escala de sintomas emocionais, as crianças e adolescentes com obesidade tinham pontuações (4.96 ± 2.87) significativamente superiores às das crianças e adolescentes com excesso de peso (3.86 ± 2.13) e que estas, por sua vez, apresentavam valores significativamente superiores às das crianças e adolescentes com peso normal (2.92 ± 1.79). Em relação à escala de Problemas com Colegas, verificou-se, também, que crianças e adolescentes com obesidade tinham pontuações (4.06 ± 2.95)

significativamente superiores às das crianças e adolescentes com excesso de peso (2.44 ± 2.23) que, igualmente, apresentavam valores significativamente superiores às das crianças e adolescentes com peso normal (1.42 ± 1.50). Resultado em tudo semelhante foi o apurado para a escala Total de Dificuldades, em que as crianças e adolescentes com obesidade tinham pontuações (13.96 ± 5.58) significativamente superiores às das crianças e adolescentes com excesso de peso (11.63 ± 5.30) que, por sua vez, eram significativamente superiores às das crianças e adolescentes com peso normal (9.50 ± 4.85).

Como já referido, relativamente às escalas Problemas de Comportamento, Hiperatividade e Comportamento Pró-social, as crianças e adolescentes não revelaram perturbações. Quanto às restantes escalas, o IMC explicou 12.6% da variabilidade dos Sintomas emocionais, 19.5% dos Problemas com colegas e 11.0% do Total de Dificuldades. Tais resultados levaram-nos a confirmar parcialmente as hipóteses 1, 2 e 3.

Contudo, o facto de crianças e adolescentes com excesso de peso e obesidade apresentarem, na nossa amostra, pontuações mais elevadas nas escalas de Sintomas emocionais, Problemas com colegas e Total de Dificuldades do que o grupo com peso normal, o que revela a existência de mais perturbação apesar da maioria dos resultados se encontrarem dentro de padrões normais (exceção feita ao grupo de obesos relativamente à escala de Problemas com Colegas), pode indiciar que as crianças e adolescentes com excesso de peso e obesidade não adquiriram, no fim da idade pré-escolar e na transição para a idade escolar, as competências necessárias para controlar as suas emoções (Ferland, 2006). Pode, também, sugerir um autoconceito comprometido, como explicam Schwatz e Brownell (2004) ou dificuldades em aceitar-se, de acordo com Hibert e Hibert (1975). Na escala de Problemas de comportamento, apesar da maioria das crianças e adolescentes não apresentar perturbações, existem alguns indivíduos com perturbações comportamentais, o que poderá levar a que estes, como demonstram, por exemplo, Marinheiro e Lopes (1999) e Santos e Graminha (2006), venham a influenciar de forma negativa o seu desenvolvimento e a aprendizagem. Quanto ao Total de Dificuldades, de acordo com Khaodhiar e colaboradores (1999), os indivíduos com sobrepeso e obesidade sofrem maior discriminação, facto que interfere de maneira negativa nas suas atividades físicas e psíquicas, causando um impacto desfavorável na sua QDV.

2.6.2.3 Obesidade e QdV geral

Avaliar a QdV geral (por autorrelato) de crianças e adolescentes com obesidade e com excesso de peso, em comparação com crianças e adolescentes com peso normal, foi outro dos objetivos definidos para o presente estudo.

Segundo o resultado do teste ANOVA com um fator, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em estudo ($p < .05$). Com o teste SNK de comparações múltiplas *post-hoc*, demonstrou-se que as crianças e adolescentes com obesidade tinham pontuações no KIDSCREEN-10© (32.98 ± 7.15) significativamente inferiores às das crianças e adolescentes com excesso de peso (37.11 ± 5.90), as quais, por sua vez, eram significativamente inferiores às das crianças e adolescentes com peso normal (40.77 ± 4.60). Ao registrar o valor global de QdV mais baixos (32.98), as crianças e adolescentes com obesidade são o grupo que apresenta menor QdV geral, sentindo-se os seus indivíduos mais infelizes, mais insatisfeitos e menos adaptados aos contextos experienciais. Com um valor de 37.11, surgiu o grupo de crianças e adolescentes com excesso de peso, apresentando, assim, uma percepção de QdV menos negativa do que o grupo de indivíduos com obesidade. Mais feliz, mais satisfeito e adaptado aos contextos, o grupo composto de crianças e adolescentes com peso normal apresentou o valor mais elevado (40.77). De notar, também, que o resultado global apurado para o grupo de indivíduos com excesso de peso está mais próximo do resultado global obtido pelo grupo de peso normal, registando uma diferença maior relativamente ao resultado global do grupo de indivíduos com obesidade. Assim sendo, confirmaram-se as hipóteses 4, 5 e 6.

Os resultados encontrados estão em consonância com as investigações de Seid e Zannon (2004) que evidenciaram que o aumento de peso altera a imagem corporal, levando a que os indivíduos com obesidade/excesso de peso diminuam a sua autoimagem e desvalorizem o seu autoconceito a nível psicológico, apresentando pior QdV. Estudos realizados nos EUA, de Zeller e Modi (2006) e de Schwimmer, Burwinkle, e Varni (2003) verificaram que crianças e adolescentes obesos em tratamento apresentam pontuações de QVRS mais baixas nos domínios físico, emocional, social e escolar, quando comparados com pares com peso normal. Também os resultados obtidos por Brilmann, Oliveira, e Thiers (2007) que, após terem estudado 73 pessoas com obesidade e excesso de peso em que utilizaram o questionário genérico de avaliação de QdV *Obesity Related Well-being Questionnaire* (Orwell 97), específico para avaliação da QdV de obesos, demonstraram que a obesidade se relacionava com a QdV e que esta diminuía à medida que a intensidade da

obesidade aumentava. Outro estudo concordante de Kundel, Oliveira, e Peres (2009), ao relacionar o excesso de peso e a obesidade com QVRS em adolescentes, concluiu, ainda, que adolescentes com excesso de peso/obesidade apresentam 3.54 vezes mais probabilidade de ter baixa QdV.

Apesar das diferenças existentes entre o presente estudo e as investigações mencionadas, a nível dos métodos/procedimentos de avaliação adotados e dos objetivos definidos, os resultados são concordantes ao sugerir que a obesidade está associada a menor QdV.

2.6.2.4 Obesidade e Rendimento escolar

Por último, pretendeu-se avaliar o rendimento escolar, considerando as médias das notas (avaliação sumativa final) do ano letivo anterior, de crianças e adolescentes com obesidade e com excesso de peso, em comparação com crianças e adolescentes com peso normal. O resultado do teste ANOVA com um fator, demonstrou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em estudo ($p < .05$). Com base no teste SNK, verificou-se que as crianças e adolescentes obesos tinham valores médios de rendimento escolar (12.6 ± 2.7) significativamente inferiores às crianças e adolescentes com excesso de peso (14.2 ± 3.0) e às crianças e adolescentes com peso normal (14.6 ± 2.1).

Os resultados apresentados são concomitantemente concordantes e discordantes com os resultados apresentados por autores que, embora através de métodos e critérios diferentes, verificaram que a obesidade e o excesso de peso se associam a níveis de rendimento escolar inferiores (Datar et al., 2004; Li, 1995; Mo-Suwan et al., 1999; Taras & Potts-Datema, 2004; Trembley et al., 2000, citados por Willms, 2004). Os resultados do presente estudo são concordantes no que diz respeito à presença de obesidade, mas são dissonantes dos estudos dos autores acima referidos relativamente ao grupo de crianças e adolescentes com excesso de peso. No presente estudo não se verificaram diferenças de médias de notas estatisticamente significativas entre o grupo de indivíduos com excesso de peso e o grupo de crianças e adolescentes com peso normal. Os resultados deste estudo são, também, discordantes dos resultados encontrados por Zoppi, Luciano, Vinco, & Residori (1995), que concluíram que os indivíduos com obesidade tinham melhor rendimento escolar do que crianças e adolescentes com peso normal, pois compensavam o *stress* com um mecanismo de hiperalimentação e posicionavam-se, face à escola, de forma mais diligente, procurando melhor aceitação por parte dos colegas, compensando, assim, a sua autoimagem negativa.

Em suma, as crianças e adolescentes com obesidade apresentaram médias de notas significativamente inferiores às das crianças e adolescentes com excesso de peso e com peso normal. Entre os grupos com excesso de peso e as crianças e adolescentes com peso normal não se verificaram diferenças de médias de notas estatisticamente significativas. Face a estes resultados, confirmaram-se as hipóteses 7 e 8 e rejeitou-se a hipótese 9.

CONCLUSÃO

Na atualidade, a obesidade apresenta-se como um sério problema de saúde pública. De acordo com Fontaine e Barofsky (2001), as consequências da obesidade na saúde pública vão muito além das consequências médicas, comportando prejuízos de âmbito funcional e de bem-estar subjetivo que, para muitos indivíduos, podem assumir maior relevância do que o potencial risco de comorbidades médicas que lhe estão associadas. Neste sentido, foi propósito do nosso estudo caracterizar a sintomatologia psicopatológica, a QdV e o rendimento escolar de crianças e adolescentes com obesidade, com excesso de peso e com peso normal, comparando os resultados obtidos.

A primeira parte do nosso trabalho, permitiu-nos adquirir e ampliar os conhecimentos respeitantes à problemática da obesidade nas crianças e adolescentes, com especial enfoque nos aspetos de natureza psicopatológica, de rendimento escolar e QdV, em crianças e adolescentes com obesidade e excesso de peso. Na segunda parte, procedemos à investigação empírica do trabalho através de tratamento estatístico dos dados, à análise dos resultados e sua discussão, à luz do quadro teórico de referência. Deste modo, é chegado o momento de fazer a síntese final dos resultados obtidos e apresentar algumas sugestões que se afiguram pertinentes tanto para temas de investigações futuras como para a prevenção/intervenção de casos de obesidade.

Observando os resultados referentes à caracterização da amostra, verifica-se que os participantes apresentavam uma idade média e DP de 14.0 ± 2.0 anos, compreendida entre os 10 e os 18 anos. O questionário foi aplicado numa escola com o 2º e o 3º ciclos do ensino básico e com ensino secundário, a 229 alunos, do 5º ao 12º ano de escolaridade. Quanto ao género constatou-se uma predominância do sexo feminino (56.3%) relativamente ao masculino (43.7%). No que se refere ao IMC, a amostra apresentou uma média e DP de 23.06 ± 4.91 , existindo, de acordo com as tabelas de percentis do BSIJ, 21.8% de alunos com obesidade e 24.9% com excesso de peso.

Analisando os resultados relativos à avaliação da sintomatologia psicopatológica, as respostas ao SDQ apresentaram pontuações que confirmaram a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$) entre os três grupos de crianças e adolescentes em

estudo (peso normal; excesso de peso; obesidade), nas escalas Sintomas Emocionais, Problemas com Colegas e Total de Dificuldades, não apresentando diferenças estatisticamente significativas ($p \geq .05$) para as escalas Problemas de Comportamento, Hiperatividade e Comportamento Pró-social. Tais resultados levaram-nos a concluir que os três grupos de crianças e adolescentes em estudo apresentavam pontuações médias significativamente diferentes, confirmando-se parcialmente as hipóteses 1, 2 e 3. Sugere-se a necessidade de se realizarem mais estudos com amostras de maior dimensão, que contemplem, também, heterorrelatos, bem como avaliação no sentido de identificar crianças e adolescentes em risco entre os participantes com obesidade e o grupo com excesso de peso.

No que se refere à avaliação da percepção da QdV, os resultados indicaram que as crianças e adolescentes com obesidade apresentavam pontuações no KIDSCREEN-10© significativamente inferiores às das crianças e adolescentes com excesso de peso, as quais eram, também, significativamente inferiores às das crianças e adolescentes com peso normal. Tais resultados levaram-nos a confirmar as hipóteses 4, 5 e 6. Contudo, uma avaliação realizada com o KIDSCREEN-52© teria permitido verificar como se relacionam os diferentes domínios com o IMC. Sendo o KIDSCREEN-10© um questionário unidimensional, apenas se obtém um valor global de QdV.

Quanto ao rendimento escolar, entendido no presente contexto como a média das notas finais do ano letivo 2010/2011, verificou-se que a média e DP foram de 14.1 ± 2.8 valores e uma diferença significativamente inferior no grupo de crianças e adolescentes com obesidade, cuja média foi de 12.64 valores. Entre os grupos com excesso de peso e com peso normal não foram observadas diferenças significativas, registando-se médias de 14.20 e 14.57 valores respetivamente. Ficaram, assim, comprovadas as hipóteses 7 e 8 e infirmada a hipótese 9.

Em suma, os resultados obtidos no presente estudo vieram demonstrar:

- Que a prevalência da obesidade e do excesso de peso entre os indivíduos da nossa amostra é bastante elevada ($21.8+24.9=46.7$), apresentando um valor muito próximo do obtido num estudo muito recente²³, da responsabilidade do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e da Direção Geral de Saúde, relativo aos anos 2008 e 2010, que conclui que 33.3% das crianças portuguesas apresenta excesso de peso e que 14.3% sofre de obesidade

²³Divulgado e recuperado em 3 de outubro de 2012, de <http://www.ptjornal.com/2012082110327/geral/saude/obesidade-infantil-pode-ter-como-uma-das-causas-a-administracao-de-antibioticos-a-bebes.html>

infantil (33.3+14,3=47.6). De acordo com estes dados, a obesidade e o excesso de peso não estão a diminuir.

- Que os indivíduos da amostra dos grupos com excesso de peso e com obesidade apresentaram mais sintomatologia psicopatológica nas escalas de Sintomas Emocionais, Problemas com Colegas e Total de Dificuldades do SDQ do que os indivíduos com peso normal.
- Que os participantes com obesidade e excesso de peso apresentaram um menor valor global de QdV, no questionário KIDSCREEN-10©, do que os participantes com peso normal.
- Que o rendimento escolar foi menor no grupo de indivíduos com obesidade do que nos outros dois grupos (excesso de peso e peso normal).

Os resultados apresentados sugerem a necessidade de mais investigações sobre o fenómeno da obesidade, nomeadamente ao nível do efeito mediador da obesidade na vida das crianças e adolescentes. Mas será que mais investigação é o suficiente?

Ao longo desta dissertação, fizemos referência a vários estudos que têm contribuído para um maior conhecimento e uma melhor compreensão dos fatores psicossociais e de alguns comportamentos de saúde associados à obesidade e excesso de peso. Verificámos que os fatores adversos identificados trazem prejuízos para a saúde física e psíquica dos indivíduos com obesidade, prejuízos que são particularmente gravosos nas crianças e adolescentes, refletindo-se em menores índices de QdV e de rendimento escolar. Referimos, também, que a preocupação com o fenómeno mereceu, a nível ministerial, um programa nacional de combate à obesidade. Contudo, os números relativos às prevalências de excesso de peso e obesidade apresentados, segundo estudos recentes, sugerem que os esforços não estão a surtir o efeito desejado, ou seja, a inverter a situação.

Estes resultados, que associam sintomatologia psicopatológica (dentro de padrões de normalidade, com exceção de um valor limítrofe entre o grupo de obesos na escala de Problemas com Colegas do SDQ) e (alguma) insatisfação com a vida ao excesso de peso e à obesidade, em crianças e adolescentes, levam-nos a concluir pela necessidade de encontrar outras estratégias de prevenção e intervenção mais eficazes. Daí que se torne necessário investigar mais os fatores já associados (ou novos fatores) ao excesso de peso e à obesidade. Parece-nos que, ao nível dos cuidados de saúde, nomeadamente nos centros de saúde, as intervenções terapêuticas em crianças e adolescentes com excesso de peso e obesidade deveriam incluir sistematicamente a avaliação da QdV e a implementação de medidas de suporte ao desenvolvimento de capacidades para estes mudarem os comportamentos

prejudiciais à saúde. Para além disto, uma monitorização mais consistente da saúde global da criança e adolescente com excesso de peso e obesidade, que englobe a avaliação da sua QdV, da saúde mental e dos comportamentos de risco, poderia facultar evidências sobre a mediação do efeito da obesidade na vida dessas crianças e adolescentes. Também desejável, é a continuação de atuações conjuntas entre centros de saúde, escolas e famílias que podem, por exemplo, no âmbito da autonomia relativa de cada estabelecimento de ensino, contemplar a criação de, por exemplo, planos específicos de educação física adequados aos casos de excesso de peso e obesidade e, também, otimizar o que já se faz no âmbito do Projeto de Educação para a Saúde (PES).

Segundo Scott, McGee, Wells, e Browne (2008), o problema da obesidade é claro no âmbito da saúde pública, não o sendo, contudo, quanto a saber se existe, também uma dimensão da saúde mental para a obesidade. Neste sentido, e dado o aumento da prevalência da obesidade (Antunes & Moreira, 2011; Carmo et al., 2008), assume particular relevância a avaliação da QdV e da sintomatologia psicopatológica nos indivíduos com essa condição. Os resultados do presente estudo permitem sugerir que a avaliação da QdV e da sintomatologia psicopatológica deva ser prática comum em consultas de obesidade. Tal prática pode ajudar os clínicos a oferecer o cuidado compreensivo necessário para melhor lidarem (tratarem/acompanharem) com uma doença tão complexa e multifacetada como a obesidade. Sugerimos, ainda, a existência de protocolos de tratamento que incluam tanto o tratamento da obesidade como o tratamento de sintomatologia psicopatológica. Esta abordagem de tratamento holística parece-nos que poderá contribuir para a melhoria da QdV das pessoas com obesidade.

Apresentamos, no entanto, algumas considerações sobre as limitações sentidas durante a realização do estudo. Na fase de projeto, previa-se que o estudo e a amostra tivessem uma maior abrangência (escolas de S. Pedro do Sul, Vouzela e Oliveira de Frades) e que a amostra fosse probabilística, segundo o método de amostragem aleatória estratificada²⁴. Tal não foi possível porque, embora os pedidos de autorização necessários à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) e à Direção Geral de Desenvolvimento e Inovação Curricular (DGDIC) tivessem sido atempados (janeiro de 2012), as interferências na comunicação foram de tal ordem que a última autorização (da DGDIC) só aconteceu no passado dia 24 de Maio. Com os prazos para a recolha dos dados muito diminuídos, os alunos prestes a atingir o

²⁴A amostra aleatória estratificada assegura a representação de um segmento particular da população e permite comparações entre subgrupos formados (Fortin, 2009).

período de férias ou a época de exames, a autora do trabalho já sem tempo disponível para deslocar-se às outras escolas, algumas resistências sentidas e o horizonte temporal para a entrega da dissertação a 31 de Outubro, foram fatores determinantes para que se procedesse a várias alterações no que diz respeito à dimensão, método e abrangência geográfica da amostra, sob pena de não concluir a dissertação e, conseqüentemente, não concluir o mestrado. Por isso, decidimos continuar o estudo com a amostra acidental cujos resultados, embora não generalizáveis à população, são válidos para a amostra em estudo e importantes no âmbito da problemática da obesidade.

Para concluir, há que salientar que a realização deste trabalho foi uma experiência gratificante, embora tenha exigido grande esforço e uma disponibilidade que, por motivos de ordem profissional, nem sempre foi a mais conveniente. Esperamos que este estudo possa contribuir, ainda que de forma modesta, para um melhor conhecimento do problema, bem como para o desenvolvimento de alterações a nível das práticas e das estratégias adotadas até ao momento por parte de quem tem autoridade para tal, nomeadamente através de campanhas eficazes de prevenção e combate à obesidade. Estamos convictos de que, mais importante que a (in)formação, será uma ação de proximidade, no sentido de conseguir motivar as crianças e os adolescentes para a adoção de comportamentos adequados à prevenção tanto da obesidade como das complicações que lhe estão associadas.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, J., & Pinto, J. (1995). *A investigação em ciências sociais*. Lisboa: Editorial Presença.
- American Academy of Pediatrics (2006). Active Healthy Living: Prevention of Childhood Obesity Through Increased Physical Activity. *Pediatrics*, 117(5), 1834-1842.
- Anderson, J. C., & Mcgee, R. (1994). Comorbidity of Depression in Children and Adolescents. In W. M. Reynolds. *Handbook of Depression in Children and Adolescents*, (pp.581-602). New York: Plenum Press.
- Andrade, L. H. S. G., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6), 285-90.
- Andrade, T. M. (1995). Estudo psicológico de crianças e adolescentes obesos. In M. Fisberg. (Org.). *Obesidade na infância e adolescência* (pp. 100-105). São Paulo: Fundação BYK.
- Andriola, W. B., & Cavalcante, L. R. (1999). Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(2), 419-428.
- Antipatis, V., & Gill, T. (2001). Obesity as a Global Problem. In P. Björntorp (Org.). *International Textbook of Obesity* (pp. 3-22). Jonhn Wiley & Sons, Ltd: British Library.
- Anton, S. D., Han, H., Newton, R. L. Jr., Martin, C. K., York-Crow, E., & Stewart, T. (2006). Reformulation of the Children's Eating Attitudes Test (ChEAT): Factor Structure and Scoring Method in a Non-Clinical Population. *Eating and Weight Disorders*, 11(4), 201-210.
- Antunes, A., & Moreira, P. (2011). Prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes portugueses. *Acta médica Portuguesa*, 24, 279-284.
- APA (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (IV-Revisto) (4a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Apfeldorfer, G. (1997). *Como logo existo. Excesso de peso e perturbações do comportamento alimentar* (S. Camape, Trad.). Lisboa, Portugal: Instituto Piaget. (Obra original publicada em 1992).
- Bachelard, G. (1972). *Filosofia do novo espírito científico*. Barcarena: Editorial Presença.
- Ballone, G. J., & Moura, E. C. (2007): *Obesidade*. Recuperado em 10 de Janeiro, 2012, de <http://www.psiqweb.med.br/>.

- Barbosa, G. A., Gouveia, V. V., & Barbosa, A. G. (2003). Escalas de avaliação em psiquiatria da infância e da adolescência. In F. B. Assumpção Jr. & E. Kuczynski (Orgs.). *Tratado de psiquiatria da infância e da adolescência* (pp. 121-129). São Paulo: Atheneu.
- Barlow, D. (1999). *Manual clínico dos transtornos psiquiátricos* (M. R. B. Osório, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1993).
- Bell, S. K. & Morgan, S. B. (2000). Children's attitudes and behavioral intentions toward a peer presented as obese: does a medical explanation for the obesity make a difference? *Journal of Pediatric Psychology*, 25, 137-145.
- Berkey, C. S., Rockett, H., Gillman, M.W., & Colditz, G.A. (2003). One-Year Changes in Activity and in Inactivity among 10 to 15 Year-Old Boys and Girls: Relationship to Change in Body Mass Index. *Pediatrics*, 111(4), 836-843.
- Binkley, J. K., Eales J., & Jekanowski, M. (2000). The relation between dietary change and rising US obesity. *International Journal of Obesity*, 24, 1032-1039.
- Birch, L. L. (1999). Development of food preferences. *Annual Review of Nutrition*. 19, 41-62.
- Black, D. W., Goldstein, R. B., Mason, E.E., Bell, S. E., & Blum, N. (1992). Depression and Other Mental Disorders in the Relatives of Morbidly Obese Patients. *Journal of Affective Disorders*, 25, 91-96.
- Blair, M., Stewart-Brown, S., Waterston, T., & Crowther, R. (2003). *Child Public Health*. Oxford University Press.
- Blair, S. N., & Brodney, S. (1999). Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality: current evidence and research issues. *Medicine & Science in Sports & Exercises*, 31, 646-662.
- Borges, J., Guarisi, T., Giatti, M., Borges, P., Godoy, P. C., Bastos, A., & Cunha, A. (2000). Obesidade e hipercolesterolemia na adolescência. *Revista de Ginecologia & Obstetrícia*, 11(2), 132-136.
- Boruchovitch, E. (1999). Estratégias de aprendizagem e desempenho escolar: considerações para a prática educacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 12(2), 361-376.
- Bosch, J., Stradmeijer, M., & Seidell, J. (2003). Psychosocial characteristics of obese children/youngsters and their families: Implication for preventive and curative interventions. *Patient Education and Counselling*, 5, 1-10.
- Bray, G. (1997). Obesidad. In Z. Ekhard & Z. J. Filer (Ed). *Conocimientos Actuales Sobre Nutrición* (7a ed., pp. 22-36). Washington DC: International Life Sciences Institute, OPS.

- Bray, G., & Popkin, B. M. (1998). Dietary fat intake does affect obesity! *American Journal of Clinical Nutrition*, 68 (6), 1157- 1173.
- Brilmann, M., Oliveira, M. S., & Thiers, V. O. (2007). Avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde na obesidade. *Cadernos de Saúde Coletiva*. 15(1), 39-54.
- Brownell, K. D. (1991). Dieting and the search for the perfect body: where physiology and culture collide. *Behavior Therapy*, 22, 1-12.
- Brownell, K. D., & O'Neil, P. M. (1999). Obesidade. In D. H. Barlow (Org.). *Manual clínico dos transtornos psicológicos* (pp. 355-403). Porto Alegre: Artmed.
- Bullinger, M., Schmidt, S., Petersen, C., & Ravens-Sieberer, U. (2006). Quality of life - evaluation criteria for children with chronic conditions in medical care. *Journal of Public Health*, 14, 343–355.
- Burrows, R. (2000). Obesidad infantil y juvenil: consecuencias sobre la salud y la calidad de vida futura. *Revista Chilena de Nutrición*, 27,141-8.
- Calman, K. (1987). Definitions and dimensions of quality of life. In N. Aaronson & J. Beckmann (Eds). *The Quality of Life Cancer Patients* (pp. 1-9).New York: Raven Press.
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The Quality of American Life*. Nova Iorque: Russell Sage Foundation.
- Campos, A. L. R. (1995). Aspectos psicológicos da obesidade. In I. M. Fisberg (Org.). *Obesidade na infância e adolescência* (pp. 71-79). São Paulo: BYK.
- Campos, A., Sigulem, D., Moraes, D., Escrivão, A., & Fisberg, M. (1996). Quociente de inteligência de crianças e adolescentes obesas através da escala Wechsler. *Revista de Saúde Pública*, 30, 85-90.
- Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., & Pintassilgo, A. L. (2005). Desenvolvimento dos Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida na Infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para Português de Portugal: Apresentação de um projecto. *6HIV-AIDS Virtual Congress – Prevenção da Sida, Um desafio que não pode ser perdido*. Coimbra (2005). Normagrafe Lda., Santarém. 35-44. Recuperado em 10 de Outubro, 2011, de http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=95.
- Carmo, I. (1999). *Magros, Gordinhos e assim-assim – Perturbações alimentares dos jovens* (2a ed.). Porto: Edinter.
- Carmo, I., Dias, T., Castro, I., Feio, M., & Galvão-Teles, A. (1989). Factores sócio-económicos da obesidade. *O Médico*, 121(1944), 132-135.

- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L., Myatt, J., & Galvão-Teles, A. (2008). Overweight and obesity in Portugal: National prevalence in 2003-2005. *Journal Obesity Reviews*, 9, 11-19.
- Carneiro, S., Martinelli, S. C., & Sisto, F. F. (2003). Autoconceito e dificuldades de aprendizagem na escrita. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 427-434.
- Carpenter, K. M., Hasin, D. S., & Allison, D. B. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American Journal of Public Health*, 90(2), 251-257.
- Carvalho, A. M. P., Netto, J. R. C., Bugliani, M. A. P., Borges, C. D., Mariano, F. N., Brancaloni, A. P. L., & Gorayeb, R. (2001). Maturidade emocional, locus de controle e ansiedade em pré-adolescentes obesos. *Paidéia*, 11(20), 39-47.
- Carvalho, A., & Guimarães, M. (2002). Desenvolvimento da criança de 0 a 6 anos: natureza e cultura em interação. In A. Carvalho, F. Salles, & M. Guimarães (Orgs). *Desenvolvimento e Aprendizagem* (pp. 31-50). Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Carvalho, D. (2001). A obesidade deve ser prevenida na infância. *Medicina & Saúde*, 47, 76-77.
- Castillo, A. R., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 22 (supl. nº 2), 20-23.
- Cataneo, C., Carvalho, A. M. P., & Galindo, E. M. C. (2005). Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Auto-conceito, Locus de Controle e Ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 39-46.
- Cavadini, C., Siega-Riz, A. M., & Popkin, B. M. (2000). US adolescent food intake trends from 1965 to 1996. *Archives of Disease in Childhood. British Medical Journal*, 83, 18-24.
- Colbert, P., Newman, B., Ney, P., & Young, J. (1982). Learning Disabilities as a Symptom of Depression in Children. *Journal of Learning Disabilities*, 15(6), 333-336.
- Cole, D. A. (1990). Relation of Social and Academic Competence to Depressive Symptoms in Childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 422-429.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320, 1-6.
- Csabi, G., Tenyi T., & Molnar, D. (2000). Depressive symptoms among obese children. *Journal of Eating and Weight Disorders*, 5(1), 43-45.

- Cummins, R. A. (2000). Objective and Subjective Quality of Life: An interactive model. *Social Indicators Research, 43*, 307-334.
- Cummins, R. A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research, 49* (10), 699-706.
- Cunha, C. A., Sisto, F. F., & Machado, F. (2006). Dificuldade de Aprendizagem na escrita e o autoconceito num grupo de crianças. *Avaliação Psicológica, 5*, 153-157.
- Damiani, D., Carvalho, D. P., & Oliveira, R. G. (2000). Obesidade na infância – um grande desafio. *Pediatria Moderna, 36*(8), 489-528.
- Datar, A., Sturm, R., & Magnabosco, J. (2004). Childhood overweight and academic performance: national study of kindergartners and first-graders. *Obesity Research, 12* (1), 58-68.
- Dawson, P. (2002). Practice Guidelines: Revised Growth Charts for Children. *American Family Physician, 65*(9), 1941-1947.
- Dietz, W.H. (1998). Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics, 101*, 518-525.
- Eckersley, R. M. (2001). Losing the battle of the bulge: causes and consequences of increasing obesity. *Medical Journal of Australia, 174*, 590-592.
- Ekelund, U., Brage, S., Froberg, K., Harro, M., & Anderssen SA, (2006). TV Viewing and Physical Activity Are Independently Associated with Metabolic Risk in Children: The European Youth Heart Study. *Public Library of Science Medicine, 3*(12), 488.
- Eppel, A. B. (2005). Uma visão psicobiológica da personalidade limítrofe. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 27*(3), 262-268.
- Epstein, L. H., Myers, M. D., & Anderson, K. (1996). The association of maternal psychopathology and family socioeconomic status with psychological problems in obese children. *Journal of Obesity, 4*(1), 65-74.
- Erickson, S. J., Robinson, T. N., Haydel, K. F., & Killen, J. D. (2000). Are overweight children unhappy? Body mass index, depressive symptoms, and overweight concerns in elementary school children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 154*(9), 931-935.
- Falkner, N. H., Neumark-Sztainer, D., Story, M., Jeffery, R. W., Beuhring, T., & Resnick, M. D. (2001). Social, educational, and psychological correlates of weight status in adolescents. *Obesity Research, 9* (1), 32-42.

- Farias, J. C. Jr. (2007). Validade das medidas auto-referidas de peso e estatura para o diagnóstico do estado nutricional de adolescentes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 7(2), 167-174.
- Ferland, F. (2006). O desenvolvimento da criança no dia-a-dia. Do berço até à escola primária. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ferreira, J. S. (2010). *Prevalência de obesidade infanto-juvenil – a associação com os hábitos alimentares, actividade física e comportamentos sedentários dos escolarizados de Portugal continental*. Tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Recuperado em 10 de Setembro de 2012, de <http://run.unl.pt/bitstream/10362/4263/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Joana%20Sousa%20Ferreira.pdf>.
- Ferreira, P. (1998). A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do SF-16. Documento de trabalho 2: Centro de estudos e Investigação em saúde. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra. Recuperado em 2 de fevereiro, 2012, de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9969/1/RD199802.pdf>.
- Fleitlich, B., Cortázar, P. G., & Goodman, R. (2000). Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). *Infanto - Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 8, 44-50.
- Fonseca, H., & Matos, M. G. (2008). Perception of overweight and obesity among Portuguese adolescents: an overview of associated factors. *European Journal of Public Health*, 3, 323-328.
- Fonseca, V. M., Sichieri, R., & Veiga, G.V. (1998). Factores associados à obesidade em adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 32, 541-549.
- Fontaine, K. R., & Barofsky, I. (2001). Obesity and health-related quality of life. *Obesity Reviews*, 2, 173-182.
- Fortin, M. F. (2009). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (5a ed.). Loures: Lusociência.
- Freedman, D. S., Dietz, W. H., Srinivasan, S. R., & Berenson, G. S. (1999). The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: The Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*, 103, 1175-1182.
- Freedman, D. S., Ogden, C. L., Berenson, G. S., & Horlick, M. (2005). Body mass index and body fatness in childhood. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 8(6), 618-623.

- Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (1995). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, *11*(7), 3-20.
- Frisch, M. B. (2000). Improving mental and physical health care through Quality of Life Therapy and assessment. In E. Diener & D. R. Rahtz (Eds.), *Advances in Quality of Life Theory and Research* (pp. 207-241). Kluwer Academic Publishers.
- Fu I. L., Curatolo, E., & Friedrich, S. (2000). Transtornos afetivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *22*, 24-27.
- Garrow, J. S. (2000). Obesity. In J. S. Garrow, W. P. T. James, & A. Ralph (Orgs.). *Human Nutrition and Dietetics* (10a ed.). London. Churchill Livingstone.
- Gaspar, T., & Matos, M. G. (Coordenação) (2008). *Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes Versão Portuguesa dos Instrumentos Kidscreen-52* (ed. Aventura Social e Saúde). Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.
- Gatineau, M., & Dent, M. (2011). *Obesity and mental health*. Oxford: National Obesity Observatory.
- Gazzaniga, J. M., & Burns, T. L. (1993). Relationship between diet composition and body fatness, with adjustment for resting energy expenditure and physical activity in preadolescent children. *American Journal of Clinical Nutrition*, *58*, 21-8.
- Gibney, M. J. (1990). Dietary guideline: a critical appraisal. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *3*, 245-254.
- Gill, T., Alvan, M. & Feinstein, M. (1994). A critical appraisal of the quality of Quality-of-life measurements. *The Journal of the American Medical Association*, *272*(8), 619-626.
- Gladis, M., Gosch, E., Dishuk, N., & Crits-Cristoph, P. (1999). Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 320-331.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, *38*(5), 581-586.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, *177*, 534-539.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *7*, 125-130.

- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *International Review of Psychiatry*, 15, 173–177.
- Grunspun, H. (1999). *Crianças e Adolescentes com Transtornos Psicológicos e do Desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Güenter, R. (2000). A obesidade feminina. *Análise Psicológica*, 18(1), 59-70.
- Harrington, R. (1993). *Depressive Disorder in Childhood and Adolescence*. New York: John Wiley & Sons.
- Hassink, S. G., Zapalla, F., Falini, L., & Datto, G. (2008). Exercise and the obese child. *Progress in Pediatric Cardiology*, 25, 153-157.
- Heshka, S., & Hysmsfield, S. (2001). *Obesity and Gallstones*. In P. Björntorp (2001). *International Textbook of Obesity* (399-409). John Wiley & Sons, Ltd: British Library.
- Hibert, G., & Hibert, O. (1975). *O apetite da criança* (P. Delvaulx, Trad.). Mem Martins, Portugal: Publicações Europa América. (Obra original publicada em 1974).
- Hill, A. J., & Lissau, I. (2002). *Psychosocial factors*. In W. Burniat, T. Cole, I. Lissau, & E. Poskitt (2002). *Child and Adolescent Obesity. Causes and Consequenses, Prevention and Management* (pp. 109-127). Cambridge University Press.
- Hills, A. P., Andersen, L. B., & Byrne, N. M. (2011). Physical activity and obesity in children. *British Journal of Sports Medicine*, 45, 866–870.
- Himes, J., & Dietz, W. (1994). Guidelines for overweight in adolescent preventive services: recommendations from an expert committee. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 59, 307-16.
- Hurson, M., & Corish, C. (1997). Evaluation of lifestyle, food consumption and nutrient patterns among Irish teenagers. *Irish Journal of Medical Science*, 166, 225-230.
- Israel, A., & Ivanova, M. (2002). Global and dimensional selfesteem in preadolescent and early adolescent children who are overweight: age and gender differences. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 424-429.
- Jahns, L., Siega-Riz, A. M., & Popkin, B. M. (2001). The increasing prevalence of snacking among US children from 1977 to 1996. *Pediatrics*, 138(4), 493-498.
- Jay, M. (2004). Childhood obesity is not phat. *The Journal of Pediatrics*, 144(4), 413-558.
- Jeffery, R. W., & French, S. A. (1998). Epidemic obesity in the United States: are fast-foods and television viewing contributing? *American Journal of Public Health*, 88(2), 277-280.

- Jelalian, E., & Mehlenbeck, R. (2002). Peer-enhanced weight management treatment for overweight adolescents: Some preliminary findings. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9, 15-23.
- Jouret, B. (2002). Obésité de l'enfant. *Dossier enseignement*, 3(37), 209-216.
- Kamba, M., Kimura, K., Koda, M., & Ogawa, T. (2001). Proton magnetic resonance spectroscopy for assessment of human body composition. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2(73), 172-176.
- Kant, A. K., & Graubard, B. I. (2006). Eating out in America, 1987-2000: trends and nutritional correlates. *American Journal of Clinical Nutrition*, 84(5), 1215-1223.
- Katzmarzyk, P. T., Tremblay, S., Morrison, R., & Tremblay, M. S. (2007). Effects of physical activity on pediatric reference data for obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2(3), 138-143.
- Khaodhiar, L., McCowen K. C., & Blackburn G. L. (1999). Obesity and its comorbid conditions. *Review Clinic Cornerstone*, 2(3), 17-31.
- Kimm, S.Y., Glynn, N. W., Obarzanek, E., Kriska, A. M., Daniels, S. R., Barton, B. A., & Liu, K. (2005). Relation between the changes in physical activity and body-mass index during adolescence: a multicentre longitudinal study. *Lancet*, 366(9482), 301-307.
- Klesges, R. C., Klesges, L. M., Haddock, C. K., & Eck, L. H (1992). A longitudinal analysis of the impact of dietary intake and physical activity on weight change in adults. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 818-822.
- Koplan, J. P., & Dietz, W. H. (1999). Caloric imbalance and public health policy. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1579-1581.
- Kovacs, M., Gatsonis, C., Paulauskas, S. L., & Richards, C. (1989). Depressive disorders in childhood: a longitudinal study of co-morbidity with and risk for anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 46, 776-782.
- Kundel, N., Oliveira, W. F., & Peres, M. A. (2009). Excesso de peso e qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes de Florianópolis, SC. *Revista de Saúde Pública*, 43(2), 226-235.
- Kushner, R. F., & Foster, G. D. (2000). Obesity and quality of life. *Nutrition*, 16(10), 947-952.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (1996). *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas S.A.

- Lambert, M., Paradis, G., O'Loughlin, J., Delvin, E. E., & Hanley, J. A. (2004). Insulin resistance syndrome in a representative sample of children and adolescents from Quebec, Canada. *International Journal of Obesity*, 28, 833-841.
- Lapsley, D. K., Milstead, M., Quintana, S. M., Flannery, D., & Buss, R. R. (1986). Adolescent egocentrism and formal operations: Tests of a theoretical assumption. *Developmental Psychology*, 22, 800-807.
- Lerner, R. M., & Jovanovic, J. (1990). The role of body image in psychosocial development across the lifespan: A developmental perspective. In T. F. Cash, & T. Pruzinsky (Ed.). *Body images: Development, deviance and change* (pp. 110-127). New York: Guilford Press.
- Lew, E. A., & Garfinkel, L. (1987). Differences in mortality and longevity by sex, smoking habits and health status with discussion. *Transactions of the Society of Actuaries*, 39, 107-130.
- Li, X. (1995). A study of intelligence and personality in children with simple obesity. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 19(5), 335-357.
- Lindsey, A., Sussner, K., Kim, J., & Gortmaker, S. (2006). The Role of Parents in Preventing Childhood Obesity. *Future of Children*, 16(1), 169-186.
- Lioret, S., Volatier, J., Basdevant, A., Pouillot, R., Maffre, J., & Martin, A. (2001). Prévalence de l'obésité infantile en France: aspects démographiques, géographiques et socio-économiques, d'après l'enquête INCA. *Cahiers de Nutrition et Diététique*, 36, 405-410.
- Lissener, L., & Heitmann, B. L. (1995). Dietary fat and obesity: evidence from epidemiology. *European Journal of Clinical Nutrition*, 49, 79-90.
- Lobo, J. (2003). *Influência do Auto-conceito e das Estratégias de Coping na vulnerabilidade para a Depressão e para a Ansiedade em adolescentes com paralisia cerebral*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Lobstein, T., R., & Jackson-Leach (2007). Child overweight and obesity in the USA: Prevalence rates according to IOTF definitions. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2(1), 62-64.
- Lopes, A., Pereira, P., & Mesquita, M. (1999). Acompanhamento nutricional dos utentes do Centro de Saúde – Loures. *Revista Portuguesa de Nutrição*, 1 e 2(9), 87-97.

- Luiz, A. M. A. G., Gorayeb, R., Liberatore, R. D. R. L. Jr., & Domingos, N. A. M. (2005). Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. *Estudos de Psicologia, 10*(3), 371-375.
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx B. W. J. H., & Zitman, Z. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry, 67*(3), 220-229.
- Marinheiro, L. A., & Lopes J. A. (1999). Avaliação de problemas de comportamento em idade pré-escolar. *Psicologia: teoria, investigação e prática, 4*(1), 91-108.
- Marques-Lopes, Marti, Moreno-Aliaga, & Martínez (2004). Aspectos genéticos da obesidade. *Revista de Nutrição, 17*(3), 80-92.
- Martinez, L., & Ferreira, A. (2007). *Análise de dados com o SPSS - Primeiros passos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Massa, J. P. (2002). La ansiedad de separación en la encrucijada evolutiva. *Psiquiatria.com. 6*(3). Recuperado em 15 de outubro, 2011, de <http://es.salut.conecta.it/pdf/pedreira/separacion.pdf>
- Mausner, J. S., Kramer, S., & Bahn, A. K. (2004). *Introdução à epidemiologia* (2a ed.). (R. C. Pinhão, Trad.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Obra original publicada em 1985).
- Mazzoni, R., Mannucci, E., Rizzello, S. M., Rica, V., & Rotella, C. M. (1999). Failure of acupuncture in the treatment of obesity: a pilot study. *Journal of Eating and Weight Disorders, 4*(4), 198-202.
- Mello, E., Luft, V., & Meyer, F. (2004). Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? *Jornal de Pediatria, 80*, 95-110.
- Mennin, D. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 17-29.
- Merrell, K.W. (2001). An investigation of relationships between social behavior and ADHD in children and youth: construct validity of the home and community social behavior scales. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 52*, 564-587.
- Meuleners, L., Lee, A., Binns, C., & Lower, A. (2003). Quality of life for adolescents: Assessing measurement properties using structural equation modelling. *Quality of Life Research, 12*, 283-290.
- Meyer, K. (2008). Prevention of obesity and physical inactivity - a socio-cultural challenge. *Journal of Public Health, 16*, 1-2.

- Miller-Johnson, S., Coie, J.D., Maumary-Gremaud, A., & Bierman, K. (2002). Peer rejection and aggression and early starter models of conduct disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 54, 345-356.
- Miyazaki, M. C. O. S. (1995). Aspectos teóricos e metodológicos do estudo da depressão na infância. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 12(3), 67-78.
- Mo-Suwan, L., Lebel, L., Puetpaiboon, A., & Junjana, C. (1999). School performance and weight status of children and young adolescents in a transitional society in Thailand. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 23(3), 272-277.
- Nassis, G. P., Psarra, G., & Sidossis, L. S. (2005). Central and total adiposity are lower in overweight and obese children with high cardiorespiratory fitness. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(1), 137-141.
- Nguyen, T. T., Larson, D. E., Johnson, R. K., & Goran, M. I. (1996). Fat intake and adiposity in children of lean and obese parents. *American Journal of Clinical Nutrition*, 3, 507-513.
- Nicklas, T. A., O'Neil, C.E., & Berenson, G. S. (1998). Nutrient contribution of breakfast, secular trends and the role of ready-to-eat cereals: a review of data from the Bogalusa Heart Study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 67(suppl.), 757-763.
- Nicklas, T. A., Webber, L.S., Koschak, M., & Berenson, G. S. (1992). Nutrient adequacy of low fat intakes for children: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*, 89, 221-228.
- Nowicka, P., Hoglund, P., Birgerstam, P., Lissau, I., Pietrobelli A., & Flodmark, C. E. (2009). Self-esteem in a clinical sample of morbidly obese children and adolescents. *Acta Paediatrica*, 98(1), 153-158.
- Nunes, M. A., Apolinário, J. C., Galvão, A. L., & Coutinho, W. (Orgs.) (2006). *Transtornos alimentares e obesidade* (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Odriozola, E. E. (2001). *Perturbações da Ansiedade na Infância*. Amadora: McGraw-Hill.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde* (C. Patrocínio & F. Andersen, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1998).
- Okano, C. B., Loureiro, S. R., Linhares, M. B. M., & Marturano, E. M. (2004). Children with learning difficulties attending a psychopedagogic school program: evaluation of self-concept. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(1), 121-128.
- Oliveira, A. M., Cerqueira, E. M., Souza, J. S., & Oliveira, A. C. (2003). Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil na cidade de Feira de Santana – BA. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 47(2), 144-150.

- OMS (2002a). Controlling the global obesity epidemic. Recuperado em 18 de janeiro, 2012, de <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/>.
- OMS (2002b). Obesity, high blood pressure, high cholesterol, alcohol and tobacco: The World Health Organization's response. Recuperado em 18 de janeiro, 2012, de http://www.who.int/whr/media_centre/factsheet3/en/.
- OMS (Coord.) (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID - 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2004). Prevalence 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. L. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (2a ed.). Porto: Livpsic.
- Peixoto, F. (2004). Qualidade das relações familiares, auto-estima, autoconceito e rendimento académico. *Análise Psicológica*, 22(1), 235-244. Recuperado em 18 de janeiro, 2012, de http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0870-82312004000100021&lng=pt&nrm=iso&tlng=p
- Pirke K. M., & Platte, P. (1998). Psychosomatic aspects of obesity. *Zentralblatt fur Gynakologie*, 120(5), 251-254.
- Powell, L. M., & Bao, Y. (2009). Food prices, access to food outlets and child weight. *Economics & Human Biology*, 7, 64-72.
- Proctor, M. H., Moore, L. L., Gao, D., Cupples, L. A., Bradley, M. L., Hood, M. Y., & Ellison, R. C. (2003). Television viewing and change in body fat from preschool to early adolescence: The Framingham Children's Study. *International Journal of Obesity*, 27(7), 827-833.
- Rajmil, L., Herdman, M., Sanmamed, M., Detmar, S., Bruil, J., Ravens-Sieberer, U., Bollinger, M., Simeoni, M., Auquier, P., & the KIDSCREEN group. (2004). European Generic health-related quality of life instruments in children and adolescents: a qualitative analysis of content. *Journal of Adolescent Health*, 34, 37-45.
- Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research – A critical introduction*. London: Sage Publications.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J., & The European KIDSCREEN Group. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life

- measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5(3), 353-364.
- Rêgo, C. (2008). *Obesidade em idade pediátrica: marcadores clínicos e bioquímicos associados a comorbilidade*. Porto: Edição Abbott Laboratórios.
- Ribeiro, C. (2003). Metacognição: um apoio ao processo de aprendizagem. *Psicologia Reflexão e crítica*, 16(1), 109-116.
- Ribeiro, J. (2004). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition*, 23(1), 121-130.
- Ribeiro, J. (2005). *O importante é a Saúde: estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36*. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Rissanen, A. M., Heliovaara, M., Knet, P., Reunanen, A., & Aromaa, A. (1991). Determinants of weight gain and overweight in adults Finns. *European Journal of Clinical Nutrition*, 345, 419- 430.
- Robinson, T. N., Hammer, L. D., & Killen, J. D. (1993). Does television viewing increase obesity and reduce physical activity? Cross-sectional and longitudinal analyses among adolescent girls. *Pediatrics*, 91, 273-280.
- Rose, R. M. (1998). Psicoendocrinologia. In J. D. Wilson, & D. W. Foster (Orgs.). *Tratado de endocrinologia* (7a ed., pp. 809-841). São Paulo: Manole.
- Rosmond, R., & Bjurntorp, P. (1998). Endocrine and metabolic aberrations in men abdominal obesity in relation to anxio-depressive infirmity. *Journal of Metabolism*, 47(10), 1187-1193.
- Santos, P. L., & Graminha, S. S. V. (2006). Problemas emocionais e comportamentais associados ao baixo rendimento académico. *Estudos de psicologia* (Natal), 11(1), 101-109.
- Sanz, M. (2001). Características clínicas de los trastornos de ansiedad. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 3(10), 61-71.
- Sardinha, L.B., Santos, R., Vale, S., Silva, A. M., Ferreira, J. P., Raimundo, A. M., Moreira, H., Baptista, F., & Mota, J. (2010). Prevalence of overweight and obesity among Portuguese youth: A study in a representative sample of 10–18-year-old children and adolescents. *International Journal of Pediatric Obesity*, doi: 10.3109/17477166.2010.490263.
- Schwartz, M., & Brownell, K. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1, 43-56.

- Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M., & Varni, J. W. (2003). Health related quality of life of severely obese children and adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 289(14), 1813-1819.
- Scott, K., McGee, M., Wells, E., & Browne, M. (2008). Obesity and mental disorders in the adult general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 97-105.
- Seidl, E. M. E., & Zannom, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, 20 (2), 580-588.
- Seixas (2008). Um Corpo em Questão: Considerações Psicanalíticas Sobre a Obesidade. III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental. Rio de Janeiro. Recuperado em 15 de outubro, 2011, de http://www.fundamentalpsychopathology.org/8_cong_anais/TR_461.pdf
- Seligman, M., & Csikzentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Serra, A. M. (2006). Terapia cognitiva e transtornos alimentares. Estudo da terapia cognitiva: um novo conceito em psicoterapia. *Psicologia Brasil*, 34, 21-26.
- Siega-Riz, A. M., Popkin, B. M., & Carson, T. (1998). Trends in breakfast consumption for children in the United States from 1965 to 1991. *American Journal of Clinical Nutrition*, 67 (suppl. 2), 280-283.
- Simões, M. C. T., Formosinho, M. D., & Fonseca, A. C. (2000). Efeitos do contexto escolar em crianças e adolescentes: Insucesso e comportamentos anti-sociais. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35 (1, 2 e 3), 405-436.
- Simões, M., & Vaz Serra, A. (1987). A importância do auto-conceito na aprendizagem escolar. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 21, 233-251.
- Sisto, F. F., & Martinelli, S. C. (2006). O papel das relações sociais na compreensão do fracasso escolar e das dificuldades de aprendizagem. In F. F. Sisto & S. C. Martinelli (Orgs.). *Afetividade e dificuldades de aprendizagem* (pp. 13-30). São Paulo: Vetor Editora.
- Sisto, F. F., Bartholomeu, D., Rueda, F., & Fernandes, D. (2004). Auto-conceito e emoções. In C. Machado, L. S. Almeida, M. M. Gonçalves & V. Ramalho (Eds.). *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (Vol. 10, pp. 68-74). Braga: Psiquilíbrios.
- Slyper, A. H. (2004). The pediatric obesity epidemic: causes and controversies. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89(6), 2540-2547.

- Sousa, P. M. L. (2006). *Obesidade na adolescência: aspectos psicológicos e rendimento escolar*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Stevanato, I., Loureiro, S. R., Linhares, M. B. M., & Marturano, E. M. (2003). Self-concept of learning disabled and behavior problem children. *Psicologia de estudo*, 8 (1), 67-76.
- Stradmeijer, M. (2000). Family functioning and psychosocial adjustment in overweight youngsters. *Journal of Eating and Weight Disorders*, 27(1), 110-114.
- Taillefer, M. C., Dupuis, G., Roberge, M. A., & Le May, S. (2003). Health-related quality of life models: Systematic review of the literature. *Social Indicators Research*, 64, 293-323.
- Taras, H., & Potts-Datema, W. (2005). Obesity and student performance at school. *Journal of School Health*, 75 (8), 291-295.
- Tavares, T. B., Nunes, S. M., & Santos, M. O. (2010). Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(3), 359-366.
- Teixeira, P., & Silva, M. (2009). *Repensar o peso: princípios e métodos testados para controlar o seu peso*. Lisboa: Lidel.
- Tershakovec, A. M., Weller, S. C., & Gallagher, P. R. (1994). Obesity, school performance and behaviour of black, urban elementary school children. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 18(5), 323-327.
- The KIDSCREEN Group Europe (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires – Quality of life questionnaires for children and adolescents*. Handbook. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- The WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- The WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569-1585.
- Thompson, D. (1997a). Body Composition. In E. Howley, & B. Franks. *Health Fitness Instructor's Handbook* (3a ed., pp. 165-181). Human Kinetics.
- Thompson, D. (1997b). *Weight Management*. In E. Howley, & B. Franks. *Health Fitness Instructor's Handbook* (3a ed., pp. 182-198). Human Kinetics.

- Thompson, E., & Ashwill, J. (1996). *Uma introdução à enfermagem pediátrica* (6a ed.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Lda.
- Tremblay, M. S., & Willms, J. D. (2003). Is the Canadian childhood obesity epidemic related to physical inactivity? *International Journal of Obesity*, 27(9), 1100 -1105.
- Tucker, L. A. (1986). The relationship of television viewing to physical fitness and obesity. *Journal of Adolescence*, 21(84), 797-806.
- Tucker, L. A., Seljaas, G. T., & Hager, R. L. (1997). Body fat percentage of children varies according to their diet composition. *Journal of the American Dietetic Association*, 97, 981-986.
- Van Vlierberghe, L., Braet, C., & Mels, S. (2008). Psychiatric disorders and symptom severity in referred versus non-referred overweight children and adolescents. *European Child Adolescents Psychiatry*, 18(3), 164-173.
- Vanhala, M., Vanhala, P., Kumpusalo, E., Halonen, P., & Takala, J. (1998). Relation between obesity from childhood to adulthood and the metabolic syndrome: population based study. *British Medical Journal*, 317(7154), 319-320.
- Vaz Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2, 101-110.
- Viuniski, N. (1999). *Obesidade infantil: um guia prático para profissionais da saúde* (2a ed.). Rio de Janeiro: Editora EPUB.
- Waine, C (2007) *A Obesidade e o controlo do peso nos cuidados primários*. Lisboa: Sociedade Industrial Gráfica Lda.
- Wallander, J. L., & Schmitt, M. (2001). Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments and applications. *Journal of clinical psychology*, 57(4), 571-585.
- Weigel, C., Kokocinski, K., Lederer, P., Dötsch, J., Rascher, W., & Knerr, I.(2008). Childhood Obesity: Concept, Feasibility, and Interim Treatment Program. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, (40), 369-73.
- Weinberg, W. A., Rutman, J., Sullivan, L., Penich, E. C., & Dietz, S. G. (1973). Depression in children referred to an educational diagnostic center: diagnosis and treatment. *Journal of Pediatrics*, 83, 165-172.
- White, J. (1989). Depression. In J. White. *The Troubled adolescent* (pp.111-142). Oxford: Pergamon Press.
- Willms, J. D. (2004). Early childhood obesity: a call for early surveillance and preventive measures. *Canadian Medical Association*, 171(3), 243-244.

- Wittchen, H. (2002). Generalized Anxiety Disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety, 16*, 162-171.
- World Federation for Mental Health (2010). *Health and chronic physical illnesses: The need for continued and integrated care*. Woodbridge: World Federation for Mental Health.
- World Health Organization (1994). *Quality Of Life Assessment: an annotated bibliography*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1998). *The World Health Report 1998: Life in the 21st Century – A Vision for All*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2011). *Mental health: Depression*. Recuperado em 1 de maio, 2011, de http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en.
- World Health Organization Quality Of Life Assessment Group (1996). What is Quality of Life? World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): World Health Forum.
- World Health Organization Quality Of Life Group (1995). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health, 23*, 24-56.
- World Health Organization Quality Of Life Group (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties and results of international field trial. *Social Science Medicine, 46*, 1569-1585.
- Wright-Strawderman, C., & Watson, B.L. (1992). The Prevalence of Depressive Symptoms in Children With Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 25*(4), 258-264.
- Zaragozano, J. (1999). Cálculo de la grasa corporal mediante los pliegues cutáneos. *Rol, 22* (6), 425-427.
- Zecovic, B., & Renwick, R. (2003). Quality of life for children and adolescents with developmental disabilities: review of conceptual and methodological issues relevant to public policy. *Disability & Society, 18*, 19–34.
- Zeller, M. H., & Modi, A. C. (2006). Predictors of health-related quality of life in obese youth. *Obesity (Silver Spring), 14*(1), 122-130.
- Zoppi, G., Luciano, A., Vinco, A., & Residori, P. (1995). Obesity in pediatrics: statistical analysis of school performance of obese children. *Pediatric Medicine Chiropractic., 17* (6), 559-561.

ANEXOS



KIDSCREEN-10 Index

Questionário de Saúde para Crianças e Adolescentes

Versão para Crianças e Adolescentes

Dos 8 aos 18 anos

Data: _____
 mês ano

NI¹: □□□□□□-□□

Olá,

Como estás? É isso que queríamos que tu nos contasses.
Por favor lê todas as questões cuidadosamente. Que resposta vem à tua cabeça primeiro? Escolhe e assinala a resposta mais adequada ao teu caso.

Lembra-te: isto não é um teste, por isso não existem respostas erradas. É importante para ti responder a todas as questões e para nós conseguir perceber as tuas respostas claramente. Quando pensas na tua resposta, por favor, tenta pensar na tua última semana.

Não tens que mostrar as tuas respostas a ninguém. E ninguém teu conhecido vai ver o teu questionário depois de o teres terminado.

És rapaz ou rapariga?

- rapariga
 rapaz

Que idade tens?

_____ anos

Tens alguma incapacidade, doença ou condição física crónica?

- Não
 Sim Qual? _____

¹ No NI deve colocar a primeira letra de cada um dos seus nomes e, depois do traço, coloque a sua idade - ex. uma criança chamada Maria Ana Santos de 8 anos preencheria MAS – 08.

Sobre a tua saúde

NI¹: -

Pensa na última semana ...

| | | | | | | |
|-----|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. | Sentiste-te bem e em forma? | nada | pouco | moderada mente | muito | extrema mente |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. | Sentiste-te cheio (a) de energia? | nunca | raramente | algumas vezes | frequente mente | sempre |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. | Sentiste-te triste? | nunca | raramente | algumas vezes | frequente mente | sempre |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. | Sentiste-te sozinho (a)? | nunca | raramente | algumas vezes | frequente mente | sempre |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. | Tiveste tempo suficiente para ti próprio? | nunca | raramente | algumas vezes | frequente mente | sempre |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. | Foste capaz de fazer actividades que gostas de fazer no teu tempo livre? | nunca | raramente | algumas vezes | frequente mente | sempre |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. | Os teus pais trataram-te com justiça? | nunca | raramente | algumas vezes | frequente mente | sempre |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. | Divertiste-te com os teus amigos(as)? | nunca | raramente | algumas vezes | frequente mente | sempre |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. | Foste bom aluno (a) na escola? | nada | pouco | moderada mente | muito | extrema mente |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. | Sentiste-te capaz de prestar atenção? | nunca | raramente | algumas vezes | frequente mente | sempre |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

¹ No NI deve colocar a primeira letra de cada um dos seus nomes e, depois do traço, coloque a sua idade - ex. uma criança chamada Maria Ana Santos de 8 anos preencheria MAS - 08.

NI: -

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marca, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responderes a todas as afirmações o melhor que puderes, mesmo que não tenhas a certeza absoluta ou que a afirmação te pareça estranha. Por favor, responde baseando-te na forma como as coisas te têm corrido nos últimos seis meses.

Masculino/Feminino

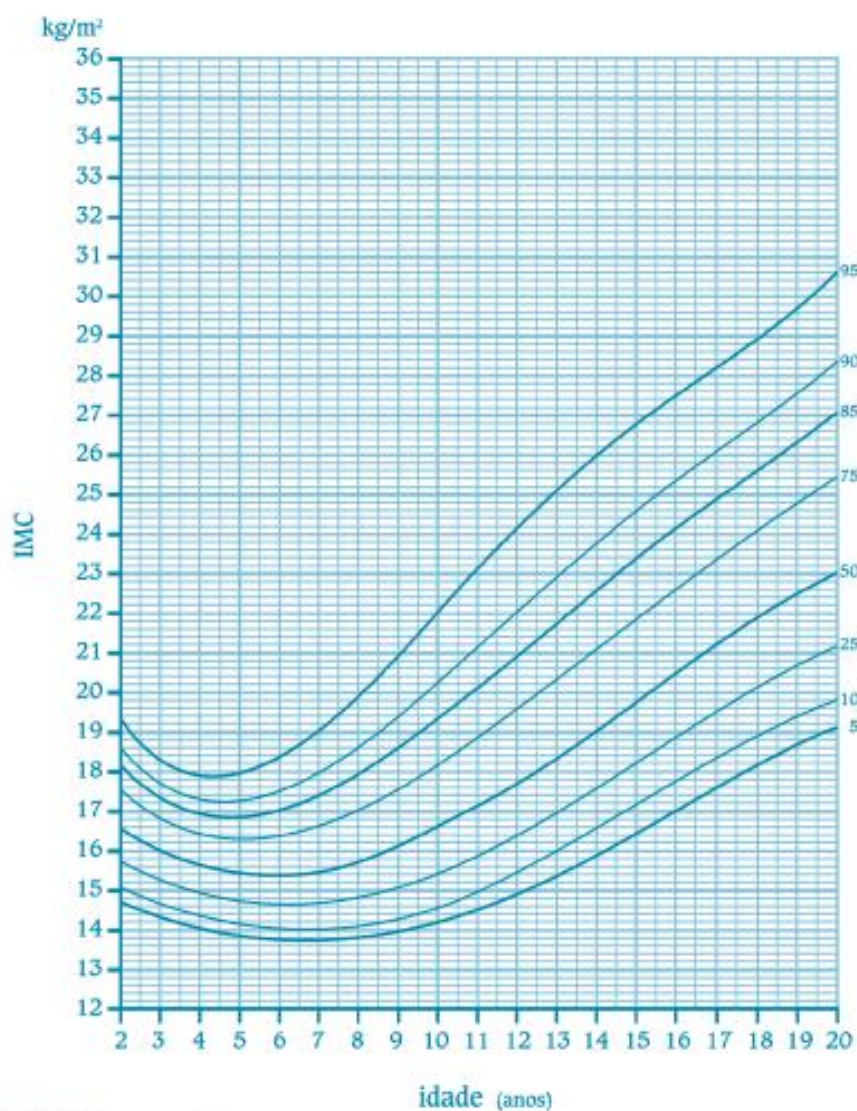
| | Não é verdade | É um pouco verdade | É muito verdade |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tento ser simpático/a com as outras pessoas. Preocupo-me com o que sentem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sou irrequieto/a, não consigo ficar quieto/a muito tempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tenho muitas dores de cabeça, de barriga ou vômitos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gosto de partilhar com os outros (comida, jogos, esferográficas, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Irrito-me e perco a cabeça muitas vezes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Estou quase sempre sozinho/a, jogo sozinho/a. Sou reservado/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Normalmente faço o que me mandam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Preocupo-me muito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gosto de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Não sossego, estou sempre a mexer as pernas ou as mãos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tenho pelo menos um bom amigo/uma boa amiga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ando sempre á pancada. Consigo obrigar os outros a fazer o que eu quero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ando muitas vezes triste, desanimado/a ou a chorar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Os meus colegas geralmente gostam de mim | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Estou sempre distraído/a. Tenho dificuldades em me concentrar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fico nervoso/a em situações novas. Facilmente fico inseguro/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sou simpático/a para os mais pequenos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sou muitas vezes acusado/a de mentir ou enganar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As outras crianças ou jovens metem-se comigo, ameaçam-me ou intimidam-me | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gosto de ajudar os outros (pais, professores ou outros jovens) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penso nas coisas antes de as fazer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiro coisas que não são minhas, em casa, na escola ou noutros sítios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dou-me melhor com adultos do que com os da minha idade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tenho muitos medos, assusto-me facilmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geralmente acabo o que começo. Tenho uma boa atenção | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

MUITO OBRIGADA PELA TUA AJUDA!

© Robert Goodman, 2005

¹ No NI deve colocar a primeira letra de cada um dos seus nomes e, depois do traço, coloque a sua idade - ex. uma criança chamada Maria Ana Santos de 8 anos preencheria MAS – 08.

RAPAZES

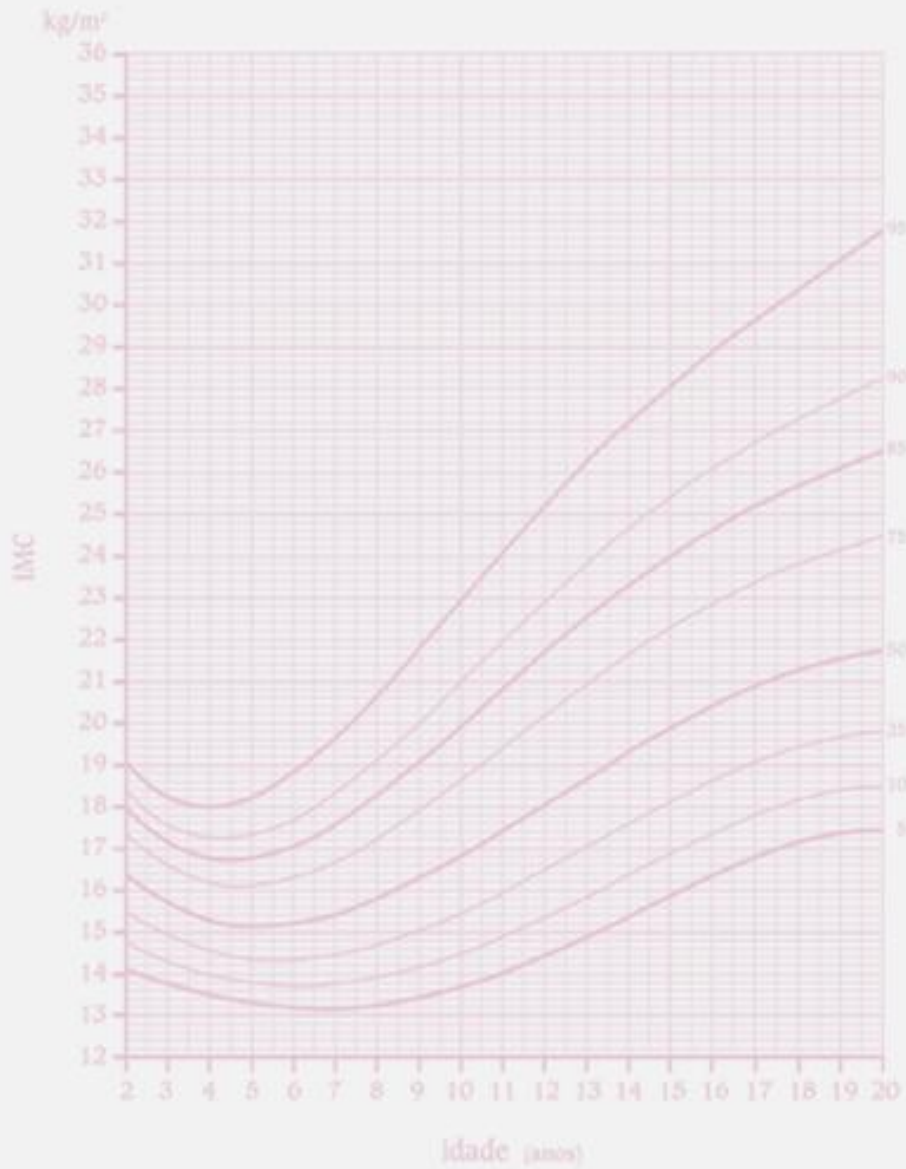
índice de massa corporal 2-20 anos

OBESIDADE > percentil 95

EXCESSO DE PESO > percentil 85 e < percentil 95

RAPARIGAS

índice de massa corporal 2-20 anos



OBESIDADE > percentil 95
EXCESSO DE PESO > percentil 85 e < percentil 95

Questionário SDQ

Interpretação da Pontuação dos Sintomas e Definição de “Caso”

Os intervalos provisórios, apresentados em baixo, foram estabelecidos de tal forma que aproximadamente 80 % das crianças na comunidade são normais, 10% são limítrofes e 10% são anormais. Em estudos com amostras de **alto risco**, onde os falsos positivos não sejam a maior preocupação, os possíveis “casos” podem ser identificados por uma **pontuação alta** ou **limítrofe** em uma das quatro escalas de dificuldades. Em estudos com amostras de **baixo risco**, onde é mais importante reduzir a taxa de falsos positivos, os possíveis “casos” podem ser identificados por uma **pontuação alta** em uma das quatro escalas de dificuldades.

Auto-Avaliação

| | Normal | Limítrofe | Anormal |
|---|--------|-----------|---------|
| Pontuação Total de Dificuldades | 0 - 15 | 16 - 19 | 20 - 40 |
| Pontuação de Sintomas Emocionais | 0 - 5 | 6 | 7 - 10 |
| Pontuação de Problemas de Comportamento | 0 - 3 | 4 | 5 - 10 |
| Pontuação de Hiperactividade | 0 - 5 | 6 | 7 - 10 |
| Pontuação para Problemas com Colegas | 0 - 3 | 4 - 5 | 6 - 10 |
| Pontuação para Comportamento Pró-social | 6 - 10 | 5 | 0 - 4 |

Apêndices



PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Folha de consentimento informado(pais/cuidadores)

Objetivo Geral: Esta investigação pretende avaliar a qualidade de vida e a sintomatologia psicopatológica por autorrelatos, de crianças e adolescentes entre os 10 e 0s 18 anos.

Papel dos Participantes: A colaboração da criança neste projeto consiste no preenchimento de questionários de autorresposta sobre diferentes áreas da sua vida.

Todos os questionários e fichas de dados serão identificados por um código e os dados serão tratados apenas coletivamente, de forma a garantir, em todos os momentos, o anonimato dos participantes. Ninguém vai nunca saber quem preencheu este questionário. Por isso, agradecemos que o participante responda com a maior sinceridade. Mais informamos que os dados referentes à altura e ao peso do seu (sua educando(a) serão facultados pelos respetivos professores de Educação Física, a partir do rastreio efetuado no início do ano letivo.

Em qualquer momento e por qualquer motivo pode desistir de colaborar neste projeto sem que por isso seja prejudicado.

Papel dos Investigadores: Os investigadores deste projeto comprometem-se a:

- Garantir total confidencialidade sobre os dados que forem fornecidos pelos participantes;
- Utilizar os dados fornecidos pelos participantes somente para fins de investigação (os resultados têm unicamente valor coletivo).

Consentimento Informado

Eu, _____, declaro ter consciência dos objetivos e procedimentos desta investigação, bem como do papel da criança neste estudo.

Oliveira de Frades, _____ de _____ de 201_.

Nome do entrevistado: _____

Assinatura do cuidador: _____

Nome do entrevistador: _____

Responsável pelo projeto: Vera Almeida

Bairro da Remolha, Lote 1

3680-075 Oliveira de Frades

veraalmeida@eb23sof.com



PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Folha de consentimento informado(criança ou adolescente)

Objetivo Geral: Esta investigação pretende avaliar a qualidade de vida e a sintomatologia psicopatológica por autorrelatos, de crianças e adolescentes entre os 10 e os 18 anos de idade.

Papel dos Participantes: A tua colaboração neste projeto consiste no preenchimento de questionários de autorresposta sobre diferentes áreas da tua vida.

Todos os questionários e fichas de dados serão identificados por um código e os dados serão tratados apenas coletivamente, de forma a garantir, em todos os momentos, o anonimato dos participantes. Ninguém vai nunca saber que foste tu que preenchestes este questionário. Por isso, agradecemos-te que respondas com a maior sinceridade. Mais informamos que os dados referentes à tua altura e ao teu peso serão facultados pelo teu (tua) professor(a) de Educação Física, a partir do rastreio efetuado no início do ano letivo.

Em qualquer momento e por qualquer motivo podes desistir de colaborar neste projeto sem que por isso sejas prejudicado.

Papel dos Investigadores: Os investigadores deste projeto comprometem-se a:

- Garantir total confidencialidade sobre os dados que forem fornecidos pelos participantes;
- Utilizar os dados fornecidos pelos participantes somente para fins de investigação (os resultados têm unicamente valor coletivo).

Consentimento Informado

Eu, _____, declaro ter consciência dos objetivos e procedimentos desta investigação, bem como do meu papel enquanto participante neste estudo.

Oliveira de Frades, ____ de _____ de 2012.

Nome do entrevistado: _____

Assinatura: _____

Nome do entrevistador: _____

Responsável pelo projeto: Vera Almeida

Bairro da Remolha, Lote 1

3680-075 Oliveira de Frades

veraalmeida@eb23sof.com



N^o: -

**FICHA DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS
(A PREENCHER PELOS PAIS)**

DADOS PESSOAIS DO(A) SEU(SUA) FILHO(A)

Idade

Sexo Feminino
 Masculino

Local de residência

| | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---------|----------------------|
| Ano que frequenta em 2012 | 2º ciclo do ensino básico | 5º ano | <input type="text"/> |
| | | 6º ano | <input type="text"/> |
| | 3º ciclo do ensino básico | 7º ano | <input type="text"/> |
| | | 8º ano | <input type="text"/> |
| | | 9º ano | <input type="text"/> |
| | Ensino secundário | 10º ano | <input type="text"/> |
| | | 11º ano | <input type="text"/> |
| | | 12º ano | <input type="text"/> |

Tendo em conta o ano lectivo 2010/2011, qual foi a média do seu filho (soma das notas de todas as disciplinas, a dividir pelo nº de disciplinas)

¹ No NI deve colocar a primeira letra de cada um dos seus nomes e, depois do traço, coloque a sua idade - ex. uma criança chamada Maria Ana Santos de 8 anos preencheria MAS - 08.



NI¹: -
 N° do Processo²: _____

**FICHA DE DADOS CLÍNICOS
 (A PREENCHER PELOS CLÍNICOS/PROFESSORES)**

| | | |
|-----------|----------------------|----|
| Altura | <input type="text"/> | |
| Peso | <input type="text"/> | kg |
| IMC | <input type="text"/> | |
| Percentil | <input type="text"/> | |

| | | |
|--|--------------------------|----------------------|
| A criança/adolescente foi diagnosticada com obesidade? | Não | <input type="text"/> |
| | Sim | <input type="text"/> |
| | Se sim, há quanto tempo? | <input type="text"/> |

| | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| Está a ter algum tipo de tratamento? | Não | <input type="text"/> |
| | Sim | <input type="text"/> |
| | Se sim, que tipo de tratamento? | <input type="text"/> |

| | | |
|--|----------------------|----------------------|
| A criança tem algum outro problema de saúde crónico? | Não | <input type="text"/> |
| | Sim | <input type="text"/> |
| Se sim, qual? | <input type="text"/> | |

| | | |
|--|----------------------|----------------------|
| A criança tem algum problema de saúde que surgiu como consequência da obesidade? | Não | <input type="text"/> |
| | Sim | <input type="text"/> |
| Se sim, qual? | <input type="text"/> | |

¹ No NI deve colocar a primeira letra de cada um dos seus nomes e, depois do traço, coloque a sua idade - ex. uma criança chamada Maria Ana Santos de 8 anos preencheria MAS – 08.

² N° do Processo no Centro de Saúde, caso venha a ser necessário.

APÊNDICE V

AGRUPAMENTO DE ESCOLAS
OLIVEIRA DE FRADES

RECEBIDO:
Autógrafa
Solicitada
fim foto
depois

Exma. Senhora

Diretora da Escola EB 2,3/S de Oliveira de Frades

Dra. Jorgina Role

ASSUNTO: Pedido para realização de dissertação de mestrado

Chamo-me Vera Lúcia Domingues Gonçalves de Almeida e encontro-me a realizar a minha dissertação de mestrado em Gestão, no Pólo Regional das Beiras da Universidade Católica de Viseu.

Sendo o âmbito do meu estudo a *Obesidade na infância e Adolescência: o papel da condição crónica e da sintomatologia psicopatológica na qualidade de vida e aproveitamento escolar*, venho solicitar a V. Exa. colaboração e autorização para que me sejam facultadas as informações necessárias (idade, peso, altura, IMC e eventuais contactos), relativas às crianças e adolescentes que frequentam esse estabelecimento de ensino, com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos, mediante autorização facultada pelos pais dos menores de 18 anos.

As referidas informações, absolutamente necessárias para a realização de estudo supracitado, estão na posse dos professores de educação física, pois trata-se de uma avaliação da condição física dos alunos que os docentes da disciplina fazem no início do ano letivo.

Ma.s informo que possuo autorização (2528/2012) da Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) e da Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) (inquérito n.º 0272900001) para a realização do estudo.

Agradeço, desde já, o interesse dispensado a esta solicitação e, aguardando uma breve e favorável resposta, encontro-me ao dispor para prestar quaisquer esclarecimentos relativos à metodologia, recolha, protecção dos dados ou outras que considere importantes.

Oliveira de Frades, 24 de maio de 2012

Com os melhores cumprimentos

Vera Almeida

Vera Lúcia Domingues Gonçalves de Almeida
Bairro da Bemolha, Lote 2
3380-025 Oliveira de Frades
tele: 3519194164064 e-mail: vera.almeida@ucp.pt

Exma. Senhora Dr.^a Margarida Mercedes Figueiredo
Directora Executiva do ACES Dão Lafões II
Rua Ribeiro Cardoso
3670-257 Vouzela

Chamo-me Vera Lúcia Domingues Gonçalves de Almeida, e encontro-me a realizar a minha dissertação de mestrado em Gestão – Especialização em Unidades de Saúde, na Universidade Católica de Viseu.

Sendo o âmbito do meu estudo a Obesidade na Infância e Adolescência: o papel da condição crónica e da sintomatologia psicopatológica na qualidade de vida e no aproveitamento escolar, venho solicitar a V. Exa. colaboração e autorização para que me sejam facultadas informações sobre eventuais crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade e patologia associada, que estejam a ser acompanhados por Clínicos dos Centros de Saúde dos Concelhos de S. Pedro do Sul, Vouzela e Oliveira de Frades.

Agradecendo desde já o interesse dispensado a esta solicitação,

Com os melhores cumprimentos

Oliveira de Frades, 30 de Novembro de 2011

The screenshot shows an email client interface. On the left is a sidebar with navigation options: COMPOR, Caixa de entrada (126), Com estrela, Importante, Correio enviado, Rascunhos (8), Acompanhar, and Chat. The Chat section includes a search bar and a list of contacts: Vera Lúcia Domingue, Direcção AEOF, Ana Maria dos Santos, and Ana Maria Pereira dos Santos. The main area displays an email from mime-noreply@gepe.min-edu.pt, titled 'Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Registo de inquérito.' The email content is in Portuguese and provides details about a request for authorization, including the registration number (0272900001), the entity name (Vera Lúcia Domingues Gonçalves de Almeida), the interlocutor (Professora Doutora Célia Ribeiro), and the subject of the inquiry (Obesidade na Infância e Adolescência). It also provides instructions on how to consult the system and expresses gratitude for the user's collaboration.

COMPOR

Caixa de entrada (126)

Com estrela

Importante

Correio enviado

Rascunhos (8)

Acompanhar

Chat

Pesquisar pessoas...

- Vera Lúcia Domingue
Definir estado
- Ligar para telefone
- Direcção AEOF
- Ana Maria dos Santos ...
- Ana Maria Pereira dos ...

Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Registo de inquérito.

Caixa de entrada x

mime-noreply@gepe.min-edu.pt 17:33 (há 3 horas)

para mim, cribeiro

Exmo(a)s. Sr(a)s.

Foi registado no sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (<http://mime.gepe.min-edu.pt>) um pedido de autorização de inquérito com os seguintes dados:

- Número de registo: 0272900001
- Nome da Entidade: Vera Lúcia Domingues Gonçalves de Almeida
- Nome do Interlocutor: Professora Doutora Célia Ribeiro, da Universidade Católica de Viseu, Pólo Regional das Beiras
- Designação do inquérito: Obesidade na Infância e Adolescência: o papel da condição crónica e da sintomatologia psicopatológica na qualidade de vida e aproveitamento escolar

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

Este pedido vai ser analisado pela Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, e a decisão tomada será comunicada via e-mail.

Desde já agradecemos a sua colaboração, e brevemente entraremos em contacto consigo.

cribeiro
cribeiro@crb.ucp.pt

Mostrar detalhes

**ATENÇÃO - O Formulário foi submetido com sucesso.
Deverá fazer o pagamento de 150 € à CNPD**

**por transferência bancária, através do banco electrónico ou directamente no
balcão de agência**

Deve enviar o comprovativo da transferência com a referência para o endereço email:

pagamentos@cnpd.pt

NIB: 078101120112001400338 IBAN: PT50078101120112001400338 BIC:
IGCPPTPL

Por cheque à ordem de I.G.C.P. (Instituto de Gestão e Crédito Público)

ou em numerário entregue nas nossas instalações

utilizando obrigatoriamente o seguinte código na descrição de pagamento:

5.614.388

Se não fizer o pagamento no prazo de 3 dias úteis, o formulário será automaticamente eliminado

Notificação de tratamento de dados à CNPD

1ª Notificação Alteração de Notificação anterior

1. Responsável pelo Tratamento

Pessoa Colectiva Pessoa
Singular

a) Denominação/*
nome

Vera Lúcia

b) NIPC/NIF *

104084391

c) Actividade Desenvolvida
*

Trabalho de

d) Morada *

Bairro da Remolha, L

e) Código Postal *

3680 Oliveira de

f) Telefone *

+35193416

g) Email *

vera.almeid

h) País *

Portugal União Europeia

Navegação

Procurar Documento

Este documento não contém títulos.

Para criar separadores de navegação, crie títulos no documento, aplicando Estilos de Título.

Início » Consultar inquéritos » **Ficha de inquérito**

Identificação da Entidade / Interlocutor

Nome da entidade:
Vera Lúcia Domingues Gonçalves de Almeida

Nome do Interlocutor:
Professora Doutora Célia Ribeiro, da Universidade Católica de Viseu, Pólo Regional das Beiras

E-mail do interlocutor:
cribeiro@crb.ucp.pt

Vera Lúcia Domingues Gonçalves de Almeida

Sair

Área reservada

- Dados da entidade
- Consultar inquéritos
- Registar inquérito
- Instruções

Dados adicionais

Estado:
Aprovado

Avaliação:
Exmo(a) Senhor(a) Professora Doutora Célia Ribeiro, da Universidade Católica de Viseu, Pólo Regional das Beiras Venho por este meio informar que o pedido de realização de questionário em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos de qualidade técnica e metodológica para tal devendo, no entanto, ter em atenção as observações aduzidas.
Com os melhores cumprimentos
Isabel Oliveira
Diretora de Serviços
DGE

Observações:
a) Devem ser respeitadas todas as considerações inscritas na autorização da CNPD nº 2528/2012, nos procedimentos a efetuar no âmbito deste projeto.

Página: 1 de 1 Palavras: 29 Português (Portugal) 156%

1 - Autorização da CNPD:



Processo n.º 519/2012

AUTORIZAÇÃO N.º 2528 /2012

I. Do Pedido

Vera Lúcia Domingues Gonçalves de Almeida, no âmbito da sua Tese de Mestrado, notificou à CNPD um tratamento de dados pessoais com a finalidade de elaborar um estudo observacional sobre "Obesidade na infância e adolescência: o papel o papel da condição crónica e da sintomatologia psicopatológica na qualidade de vida e no aproveitamento escolar".

Serão incluídos no estudo todos os indivíduos entre os dez e os dezoito anos com sobrepeso e obesidade, assim como crianças e adolescentes saudáveis, enquanto grupo de controlo, cuja condição de saúde se verifique há pelo menos um ano e que frequentem as escolas dos concelhos de Oliveira de Frades, S. Pedro do Sul e Vouzela. Será também constituído um subgrupo composto por crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade, que estejam a ser acompanhados e em tratamento pelos Centros de Saúde de Oliveira de Frades, S. Pedro do Sul e Vouzela.

A participação no estudo consiste no preenchimento de um questionário, um exame físico efectuado por um médico e na colheita de sangue para avaliação laboratorial da doença e realização de estudos genéticos.

O médico assistente, investigador no estudo, solicitará consentimento informado, cuja declaração será conservada no processo clínico do doente.

Já em relação aos participantes seleccionados em ambiente escolar, será a própria investigadora a recolher os consentimentos informados, que conservará consigo.

Os dados serão recolhidos num caderno de recolha de dados em formato papel.

No "caderno de recolha de dados" não há identificação nominal do titular, sendo aposto um código de doente. A chave desta codificação só pode ser conhecida dos investigadores.

Rua de São Bento, 148-3º • 1200-821 LISBOA
Tel: 213 928 400 Fax: 213 976 832
geral@cnpd.pt www.cnpd.pt

21 393 00 39
LINHA PRIVACIDADE |
Dias úteis das 10 às 13 h
duvidas@cnpd.pt

