



## Empirical Articles

# Adaptação Psicossocial na Obesidade Pediátrica: Um Estudo com Pais, Crianças e Adolescentes

Psychosocial Adjustment in Pediatric Obesity: A Study With Parents, Children and Adolescents

Roberta Frontini\*<sup>a</sup>, Maria João Gouveia<sup>a</sup>, Helena Moreira<sup>a</sup>, Maria Cristina Canavarro<sup>a</sup>

[a] Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

## Resumo

**Objetivo:** Os objetivos do presente estudo são 1) comparar a qualidade de vida (QdV) e os problemas psicológicos de crianças/adolescentes com obesidade, excesso de peso e peso saudável, e a QdV e sintomas de depressão e ansiedade dos seus pais; 2) averiguar se a adaptação psicossocial dos pais está associada à QdV das crianças/adolescentes através dos seus problemas psicológicos e se estas associações são moderadas pela idade da criança/adolescente.

**Método:** A amostra foi constituída por 264 díades pais-filhos divididas em 3 grupos (peso saudável, excesso de peso e obesidade).

**Resultados:** As crianças/adolescentes com obesidade reportaram pior QdV e maiores níveis de problemas psicológicos do que as crianças/adolescentes com peso saudável. Os adolescentes reportaram pior QdV do que as crianças. Os pais das crianças/adolescentes com obesidade reportaram pior QdV e mais sintomas ansiosos e depressivos comparativamente aos pais das crianças/adolescentes com peso saudável. A associação entre ansiedade dos pais e a QdV das crianças/adolescentes foi mediada pelos problemas psicológicos dos adolescentes.

**Conclusão:** É fundamental a implementação de intervenções multidisciplinares focadas na família, que visem a perda de peso da criança/adolescente, mas também a promoção da saúde mental e da QdV das crianças/adolescentes e dos seus pais.

*Palavras-Chave:* obesidade, excesso de peso, qualidade de vida, problemas psicológicos, família

## Abstract

**Aim:** This study aims to 1) compare the quality of life (QoL) and psychological problems of children/adolescents with obesity, overweight and healthy weight, as well as the QoL and depressive and anxiety symptoms of their parents; and 2) investigate if parental psychosocial adaptation is associated with the QoL of children/adolescents through their psychological problems, and whether these associations are moderated by the age of the child/adolescent.

**Method:** The sample comprised 264 dyads (parent-child) divided into 3 groups (healthy weight, overweight and obesity).

**Results:** Children/adolescents with obesity reported worse QoL and more psychological problems than children/adolescents with healthy weight. Adolescents reported worse QoL than children. Parents of children/adolescents with obesity reported worse QoL and more anxiety and depressive symptoms compared to parents of normal-weight children/adolescents. The association between parental anxiety and the QoL of children/adolescents was mediated by psychological problems of adolescents.

**Conclusion:** It is fundamental to implement multidisciplinary family focused interventions, aiming not only at the weight loss of children/adolescents with obesity, but also at the promotion of mental health and QoL of these children/adolescents and of their parents.

*Keywords:* obesity, overweight, quality of life, psychological problems, family

Psychology, Community & Health, 2016, Vol. 5(2), 85–101, doi:10.5964/pch.v5i2.182

Received: 2016-01-05. Accepted: 2016-06-16. Published (VoR): 2016-08-08.

Handling Editors: Filipa Pimenta, William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisbon, Portugal; Cristina Godinho, ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, Lisbon, Portugal

\*Corresponding author at: Grupo de Investigação “Relações, Desenvolvimento e Saúde”, CINEICC - Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Rua do Colégio Novo, 3000-115 Coimbra, Portugal. E-mail: roberta\_frontini@hotmail.com



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

A obesidade pediátrica é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a pandemia do século XXI (World Health Organization, 2000). Em Portugal, trata-se da condição crónica de saúde (CCS) mais frequente em idade pediátrica (Direcção Geral de Saúde – Divisão das Doenças Genéticas Crónicas e Geriátricas, 2005). Segundo um estudo da OMS, as crianças portuguesas com 11, 13 e 15 anos ocupam respetivamente os 5º, 4º e 6º lugares de um ranking mundial (Currie et al., 2012).

Devido à elevada prevalência da obesidade pediátrica e às graves consequências que pode implicar para a saúde e bem-estar a curto, médio e longo-prazo (Vallis, 2016), tem-se vindo a enfatizar a necessidade de estudos que contribuam para uma melhor compreensão dos seus determinantes e consequências (Rolland-Cachera, 2011). De facto, a obesidade pediátrica tem sido considerada como fator de risco para diversas doenças como a apneia do sono, diabetes, problemas articulares, reumatóides, pulmonares, cardiovasculares (Teixeira & Silva, 2009) e neuropsicológicos, tais como diminuição das funções executivas e problemas de atenção (Liang, Matheson, Kaye, & Boutelle, 2014). Está também associada a um conjunto de consequências psicológicas e sociais negativas, tendo vários estudos mostrado que pode influenciar negativamente a qualidade de vida (QdV) e a saúde mental das crianças/adolescentes (Griffiths, Parsons, & Hill, 2010; Jelalian & Hart, 2009; Wille et al., 2010).

Alguns estudos têm mostrado que crianças/adolescentes com obesidade apresentam pior QdV (Frontini, Moreira, & Canavaro, 2016), mais emoções negativas (Jelalian & Hart, 2009) e problemas psicológicos, tais como problemas emocionais, de comportamento ou hiperatividade (Griffiths et al., 2010), comparativamente às que têm peso saudável (Riazi, Shakoob, Dundas, Eiser, & McKenzie, 2010). Tal pode dever-se a várias dificuldades, como estigmatização por parte dos pares (Stevens, Herbozo, Morrell, Schaefer, & Thompson, 2016), exclusão social e insatisfação com a imagem corporal (Jelalian & Hart, 2009).

Tem-se também verificado que um número considerável de pais de crianças/adolescentes com obesidade reporta maior *distress* psicológico (Zeller, Saelens, Roehrig, Kirk, & Daniels, 2004) e pior QdV do que os pais de crianças/adolescentes com peso saudável (Modi, Guilfoyle, & Zeller, 2009). Num estudo que englobou pais e crianças/adolescentes com várias CCS, Moreira et al. (2013) verificaram que os pais das crianças/adolescentes com obesidade reportavam níveis mais baixos de QdV comparativamente aos pais de crianças/adolescentes saudáveis, com asma e com epilepsia. Concomitantemente, tem-se verificado que o *distress* materno se associa a uma pior QdV das crianças/adolescentes com obesidade (Janicke et al., 2007) e que a presença de psicopatologia nos pais pode contribuir para a manutenção do excesso de peso, em parte através da promoção de ingestão alimentar excessiva (Puder & Munsch, 2010). No entanto, existem ainda poucos estudos que se debrucem sobre o impacto da adaptação parental na adaptação das crianças/adolescentes com excesso de peso e obesidade.

Assim, e dado que a adaptação psicológica dos pais parece desempenhar um papel fundamental na adaptação dos filhos, nomeadamente quando têm uma CCS (Hatzmann, Heymans, Ferrer-i-Carbonell, van Praag, & Groothuis, 2008; Kazak, Rourke, & Navsaria, 2009), tem-se vindo a sublinhar a necessidade de se considerar uma abordagem familiar na análise e avaliação da QdV e da saúde mental das crianças/adolescentes e dos seus pais. Uma abordagem focada na família e com a integração dos pais permitirá aumentar a eficácia das intervenções implementadas pelos profissionais de saúde que têm como objetivo a promoção da perda de peso em crianças/adolescentes (Lochrie et al., 2013). Deste modo, é fundamental avaliar a QdV e a adaptação psicológica destes pais, nomeadamente a sintomatologia depressiva e ansiosa.

Contudo, a investigação na psicologia pediátrica em geral e na obesidade pediátrica em particular, tem sido caracterizada por algumas lacunas. Em primeiro lugar, ao estudarem-se conceitos tão subjetivos como a QdV e a psicopatologia, têm-se privilegiado heterorrelatos de pais ou cuidadores. Apesar de, tradicionalmente, as crianças serem consideradas respondentes pouco fiáveis, existe evidência empírica de que se devem privilegiar os seus autorrelatos (Riley, 2004). Em segundo lugar, a maioria dos estudos inclui apenas crianças/adolescentes com obesidade, excluindo as crianças/adolescentes com excesso de peso, ou avaliando estes dois grupos como um todo. As exigências específicas que cada grupo comporta (e.g., as prescrições médicas tendem a ser mais exigentes na obesidade) e o impacto diferenciado que têm no indivíduo (e.g., a obesidade acarreta mais consequências físicas e psicológicas) reforçam a importância de se avaliarem estes dois grupos separadamente. Por fim, a maioria dos estudos tem considerado as crianças e os adolescentes como um grupo homogéneo no que concerne à fase de desenvolvimento. Dadas as especificidades das tarefas desenvolvimentais da infância e da adolescência, e o facto de estas fases poderem estar associadas a resultados psicológicos diferentes, importa analisá-las separadamente (Holmbeck, Zebracki, & McGoron, 2009).

O presente estudo pretende ultrapassar estas limitações apresentando como objetivos: (1) comparar os níveis de QdV e os problemas psicológicos de crianças/adolescentes com obesidade, excesso de peso e peso saudável, averiguando possíveis diferenças entre crianças e adolescentes; (2) comparar os níveis de QdV, sintomas de depressão e ansiedade de pais de crianças/adolescentes com obesidade, excesso de peso e peso saudável, averiguando possíveis diferenças entre pais de crianças e pais de adolescentes; (3) analisar a relação entre a adaptação dos pais (QdV e sintomas de depressão e ansiedade) e a QdV das crianças e adolescentes com obesidade, averiguando o possível papel mediador dos problemas psicológicos da criança/adolescente, considerando simultaneamente o possível papel moderador da idade das crianças/adolescentes.

Espera-se que as crianças/adolescentes com obesidade e os seus pais reportem uma pior QdV e níveis mais elevados de problemas psicológicos comparativamente aos grupos de excesso de peso e de peso saudável. Tendo em conta as tarefas desenvolvimentais próprias da adolescência, espera-se que os adolescentes e respectivos pais apresentem piores níveis de QdV e de problemas psicológicos. Por fim, espera-se que uma melhor adaptação parental esteja associada a uma melhor QdV das crianças/adolescentes, através de um menor número de problemas psicológicos.

## Método

### Participantes

A amostra foi constituída por 264 díades compostas por uma criança (8-12 anos) ou adolescente (13-18 anos) e um dos pais. Estas díades organizaram-se em 3 grupos, em função do Índice de Massa Corporal (IMC) da criança/adolescente: (1) grupo de “obesidade” ( $n = 107$ ); (2) grupo de “excesso de peso” ( $n = 30$ ); e (3) grupo de “peso saudável” ( $n = 127$ ), com base nas curvas de crescimento do *National Centre for Health and Statistics* adaptadas pela Direção Geral de Saúde (Direção Geral de Saúde – Divisão de Saúde Materna Infantil e dos Adolescentes, 2006) e utilizadas nas consultas onde a amostra foi recrutada. De acordo com as mesmas, a categoria de peso (obesidade pediátrica:  $IMC \geq$  percentil 95; excesso de peso: percentil  $85 \leq IMC <$  percentil 95; peso saudável: percentil  $5 \leq IMC <$  percentil 85) define-se tendo em conta o percentil do IMC calculado através dos valores do peso (Kg) e altura (m), pela fórmula:  $\text{peso}/[\text{altura}]^2$ , e considerando a idade e o género da criança/adolescente.

Foram considerados como critérios de inclusão: (1) idade da criança/adolescente entre os 8 e os 18 anos; (2) capacidade para compreender e responder aos itens dos questionários (informação fornecida pelo médico/nutricionista que acompanhava a criança/adolescente); (3) ausência de patologia mental ou atraso desenvolvimental graves; (4) ausência de síndromes genéticas cuja obesidade resulte das mesmas; (5) crianças/adolescentes do grupo de peso saudável não poderiam ter nenhuma CCS.

## Instrumentos

**Características clínicas e sociodemográficas.** A informação sobre a criança/adolescente (idade, género, peso e altura) e o pai respondente (idade, género, peso, altura, estado civil, escolaridade e rendimento mensal) foi avaliada por uma ficha construída para o efeito, preenchida pelo pai ou mãe. O peso e a altura da criança/adolescente foram reportados pelo nutricionista nos grupos de obesidade e excesso de peso e pelos pais no grupo de peso normal.

**Qualidade de vida das crianças/adolescentes.** Utilizou-se a versão portuguesa de autorrelato do KIDSCREEN-10 (Gaspar & Matos, 2008; Ravens-Sieberer et al., 2010) para avaliar a QdV das crianças/adolescentes. É constituído por 10 itens (e.g., “Sentiste-te triste?”), respondidos numa escala de Likert de cinco pontos desde 1 (*nada; nunca*) a 5 (*totalmente; sempre*), sobre a última semana. Quanto mais elevada a pontuação total, melhor a perceção de QdV. No presente estudo, o alpha de Cronbach variou entre .67 (grupo obesidade) e .78 (grupo peso saudável).

**Problemas psicológicos das crianças/adolescentes.** Foi utilizado o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ; Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2005; Goodman, 1997) para avaliar os problemas psicológicos das crianças/adolescentes. Este instrumento de autorresposta permite obter um índice geral de “dificuldades”, constituído por 20 itens (e.g., “Preocupo-me muito”), respondidos numa escala de Likert de três pontos, desde 0 (*não é verdade*) a 2 (*é muito verdade*), tendo como referência temporal os últimos seis meses. Resultados mais elevados indicam a presença de mais problemas psicológicos. Os valores do alpha de Cronbach variaram neste estudo entre .69 (grupo peso saudável) e .76 (grupo excesso de peso).

**Qualidade de vida dos pais.** A QdV dos pais foi avaliada através do EUROHIS-QOL-8 (Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011; Power, 2003). Este instrumento permite obter um índice global de QdV e é constituído por 8 itens (e.g., “Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?”), respondidos numa escala de Likert de cinco pontos, desde 1 (*muito insatisfeito/ nada*) a 5 (*muito satisfeito/ completamente*), tendo em conta as duas últimas semanas. Pontuações mais elevadas correspondem a uma melhor perceção de QdV. No presente estudo, o valor de consistência interna variou entre .73 (grupo excesso de peso) e .85 (grupo peso saudável).

**Sintomas de ansiedade e depressão dos pais.** Para avaliar a presença de sintomas de ansiedade e depressão nos pais utilizou-se a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH; Pais-Ribeiro et al., 2007; Zigmond & Snaith, 1983). Este instrumento é constituído por duas subescalas (ansiedade e depressão), compostas por 7 itens cada (e.g., “Sinto-me tenso(a) ou nervoso(a)”), nos quais o indivíduo deverá posicionar-se numa escala ordinal de quatro pontos. Os valores de consistência interna variaram entre .72 (grupo peso saudável – subescala depressão) e .83 (grupo obesidade – subescala ansiedade).

## Procedimentos

O grupo de excesso de peso e obesidade foi recrutado nas consultas de nutrição dos serviços de pediatria de dois hospitais públicos da região centro de Portugal, após a aprovação das Comissões de Ética e Conselhos de Administração, entre Fevereiro de 2012 e Dezembro de 2014. As consultas tinham como objetivo o controlo de peso pela prescrição de dieta, atividade física e modificação de comportamentos e hábitos alimentares. As crianças/adolescentes que preenchessem os critérios de inclusão eram identificadas pelo médico/nutricionista e encaminhadas para o investigador, mediante o acordo dos pais e da criança, que explicava os objetivos e os procedimentos do estudo. Após a obtenção do consentimento informado dos pais e dos adolescentes com mais de 14 anos, e do assentimento verbal das crianças/adolescentes com menos de 14 anos, estes preenchiam os protocolos de avaliação. O investigador estava presente para prestar esclarecimentos caso necessário, evitando a troca de informações entre os participantes. Quando os pais ou as crianças/adolescentes não tinham disponibilidade para preencher os questionários no hospital, era-lhes solicitado que os levassem num envelope selado e os devolvessem pelo correio.

O grupo de peso saudável foi recolhido num agrupamento de escolas do primeiro ciclo ao ensino secundário público. Professores de várias turmas foram contactados e informados acerca dos objetivos do estudo e solicitou-se a sua colaboração. Os professores entregaram às crianças/adolescentes uma carta dirigida aos pais com os objetivos e procedimentos do estudo e o consentimento informado. Foi entregue aos pais que, assinaram o consentimento informado, um envelope com os questionários, solicitando-se a sua devolução dentro de uma semana. Esclareceu-se que os pais poderiam ajudar os filhos na compreensão dos itens, mas não poderiam influenciar as suas respostas.

## Análises Estatísticas

Os dados foram analisados estatisticamente com recurso à versão 20.0 do SPSS (IBM SPSS, Chicago, IL). Foram calculadas as estatísticas descritivas para os dados clínicos e sociodemográficos. Para comparar os três grupos de estudo relativamente a estas características, usaram-se testes de qui-quadrado e ANOVAs. Foram selecionadas como covariáveis nas análises comparativas, as variáveis clínicas e sociodemográficas cujas diferenças entre os grupos foram estatisticamente significativas, com exceção do IMC da criança/adolescente e dos pais, por caracterizarem o próprio grupo.

Os efeitos principais do grupo de peso e da faixa etária (crianças; adolescentes), e a sua interação (tipo de grupo x faixa etária) foram avaliados através de ANOVAS (QdV e problemas psicológicos das crianças/adolescentes), ANCOVAS (QdV dos pais) e MANCOVAS (sintomas de ansiedade e depressão dos pais). No caso da MANCOVA, quando se encontrou um efeito multivariado realizaram-se ANCOVAS (uma para cada variável dependente). Os testes *post-hoc* Bonferroni foram utilizados quando o efeito das ANOVAS ou ANCOVAS foi significativo, para detetar entre que grupos se encontravam as diferenças e qual a direção das mesmas. O eta quadrado parcial ( $\eta_p^2$ ) foi usado como medida da magnitude do efeito.

O efeito mediador dos problemas psicológicos das crianças/adolescentes na associação entre a adaptação psicossocial dos pais e a QdV das crianças/adolescentes foi testado através da análise de três modelos de mediação moderada, um para cada indicador de adaptação parental (QdV, sintomas de ansiedade e sintomas de depressão). Testou-se também se estas relações eram moderadas pela idade das crianças/adolescentes. Estas análises foram efetuadas com recurso ao PROCESS (Hayes, 2013). Inicialmente foram testados modelos de mediação nos quais todas as trajetórias entre as variáveis eram moderadas pela idade da criança/adolescente, ou seja, a traje-

tória entre a variável independente e o mediador (*path a*), a trajetória entre o mediador e a variável dependente, controlando o efeito da variável independente (*path b*) e o efeito direto da variável independente na variável dependente, controlando o efeito do mediador (*path c'*). Todas as variáveis usadas na construção dos produtos de interação foram centradas para facilitar a interpretação dos coeficientes de regressão. Em cada modelo testaram-se, assim, três interações (idade x variável dependente na *path a* e *path c'*; idade x mediador na *path b*). Na ausência de interações significativas entre o moderador e uma das variáveis, as análises eram repetidas mantendo-se apenas as interações previamente significativas. Os efeitos indiretos condicionais ( $a*b$ ) foram estimados para a média, um desvio-padrão acima e um desvio-padrão abaixo da média da idade da criança/adolescente, utilizando o procedimento *bootstrapping* (10 000 amostras). Este procedimento cria intervalos de confiança a 95%, considerando-se que um efeito indireto é significativo quando o zero não está incluído. As interações significativas foram exploradas através de análises de moderação simples, considerando-se três níveis de idade (média, um desvio-padrão acima e um desvio-padrão abaixo da média).

## Resultados

### Características Clínicas e Sociodemográficas

A [Tabela 1](#) apresenta as características clínicas e sociodemográficas dos grupos. Verificou-se que os três grupos são homogêneos no que concerne à idade e gênero da criança/adolescente, e à idade, estado civil e rendimento dos pais. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas no IMC, categoria de peso, gênero e escolaridade dos pais. Especificamente, os pais das crianças/adolescentes com obesidade e excesso de peso apresentaram um IMC superior ao dos pais das crianças/adolescentes de peso saudável, e a proporção de homens e mulheres e de níveis de escolaridade variou significativamente entre os grupos.

### Adaptação Psicossocial dos Pais e das Crianças/adolescentes: Comparação entre os Grupos

A [Tabela 2](#) apresenta as estatísticas descritivas e os resultados dos testes de comparação da QdV e dos problemas psicológicos das crianças/adolescentes e dos seus pais, em função do grupo e faixa etária. Tendo-se encontrado diferenças significativas entre os grupos no gênero (0 = masculino; 1 = feminino) e escolaridade dos pais (0 = ≤ 12º ano; 1 = ≥ ensino superior), estas variáveis foram introduzidas como covariáveis nas análises relativas à QdV e aos sintomas de ansiedade e depressão dos pais, para se controlar o seu efeito. Encontrou-se um efeito principal do grupo em todas as variáveis em estudo e um efeito principal da idade apenas na QdV das crianças/adolescentes. Nenhuma interação entre o grupo e a faixa etária foi estatisticamente significativa.

Relativamente à QdV das crianças/adolescentes, verificou-se uma diferença significativa entre os grupos de peso e da faixa etária. Os testes *post-hoc* evidenciaram que as crianças/adolescentes com obesidade reportaram níveis de QdV significativamente mais baixos, comparativamente ao grupo de peso saudável; e que as crianças reportaram melhor QdV do que os adolescentes, independentemente do grupo de peso.

Tabela 1

*Características Clínicas e Sociodemográficas da Amostra*

	(1) Peso saudável <i>n</i> = 127	(2) Excesso de peso <i>n</i> = 30	(3) Obesidade <i>n</i> = 107	<i>F</i>   $\chi^2$ ( <i>p</i> )	Post-Hoc
<b>Criança/Adolescente</b>					
Idade (anos) <sup>a</sup>	12.17 (3.24); 8-18	13.27 (2.23); 10-18	12.76 (2.56); 8-18	2.29 (.103)	
IMC <sup>a</sup>	18.21 (2.56); 12.24-24.46	23.92 (2.55); 19.44-30.86	29.53 (4.42); 21.03-40.56	315.40 (.001)	
<b>Género<sup>b</sup></b>				2.13 (.345)	
Masculino	50 (39.4)	15 (50.0)	51 (47.7)		
Feminino	77 (60.6)	15 (50.0)	56 (52.3)		
<b>Pais</b>					
Idade (anos) <sup>a</sup>	41.75 (5.44); 30-56	43.21 (4.30); 36-55	41.10 (4.83); 30-54	2.01 (.137)	
IMC <sup>a</sup>	24.23 (3.03); 17.58-35.03	27.89 (5.67); 19.36-44.53	29.69 (5.73); 19.11-48.07	38.39 (.001)	1 < 2, 1 < 3
<b>Género<sup>b</sup></b>				14.16 (.001)	
Masculino	1 (0.8)	5 (16.7)	10 (9.3)		
Feminino	126 (99.2)	25 (83.3)	97 (90.7)		
<b>Estado civil<sup>b</sup></b>				11.42 (.076)	
Solteiro	2 (1.6)	0 (0.0)	4 (3.4)		
Casado/União de facto	114 (89.8)	26 (86.7)	83 (77.6)		
Separado/Divorciado	11 (8.7)	3 (10)	14 (13.1)		
Viúvo	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (4.7)		
Informação em falta	0 (0.0)	1 (3.3)	1 (0.9)		
<b>Escolaridade<sup>b</sup></b>				12.33 (.002)	
≤ 12º ano	92 (35.4)	23 (8.8)	97 (37.3)		
≥ Ensino superior	33 (12.7)	6 (2.3)	9 (3.5)		
Informação em falta	2 (1.6)	1 (3.3)	1 (0.9)		
<b>Rendimento mensal do agregado familiar<sup>b</sup></b>				11.86 (.065)	
< 800€	46 (36.2)	6 (20)	51 (47.7)		
800€-2000€	56 (44.1)	16 (53.3)	45 (43.7)		
2000€-3500€	19 (15.0)	4 (13.3)	6 (5.6)		
>3500€	3 (2.4)	0 (0.0)	1 (0.9)		
Informação em falta	3 (2.4)	4 (13.3)	4 (3.7)		
<b>Categoria de peso<sup>b</sup></b>				68.37 (<.001)	
Normal	77 (60.6)	8 (26.7)	19 (17.8)		
Excesso de peso	40 (31.5)	9 (30.0)	28 (26.2)		
Obesidade	4 (3.1)	9 (30.0)	44 (41.1)		
Informação em falta	6 (4.7)	4 (13.3)	16 (15.0)		

<sup>a</sup>Valores para (1) - (3) = Média (*DP*); amplitude. Teste estatístico = *F*. <sup>b</sup>Valores para (1) - (3) = *n* (%). Teste estatístico =  $\chi^2$ .

Tabela 2

QdV e Problemas Psicológicos: Comparações entre os Grupos

Variáveis	(1) Peso saudável <i>n</i> = 127			(2) Excesso de Peso <i>n</i> = 30			(3) Obesidade <i>n</i> = 107			Efeito da interação									
	Criança		Adolescente	Criança		Adolescente	Criança		Adolescente	Efeito da faixa etária		Efeito do grupo							
	<i>n</i> = 67	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>n</i> = 60	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>n</i> = 12	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>n</i> = 18	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>n</i> = 53	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>n</i> = 54	<i>F</i>	$\eta^2_p$	<i>F</i>	$\eta^2_p$	<i>F</i>	$\eta^2_p$	Post-Hoc	
<b>Crianças Adolescentes</b>																			
QdV	84.11 (11.22)	73.67 (12.41)	80.63 (9.61)	75.42 (13.59)	75.43 (11.23)	70.51 (13.22)	70.51 (13.22)	70.51 (13.22)	70.51 (13.22)	70.51 (13.22)	70.51 (13.22)	7.31***	0.05	14.04***	0.05	1.69	0.01	1 > 3	
Problemas psicológicos	0.54 (0.30)	0.46 (0.28)	0.53 (0.31)	0.62 (0.33)	0.61 (0.27)	0.65 (0.31)	0.65 (0.31)	0.65 (0.31)	0.65 (0.31)	0.65 (0.31)	0.65 (0.31)	5.76**	0.04	0.14	0.00	1.93	0.02	1 < 3	
<b>Pais</b>																			
QdV	70.36 (13.48)	69.07 (13.06)	68.47 (6.32)	59.72 (13.21)	60.67 (14.92)	60.08 (12.43)	60.08 (12.43)	60.08 (12.43)	60.08 (12.43)	60.08 (12.43)	60.08 (12.43)	12.37***	0.09	2.49	0.01	0.94	0.01	1 > 3	
Sintomas de Ansiedade	7.23 (3.27)	7.88 (3.29)	6.64 (2.42)	6.83 (4.48)	9.76 (4.56)	9.47 (3.64)	9.47 (3.64)	9.47 (3.64)	9.47 (3.64)	9.47 (3.64)	9.47 (3.64)	9.81**	0.07	0.01	0.00	0.35	0.00	3 < 1, 3 < 2	
Sintomas de Depressão	4.29 (2.71)	5.58 (3.90)	4.55 (2.25)	6.06 (4.11)	6.43 (4.19)	6.79 (3.84)	6.79 (3.84)	6.79 (3.84)	6.79 (3.84)	6.79 (3.84)	6.79 (3.84)	5.10**	0.04	2.59	0.01	0.37	0.00	3 < 1	

\**p* < .05. \*\**p* < .01. \*\*\**p* < .001.

Relativamente aos problemas psicológicos das crianças/adolescentes, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Os testes *post-hoc* evidenciaram que as crianças/adolescentes com obesidade reportaram níveis mais elevados de problemas psicológicos do que as crianças/adolescentes com peso saudável.

Quanto à QdV dos pais, encontraram-se diferenças no tipo de grupo, verificando-se que os pais das crianças/adolescentes com obesidade apresentaram pior QdV do que os pais das crianças/adolescentes com peso saudável.

Nos sintomas de depressão e ansiedade dos pais, verificou-se um efeito multivariado do grupo (Pillai's trace = 0.08,  $F(4, 504) = 5.39$ ,  $p = .001$ ,  $\eta^2_p = .04$ ), mas não da faixa etária (Pillai's trace = 0.02,  $F(2, 251) = 2.09$ ,  $p = .126$ ,  $\eta^2_p = .02$ ), nem da interação entre o grupo e a faixa etária (Pillai's trace = 0.00,  $F(4, 504) = 0.28$ ,  $p = .892$ ,  $\eta^2_p = 0.00$ ). As análises univariadas subsequentes evidenciaram diferenças significativas entre os grupos nos sintomas de ansiedade dos pais, tendo as análises *post-hoc* mostrado que os pais das crianças/adolescentes com obesidade apresentaram níveis superiores de sintomas de ansiedade, comparativamente aos pais das crianças/adolescentes com excesso de peso e peso saudável. Relativamente aos sintomas de depressão, encontraram-se também diferenças entre os grupos, tendo o grupo de pais das crianças/adolescentes com obesidade apresentado níveis mais elevados de sintomas de depressão comparativamente aos pais das crianças/adolescentes com peso saudável.

## Relação entre a Adaptação Parental e a QdV das Crianças e Adolescentes com Obesidade

Inicialmente, três modelos de mediação moderada foram estimados, um para cada indicador de adaptação parental (QdV, sintomas de ansiedade e sintomas de depressão). No modelo da QdV, verificou-se a ausência de interações significativas entre a idade e a QdV dos pais na *path a* ( $b = -0.00$ ,  $SE = 0.00$ ,  $p = .398$ ), entre a idade e os problemas psicológicos das crianças na *path b* ( $b = -2.53$ ,  $SE = 1.30$ ,  $p = .054$ ), e entre a idade e QdV dos pais na *path c'* ( $b = -0.01$ ,  $SE = 0.03$ ,  $p = .770$ ). Deste modo, excluiu-se a idade do modelo e estimou-se um modelo de mediação simples, no qual se verificou a inexistência tanto de um efeito direto ( $b = 0.05$ ,  $SE = 0.08$ ,  $p = .519$ , 95% IC [-0.11; 0.21]), como indireto ( $b = 0.06$ ,  $SE = 0.04$ , 95% IC [-0.02; 0.17]) da QdV dos pais na QdV das crianças/adolescentes.

Do mesmo modo, no modelo dos sintomas de depressão, verificou-se a ausência de interações significativas entre a idade e a depressão na *path a* ( $b = 0.00$ ,  $SE = 0.00$ ,  $p = .835$ ), entre a idade e os problemas psicológicos da criança na *path b* ( $b = -2.30$ ,  $SE = 1.30$ ,  $p = .080$ ) e entre a idade e a depressão na *path c'* ( $b = -0.08$ ,  $SE = 0.12$ ,  $p = .482$ ). Como tal, as interações foram excluídas, estimando-se um modelo de mediação simples, no qual tanto o efeito direto ( $b = -0.16$ ,  $SE = 0.27$ ,  $p = .561$ , 95% IC [-0.69; 0.38]), como indireto ( $b = -0.03$ ,  $SE = 0.15$ , 95% IC [-0.35; 0.24]) não foram significativos.

Por fim, no modelo dos sintomas de ansiedade verificou-se uma interação significativa entre a idade e a ansiedade na *path a* ( $b = -0.01$ ,  $SE = 0.00$ ,  $p = .031$ ). As interações entre a idade e os problemas psicológicos na *path b* ( $b = -2.44$ ,  $SE = 1.40$ ,  $p = .084$ ) e entre a idade e a ansiedade na *path c'* ( $b = 0.02$ ,  $SE = 0.11$ ,  $p = .837$ ) foram excluídas do modelo por não serem significativas. No modelo final, apenas moderado pela idade na *path a* (ver Figura 1), observou-se que a associação entre a ansiedade dos pais e a QdV das crianças/adolescentes não era direta ( $b = -0.27$ ,  $SE = 0.26$ ,  $p = .308$ , 95% IC [-0.79; 0.25]), mas mediada pelos problemas psicológicos dos adolescentes, a partir dos 12.76 anos (10.20 anos:  $a*b = -0.06$ ,  $SE = 0.18$ , 95% IC [-0.45; 0.32]; 12.76 anos:  $a*b = -0.34$ ,  $SE = 0.16$ , 95% IC [-0.72; -0.08]; 15.32 anos:  $a*b = -0.62$ ,  $SE = 0.24$ , 95% IC [-1.18; -0.21]).

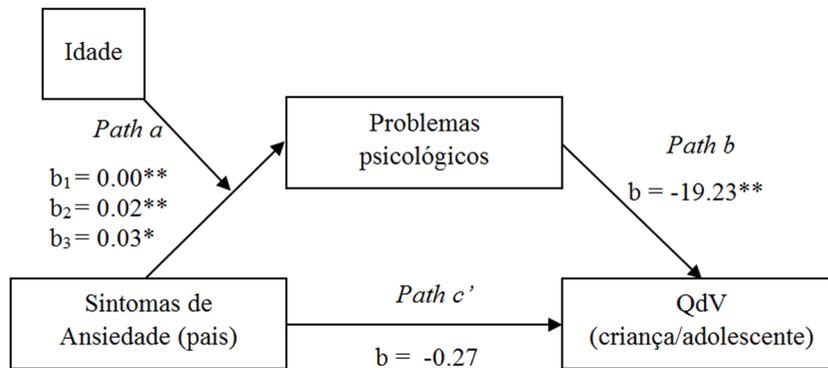


Figura 1. O papel moderador da idade e o papel mediador dos problemas psicológicos dos filhos na relação entre sintomas de ansiedade dos pais e a QdV das crianças/adolescentes.

Nota. Os três valores que se encontram na *path a* correspondem aos valores de *b* do efeito dos sintomas de ansiedade dos pais nos problemas psicológicos nos três níveis de idade das crianças ( $b_1$ ,  $b_2$ , e  $b_3$  correspondem a 10.20, 12.76, e 15.32 anos, respetivamente).

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

Para melhor se compreender a interação significativa entre a idade e os sintomas de ansiedade dos pais encontrada na *path a*, ou seja, o papel moderador da idade na relação entre os sintomas de ansiedade dos pais e os problemas psicológicos das crianças/adolescentes, procedeu-se a uma análise de moderação. Esta análise evidenciou que a relação entre os sintomas de ansiedade dos pais e os problemas psicológicos das crianças apenas é significativa a partir dos 12.76 anos de idade (Tabela 3). A Figura 2 permite observar graficamente o efeito moderador descrito.

Tabela 3

O Papel Moderador da Idade da Criança/Adolescente na Relação entre os Sintomas de Ansiedade nos Pais e os Problemas Psicológicos das Crianças/Adolescentes

Variáveis	Problemas Psicológicos			
	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedade (X)	0.02	0.01	2.69	.008
Idade da criança (M)	0.00	0.01	0.26	.793
Ansiedade x Idade da criança (XM)	0.01	0.00	2.18	.031
$R^2 = 0.10$ ; $F(3, 103) = 3.67$ , $p = .015$				
Interação $\Delta R^2 = 0.04$ ; $F(1, 103) = 4.76$ , $p = .031$				
Efeito moderador da idade na relação entre X e Y				
	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
10.20 anos	0.00	0.01	0.36	.721
12.76 anos	0.02	0.01	2.69	.008
15.32 anos	0.03	0.01	3.24	.002

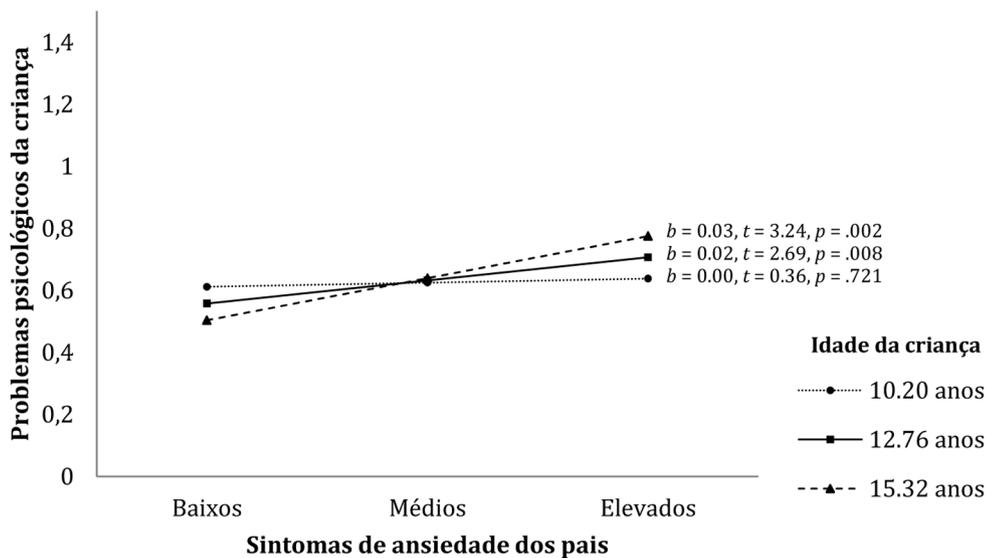


Figura 2. Efeito condicional dos sintomas de ansiedade dos pais nos problemas psicológicos das crianças/adolescentes aos 10.20 anos, 12.76 anos, e 15.32 anos de idade.

## Discussão

Os resultados encontrados evidenciaram que as crianças/adolescentes com obesidade, bem como os seus pais, apresentaram piores resultados psicossociais do que as crianças/adolescentes com excesso de peso ou peso saudável e respetivos pais. Paralelamente, observou-se que os sintomas ansiosos dos pais estão relacionados com a QdV dos filhos através dos problemas psicológicos destes, apenas a partir dos 13 anos de idade.

Corroborando as hipóteses estabelecidas e os resultados que têm sido encontrados na literatura (e.g., Direcção Geral de Saúde – Divisão de Saúde Materna Infantil e dos Adolescentes, 2006; Griffiths et al., 2010; Wille et al., 2010; Zeller & Modi, 2006, 2008), verificou-se que as crianças/adolescentes com obesidade reportaram pior QdV e níveis mais elevados de problemas psicológicos em comparação com as crianças/adolescentes com peso normal. Estes resultados poderão estar relacionados com uma maior insatisfação com a imagem corporal (Jelalian & Hart, 2009), bem como com a vitimização e a exclusão social que frequentemente experienciam (Griffiths et al., 2010; Hayden-Wade et al., 2005). Também as consequências físicas decorrentes do excesso de peso corporal, tais como a fadiga, problemas musculares, ou a presença de outras CCS comórbidas (Kistler et al., 2010), poderão ter um impacto significativo nos níveis de adaptação psicossocial destes jovens. É importante notar que a literatura tem demonstrado que a relação entre o excesso de peso/obesidade e a adaptação psicossocial tende a efetuar-se de forma recíproca (Frankel, Sinton, & Wilfley, 2007; Luppino et al., 2010; Puder & Munsch, 2010). Assim, se por um lado, a presença de obesidade pode levar a problemas psicossociais, por outro lado, o *distress* psicológico clinicamente significativo pode também promover o ganho de peso (Puder & Munsch, 2010). De facto, a potencial associação entre alguns problemas psicopatológicos (e.g., depressão) e a presença de obesidade tem sido sistematicamente examinada na literatura (Luppino et al., 2010). Será, contudo, necessário que se desenvolvam modelos que permitam compreender os efeitos recíprocos, por exemplo, entre a QdV das crianças/adolescentes e dos seus pais e a manutenção da obesidade (Modi et al., 2009).

Relativamente ao efeito da idade verificou-se, como esperado, que os adolescentes apresentaram níveis mais baixos de QdV comparativamente às crianças, independentemente do seu peso. As alterações físicas e psicossociais normativas da adolescência, a crescente preocupação com a opinião e aceitação dos pares, e a maior procura de autonomização relativamente aos pais (Erikson, 1982; Ricciardelli & McCabe, 2011) podem estar na origem destes resultados. Deste modo, as tarefas desenvolvimentais podem conduzir a diferenças etárias na QdV no sentido de um pior ajustamento psicossocial nos adolescentes (Currie et al., 2012; Moreira et al., 2013). Por outro lado, os adolescentes tendem a consumir alimentos mais calóricos nesta fase desenvolvimental (Thompson et al., 2004), o que também poderá estar associado a uma pior QdV.

De acordo com o esperado e com os resultados que têm sido encontrados (e.g. Modi et al., 2009; Moreira et al., 2013; Zeller et al., 2004; Zeller et al., 2007), os pais das crianças/adolescentes com obesidade reportaram uma pior QdV e níveis mais elevados de sintomas de depressão comparativamente aos pais das crianças com peso saudável, e de sintomas de ansiedade comparativamente aos pais das crianças/adolescentes com peso saudável e com excesso de peso. Cuidar de uma criança/adolescente com obesidade poderá ser particularmente desafiante para os pais, uma vez que estes têm a seu cargo tarefas que acrescem às responsabilidades parentais normativas. Por exemplo, as idas às consultas ou as alterações dos hábitos alimentares impostas pelas dietas prescritas podem constituir motivos de ansiedade acrescida para estes pais (Zeller et al., 2007). Neste estudo verificou-se que a maioria dos pais das crianças/adolescentes com obesidade apresentava também excesso de peso (26.2%) e obesidade (41.1%). Este resultado é consistente com a literatura, dado que vários estudos têm mostrado que um número considerável de pais de crianças/adolescentes com obesidade apresenta também problemas de peso, o que poderá explicar os piores resultados de adaptação que estes apresentam (Modi et al., 2009). Efetivamente, estes pais poderão confrontar-se com um conjunto de dificuldades de natureza psicológica e física que poderá ter um impacto significativo na sua adaptação psicossocial. Por exemplo, maior insatisfação com a imagem corporal, estigmatização por parte dos outros, níveis elevados de vergonha são encontrados frequentemente e podem ter um importante impacto na sua saúde mental e QdV (Latner, Durso, & Mond, 2013; Teixeira & Silva, 2009). Para além disso, esta CCS tende a associar-se a uma série de problemas físicos (e.g., fadiga, problemas ósseos, articulares, respiratórios e musculares), que poderão ajudar a explicar os níveis mais baixos de QdV destes pais.

Tal como esperado, verificou-se que mais sintomas de ansiedade nos pais estão associados a uma pior QdV nos adolescentes com obesidade com mais de 13 anos, através dos seus problemas psicológicos. De facto, uma pior adaptação parental pode gerar um ambiente familiar menos coeso e mais conflituoso que, conseqüentemente, poderá conduzir ao desenvolvimento de problemas de adaptação nestes adolescentes e, como tal, à sua pior QdV. Adicionalmente, a relação pais-filho sofre uma transformação nesta altura desenvolvimental e é esperado que possa haver um aumento do stress parental (Moreira et al., 2013). Este resultado é concordante com a literatura que aponta para o stress materno (por exemplo) como um importante correlato na obesidade pediátrica e um preditor de mau ajustamento psicológico das crianças/adolescentes (Zeller et al., 2004). Contudo, importa referir que outros fatores poderão explicar esta relação, tal como a adoção de hábitos alimentares e físicos menos saudáveis ou o menor tempo despendido em refeições em família (Zeller & Modi, 2008), com o conseqüente aumento de peso nos diferentes elementos (Jelalian & Hart, 2009), que pode ocorrer quando os pais apresentam mais ansiedade ou uma pior adaptação psicológica em geral. Estes resultados, ainda que preliminares, parecem sugerir a existência de um “ambiente obesogénico” (i.e., ambiente familiar que promove o ganho de peso contribuindo para o aparecimento e manutenção da obesidade) no qual estas crianças/adolescentes muitas vezes crescem (Lochrie et al., 2013; Zeller et al., 2007). São resultados que se revestem de importância, especialmente

tendo em conta que o ambiente familiar partilhado pelos diversos membros é fulcral nos comportamentos e hábitos alimentares das crianças/adolescentes (Jelalian & Hart, 2009). No modelo de mediação apresentado, os problemas psicológicos dos adolescentes mediaram a relação entre os sintomas de ansiedade dos pais e a QdV dos adolescentes. Estudos futuros poderão tentar compreender se esta relação se processa apenas neste sentido ou se a relação entre os problemas psicológicos dos adolescentes e a QdV dos mesmos é mediada pelos sintomas de ansiedade dos pais. Estudos longitudinais poderão ser importantes no esclarecimento destas questões. Sugere-se que investigações futuras procurem compreender se esta pior adaptação psicossocial das crianças/adolescentes e dos seus pais está associada à atividade física e ao desempenho cognitivo/escolar das crianças/adolescentes com obesidade.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, trata-se de um estudo transversal, não permitindo inferências de causalidade (e.g., a presença de obesidade pode originar problemas psicológicos, mas os problemas psicológicos podem, igualmente, conduzir ao aumento de peso). Em segundo lugar, o método de recolha da amostra (por conveniência, apenas numa região de Portugal) não garante a representatividade da mesma e a generalização dos resultados. Em terceiro lugar, ao dividirmos a amostra em crianças e adolescentes, o grupo de excesso de peso ficou reduzido. Em estudos futuros, deve-se procurar aumentar o tamanho deste grupo. Este poderá ter sido um dos motivos pelos quais não se observaram diferenças significativas entre este grupo e os restantes nas variáveis analisadas. Em quarto lugar, a informação sobre o peso e a altura do grupo de crianças/adolescentes com peso normal foi reportada pelos pais, enquanto nos grupos de obesidade e excesso de peso foi reportado pelo nutricionista. O preenchimento dos dados pelos pais pode diminuir a probabilidade de respostas mais precisas. Por fim, e apesar das investigações na área da psicologia pediátrica frequentemente apresentarem uma grande disparidade na participação de mães e pais (i.e., as mães tendem a participar em maior número), seria importante aumentar o número de pais e avaliar possíveis diferenças de género.

Apesar destas limitações, o presente estudo representa um contributo significativo para a investigação e a prática clínica nesta área, permitindo colmatar importantes limitações na literatura. Por exemplo, ao utilizarem-se autorrelatos das crianças/adolescentes foi possível ter-se acesso à visão subjetiva e pessoal da criança acerca dos seus próprios problemas e da sua vida. Adicionalmente, tomou-se em consideração o facto de a infância e a adolescência serem etapas desenvolvimentais distintas, ao avaliar-se o efeito da idade das crianças/adolescentes nas análises realizadas. Por fim, as crianças/adolescentes com excesso de peso e com obesidade foram considerados em grupos independentes, ao invés de serem englobados na mesma categoria.

Relativamente às implicações para a prática clínica, os resultados deste estudo sugerem que a adaptação psicossocial das crianças/adolescentes com obesidade deve ser alvo de atenção, avaliação e intervenção por parte dos profissionais de saúde. A melhoria destes resultados de adaptação reveste-se de particular importância, na medida em que a investigação tem mostrado que o ajustamento psicossocial destas crianças e adolescentes é crucial para uma boa adesão ao tratamento (La Greca & Mackey, 2009) e, conseqüentemente, para a obtenção de bons resultados terapêuticos, tais como a perda de peso saudável (Lochrie et al., 2013). Os resultados deste estudo mostraram também que, se por um lado é fundamental intervir diretamente com estas crianças/adolescentes, por outro lado, é igualmente importante adotar uma abordagem familiar no tratamento destes jovens. A avaliação da adaptação psicológica dos pais e a intervenção, quando necessária, são particularmente importantes no contexto da obesidade pediátrica, dado que, para além de ser frequente estes pais apresentarem também dificuldades, o seu funcionamento psicológico (particularmente os sintomas de ansiedade) parece influenciar o funcionamento psicológico da criança/adolescente. A promoção da QdV e da saúde mental dos pais poderá in-

fluenciar positivamente a adoção de hábitos alimentares e estilos de vida mais saudáveis em toda a família. Sendo os pais os principais responsáveis pela alteração dos hábitos alimentares e físicos da criança/adolescente (Karp et al., 2014), e estando um bom funcionamento psicológico associado a uma maior disponibilidade para adotar estilos de vida mais saudáveis (Jelalian & Hart, 2009; Teixeira & Silva, 2009), parece então ser fundamental a promoção da QdV e saúde mental dos pais destes jovens.

Em suma, este estudo permite caracterizar esta população no que concerne a questões psicossociais possivelmente associadas à obesidade pediátrica, tanto nas crianças/adolescentes como nos seus pais, e reforça a importância de uma avaliação e intervenção ecológicas e multidisciplinares. Ter em conta a adaptação psicossocial destas crianças/adolescentes e dos seus pais sempre que estas realizem algum tratamento médico com vista à perda de peso, e focar o tratamento em ambos afigura-se fundamental. Estas recomendações são também preconizadas pelo Grupo de Estudos sobre a Família, da Associação Americana de Pediatria (Schor & American Academy of Pediatrics Task Force on the Family, 2003), que perspetiva a família e os pais como um elemento central na vida e nos cuidados de saúde da criança/adolescente, e considera o bem-estar físico e emocional dos pais como um fator essencial na compreensão do bem-estar e da saúde dos filhos. Assim, e de acordo com as recomendações deste grupo, consideramos que os profissionais de saúde que trabalham com estas famílias devem adotar uma perspetiva orientada para a família que se traduza na triagem, avaliação e encaminhamento das crianças/adolescentes e dos pais que apresentem dificuldades psicossociais que possam comprometer o bem-estar dos seus filhos.

## Financiamento

Este estudo foi realizado com o apoio de uma bolsa de doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia da primeira autora [SFRH/BD/86063/2012].

## Conflito de Interesses

Os autores do artigo declaram que não há conflitos de interesses.

## Agradecimentos

Os autores agradecem ao Dr. Sérgio Cunha Velho do Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar de Coimbra (CHC), à Dr.ª Ana Carvalhas do Centro de Saúde de Eiras e ao Dr. Pascoal Moleiro do Hospital de Santo André - Centro Hospitalar de Leiria, pelo apoio na recolha de amostra.

## Referências

- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., ... Barnekow, V. (Eds.). (2012). *Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey* (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6). Retrieved from WHO website: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf)
- Direcção Geral de Saúde – Divisão das Doenças Genéticas Crónicas e Geriátricas. (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisbon, Portugal: Direcção Geral de Saúde.

- Direcção Geral de Saúde – Divisão de Saúde Materna Infantil e dos Adolescentes. (2006). *Consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil: Atualização das curvas de crescimento*. Lisbon, Portugal: Direcção Geral de Saúde.
- Erikson, E. (1982). *The life cycle completed*. New York, NY, USA: Norton.
- Fleittlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2005). Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ-Por) [Strengths and Difficulties Questionnaire – Portuguese version]. Retrieved from <http://www.sdqinfo.org>
- Frankel, F., Sinton, M., & Wilfley, D. (2007). Social skills training and the treatment of pediatric overweight. In W. T. O'Donohue, B. A. Moore, & B. J. Scott (Eds.), *Handbook of pediatric and adolescent obesity treatment* (pp. 105-115). New York, NY, USA: Routledge.
- Frontini, R., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2016). Parenting stress and quality of life in pediatric obesity: The mediating role of parenting styles. *Journal of Child and Family Studies*, 25(3), 1011-1023. doi:10.1007/s10826-015-0279-3
- Gaspar, T., & Matos, M. G. (Eds.). (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes: Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52*. Cruz Quebrada, Portugal: Aventura Social e Saúde.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 38, 581-586. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Griffiths, L. J., Parsons, T. J., & Hill, A. J. (2010). Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5(4), 282-304. doi:10.3109/17477160903473697
- Hatzmann, J., Heymans, H. S. A., Ferrer-i-Carbonell, A., van Praag, B. M. S., & Grootenhuis, M. A. (2008). Hidden consequences of success in pediatrics: Parental health-related quality of life – Results from the Care Project. *Pediatrics*, 122, e1030-e1038. doi:10.1542/peds.2008-0582
- Hayden-Wade, H. A., Stein, R. I., Ghaderi, A., Saelens, B. E., Zabinski, M. F., & Wilfley, D. E. (2005). Prevalence, characteristics, and correlates of teasing experiences among overweight children vs. non-overweight peers. *Obesity Research*, 13(8), 1381-1392. doi:10.1038/oby.2005.167
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York, NY, USA: The Guilford Press.
- Holmbeck, G. N., Zebracki, K., & McGoron, K. (2009). Research design and statistical applications. In M. C. Roberts & R. G. Steele (Eds.), *Handbook of pediatric psychology* (pp. 53-70). New York, NY, USA: The Guilford Press.
- Janicke, D. M., Marciel, K. K., Ingerski, L. M., Novoa, W., Lowry, K. W., Sallinen, B. J., & Silverstein, J. H. (2007). Impact of psychosocial factors on quality of life in overweight youth. *Obesity*, 15(7), 1799-1807. doi:10.1038/oby.2007.214
- Jelalian, E., & Hart, C. N. (2009). Pediatric obesity. In M. C. Roberts & R. G. Steele (Eds.), *Handbook of pediatric psychology* (pp. 446-463). New York, NY, USA: The Guilford Press.
- Karp, S. M., Barry, K. M., Gesell, S. B., Po'e, E. K., Dietrich, M. S., & Barkin, S. L. (2014). Parental feeding patterns and child weight status for Latino preschoolers. *Obesity Research & Clinical Practice*, 8(1), e88-e97. doi:10.1016/j.orcp.2012.08.193
- Kazak, A., Rourke, M., & Navsaria, N. (2009). Families and other systems in pediatric psychology. In M. C. Roberts & R. G. Steele (Eds.), *Handbook of pediatric psychology* (4th ed., pp. 656-671). New York, NY, USA: The Guilford Press.

- Kistler, K. D., Molleston, J., Unalp, A., Abrams, S. H., Behling, C., & Schwimmer, J. B. (2010). Symptoms and quality of life in obese children and adolescents with non-alcoholic fatty liver disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, *31*, 396-406. doi:10.1111/j.1365-2036.2009.04181.x
- La Greca, A. M., & Mackey, E. R. (2009). Adherence to pediatric treatment regimens. In M. C. Roberts & R. G. Steele (Eds.), *Handbook of pediatric psychology* (pp. 130-152). New York, NY, USA: The Guilford Press.
- Latner, J. D., Durso, L. E., & Mond, J. M. (2013). Health and health-related quality of life among treatment-seeking overweight and obese adults: Associations with internalized weight bias. *Journal of Eating Disorders*, *1*, Article 3. doi:10.1186/2050-2974-1-3
- Liang, J., Matheson, B. E., Kaye, W. H., & Boutelle, K. N. (2014). Neurocognitive correlates of obesity and obesity-related behaviors in children and adolescents. *International Journal of Obesity*, *38*(4), 494-506. doi:10.1038/ijo.2013.142
- Lochrie, A. S., Wysocki, T., Hossain, J., Milkes, A., Antal, H., Buckloh, L., . . . Lang, J. (2013). The effects of a family-based intervention (FBI) for overweight/obese children on health and psychological functioning. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, *1*, 159-170. doi:10.1037/cpp0000020
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, *67*(3), 220-229. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.2
- Modi, A. C., Guilfoyle, S. M., & Zeller, M. H. (2009). Impaired health-related quality of life in caregivers of youth seeking obesity treatment. *Journal of Pediatric Psychology*, *34*(2), 147-155. doi:10.1093/jpepsy/jsn070
- Moreira, H., Carona, C., Silva, N., Frontini, R., Bullinger, M., & Canavarro, M. C. (2013). Psychological and quality of life outcomes in pediatric populations: A parent-child perspective. *Journal of Pediatrics*, *163*(5), 1471-1478. doi:10.1016/j.jpeds.2013.06.028
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology Health and Medicine*, *12*, 225-237. doi:10.1080/13548500500524088
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8 [Psychometric studies of the European Portuguese version of the quality of life index EUROHISQOL-8]. *Laboratório de Psicologia*, *9*(2), 109-123.
- Power, M. J. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In C. G. A. Nosikov (Ed.), *Developing common instruments for health surveys* (pp. 145-163). Amsterdam, The Netherlands: IOS Press.
- Puder, J. J., & Munsch, S. (2010). Psychological correlates of childhood obesity. *International Journal of Obesity*, *34*(Suppl 2), S37-S43. doi:10.1038/ijo.2010.238
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Rajmil, L., Herdman, M., Auquier, P., Bruil, J., . . . Kilroe, J. (2010). Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: A short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, *19*(10), 1487-1500. doi:10.1007/s11136-010-9706-5
- Riazi, A., Shakoor, S., Dundas, I., Eiser, C., & McKenzie, S. A. (2010). Health-related quality of life in a clinical sample of obese children and adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*, *8*, Article 134. doi:10.1186/1477-7525-8-134

- Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2011). Body image development in adolescent boys. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice and prevention* (pp. 85-92). New York, NY, USA: The Guilford Press.
- Riley, A. W. (2004). Evidence that school-age children can self-report on their health. *Ambulatory Pediatrics*, *4*, 371-376. doi:10.1367/A03-178R.1
- Rolland-Cachera, M. F. (2011). Childhood obesity: Current definitions and recommendations for their use. *International Journal of Pediatric Obesity*, *6*, 325-331. doi:10.3109/17477166.2011.607458
- Schor, Edward L., & American Academy of Pediatrics Task Force on the Family. (2003). Family pediatrics: Report of the Task Force on the Family. *Pediatrics*, *111*(6), 1541-1571.
- Stevens, S. D., Herbozo, S., Morrell, H. E. R., Schaefer, L. M., & Thompson, J. K. (2016). Adult and childhood weight influence body image and depression through weight stigmatization. *Journal of Health Psychology*. Advance online publication. doi:10.1177/1359105315624749
- Teixeira, P., & Silva, M. (2009). *Repensar o peso*. Lisbon, Portugal: Lidel.
- Thompson, O. M., Ballew, C., Resnicow, K., Must, A., Bandini, L. G., Cyr, H., & Dietz, W. H. (2004). Food purchased away from home as a predictor of change in BMI z-score among girls. *International Journal of Obesity*, *28*, 282-289. doi:10.1038/sj.ijo.0803072
- Vallis, M. (2016). Quality of life and psychological well-being in obesity management: Improving the odds of success by managing distress. *International Journal of Clinical Practice*, *70*, 196-205. doi:10.1111/ijcp.12765
- World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation* (WHO Technical Report Series, No. 894). Retrieved from [http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_894/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/)
- Wille, N., Bullinger, M., Holl, R., Hoffmeister, U., Mann, R., Goldapp, C., . . . Ravens-Sieberer, U. (2010). Health-related quality of life in overweight and obese youths: Results of a multicenter study. *Health and Quality of Life Outcomes*, *8*, Article 36. doi:10.1186/1477-7525-8-36
- Zeller, M. H., & Modi, A. C. (2006). Predictors of health-related quality of life in obese youth. *Obesity*, *14*(1), 122-130. doi:10.1038/oby.2006.15
- Zeller, M. H., & Modi, A. C. (2008). Psychosocial factors related to obesity in children and adolescents. In E. Jelalian & R. G. Steele (Eds.), *Handbook of childhood and adolescent obesity* (pp. 25-42). New York, NY, USA: Springer.
- Zeller, M. H., Reiter-Purtill, J., Modi, A. C., Gutzwiller, J., Vannatta, K., & Davies, W. H. (2007). Controlled study of critical parent and family factors in the obesigenic environment. *Obesity*, *15*(1), 126-136. doi:10.1038/oby.2007.517
- Zeller, M. H., Saelens, B. E., Roehrig, H., Kirk, S., & Daniels, S. R. (2004). Psychological adjustment of obese youth presenting for weight management treatment. *Obesity Research*, *12*(10), 1576-1586. doi:10.1038/oby.2004.197
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*, 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x