

*Instituto Superior de Psicologia Aplicada*

O LOCUS DE CONTROLO NOS PAIS E NOS FILHOS COM OBESIDADE E A ADESÃO  
À TERAPÊUTICA

**Marco Paulo Vieira Abreu**

Dissertação orientada por Professora Doutora Teresa Botelho

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

**Mestre em Psicologia Aplicada**  
Especialidade em Psicologia Clínica

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Teresa Botelho, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, n.º 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Dedico este trabalho aos meus pais e irmão,  
pelo o apoio, amor e dedicação incondicional  
que sempre me deram.  
O meu muito obrigado!

## **Agradecimentos**

Os meus primeiros agradecimentos, dirijo-os à Prof. Dra. Teresa Botelho por toda a orientação fornecida ao longo deste trabalho, pela total disponibilidade, e preocupação sincera com que sempre atingíssemos as metas a que nos propusemos, por ter acreditado em mim e por ter feito todo este percurso sempre ao meu lado, dando sempre uma palavra sábia e motivadora quando as coisas não corriam como esperado.

Ao conselho de Administração do Hospital Fernando da Fonseca, pela autorização cedida para a elaboração da investigação.

À Dra. Leonor, Dra. Rita Novais e a Dra. Filipa Fonseca por toda a disponibilidade, atenção, apoio e simpatia.

À Dra. Ana Cristina Monteiro, Dra. Graciete Bragança e Dra. Arlete que gentilmente disponibilizaram os pacientes e toda a informação que necessitássemos.

À Professora Tânia Pinto pela disponibilidade na análise de dados.

À Ângela pela amizade e apoio incondicional que sempre disponibilizou ao longo deste anos.

À Sara e a Michele um especial agradecimento pelo apoio, amizade e colaboração ao longo de todo este ano.

À todos os pais e jovens pela sua colaboração em participar neste estudo.

Um muito obrigado a todos!

## **Resumo**

O objectivo deste estudo foi avaliar o tipo de locus de controlo exercido pelos pais e pelos filhos face a uma doença crónica, nomeadamente o excesso de peso/obesidade. Pretendeu-se avaliar se as crenças de controlo exercido relativamente à saúde/doença são mais internas ou externas. Analisou-se também, a adesão à terapêutica e as barreiras à não adesão, nos filhos com esta doença.

Foi constituída uma amostra de carácter intencional, com 32 crianças e adolescentes, com idades entre 11 e os 17 anos, e os respectivos pais. Este estudo é de carácter exploratório e transversal.

O protocolo de avaliação, é constituído por dois questionários de caracterização da amostra, um para os pais e outro para os filhos, pela Escala do Locus de Controlo na Saúde aplicado aos pais, Escala do Locus de Controlo na Saúde e o Illness Management Survey aplicado aos filhos.

Os resultados mostraram que os pais apresentam um locus de controlo externo, e os filhos um locus de controlo, na maioria, coincidente com o dos pais. Ou seja, tanto os pais como os filhos percebem o excesso de peso/obesidade como resultado de factores externos, não atribuindo a doença, às suas acções.

Em relação à adesão terapêutica, constatou-se que os jovens com esta patologia apresentam mais barreiras nas sub-escalas relacionadas com problemas cognitivos (conhecimento da doença) e negação/desconfiança (da doença e da terapêutica).

Constatou-se que os pais desvalorizam a doença dos filhos, envolvendo-se pouco na terapêutica. Consequentemente os filhos na maioria seguem os mesmos padrões dos pais, envolvendo-se pouco no cumprimento da terapêutica.

**Palavras-chave:** Obesidade, locus de controlo, adesão terapêutica, filhos, pais.

## **Abstract**

The aim of this study was to evaluate the type of locus of control exercised by parents and children that cope with a chronic disease, particularly overweight/obesity. Was intended to evaluate if the beliefs of control on health and illness are more internal or external. It was also analysed, the therapeutic adherence and the barriers to non-adherence in children with this disease.

An intentional sample was constituted with 32 children and adolescents, aged between 11 and 17 years, and their parents. This is a cross nature exploratory study.

The evaluation protocol consists of two questionnaires to characterize the sample, one for parents and one for children, Scale of Locus of Control in Health for the parents, Scale of Locus of Control in Health and Illness Management Survey applied to children.

The results showed that parents have an external locus of control, and the children a locus of control, mostly, coinciding with the parents. That is, both parents and children perceive overweight/obesity as a result of external factors, not attributing the disease to its actions.

Regarding therapeutic adherence, it was found that young people with this disease have more barriers in subscales related to cognitive problems (knowledge of disease) and denial/distrust (of the treatment and disease).

It was found that parents devalue the children disease, engaging in little therapeutic. Consequently, most of children follow the same patterns of parents, engaging in low compliance with therapeutic.

**Key-words:** obesity, locus of control, adherence, children, parents

## **Índice Geral**

<b>Índice de Tabela.....</b>	<b>10</b>
<b>Índice de Figuras.....</b>	<b>11</b>
<b>Índice de Anexos.....</b>	<b>12</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>13</b>
<b>Excesso de Peso e Obesidade.....</b>	<b>16</b>
Definição, Avaliação e Classificação.....	16
Factores responsáveis pelo Excesso de Peso/Obesidade.....	17
Consequências da Obesidade.....	20
<b>O Adolescente com Excesso de Peso/Obesidade e a Família.....</b>	<b>20</b>
A Adolescência.....	20
A Família.....	22
Prevalência do Excesso de Peso e Obesidade na Criança/Adolescente.....	24
<b>O Locus de controlo.....</b>	<b>26</b>
<b>O Adesão Terapêutica.....</b>	<b>29</b>
<b>Método.....</b>	<b>34</b>
Participantes.....	34
Delineamento do Estudo.....	36
Instrumentos.....	36
Procedimento.....	40
<b>Resultados.....</b>	<b>43</b>
<b>Discussão.....</b>	<b>63</b>
<b>Conclusão.....</b>	<b>70</b>

**Referências.....73**

**Anexos.....80**

## Índice de Tabelas

Tabela 1: Categorização do IMC de acordo com o Percentil.....	35
Tabela 2: Dificuldades referidas pela criança/adolescente em lidar com a sua doença.....	49
Tabela 3: Adesão terapêutica nas diferentes sub-escalas.....	52
Tabela 4: Teste de T-student para a verificação se o locus de controlo influência à adesão nas diferentes subescalas.....	54
Tabela 5: Teste de T-Student para o tempo de diagnóstico e a adesão à terapêutica.....	55
Tabela 6: Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para o tempo de diagnóstico e a adesão à terapêutica na subescala problemas cognitivos.....	55
Tabela 7: Teste de T-Student para verificar se existem diferenças na adesão terapêutica nas crianças que referem que a sua doença as torna diferente dos outros.....	56
Tabela 8: Teste Wilcoxon-Mann-Whitney para verificar se existem diferenças na subescalas influência de pares nas crianças que referem que a sua doença as torna diferente dos outros.....	57
Tabela 9: Teste de T-Student para a auto-estima e barreiras à adesão.....	57
Tabela 10: Teste Wilcoxon-Mann-Whitney para auto-estima e barreiras nas sub-escalas falta de suporte social ou autoeficácia e influência de pares.....	57
Tabela 11: Teste de T-Student para verificar se a identificação correcta do diagnóstico influência a adesão nas diferentes subescalas.....	58
Tabela 12: Teste do Qui-quadrado para a relação entre a escolaridade e o conhecimento correcto da doença.....	58
Tabela 13: Teste do Qui-quadrado para verificar se a escolaridade dos pais influência no peso a mais dos filhos.....	59
Tabela 14: Teste de T-Student para verificar se o tipo de relacionamento da criança ou adolescente com os pais influência à adesão terapêutica na subescala falta de suporte social/auto-eficácia.....	60
Tabela 15: Teste de T-Student para verificar se a idade influência na adesão terapêutica nas diferentes subescalas.....	61

## Índice de Figuras

Figura 1: Familiares que apresentam o mesmo problema de peso que o jovem.....	44
Figura 2: Actividades que os pais fazem em conjunto com a criança/adolescente.....	45
Figura 3: Actividades realizadas nos tempos livres pelas crianças ou adolescentes.....	46
Figura 4: Pratica de desporto pelo jovem com excesso de peso/obesidade.....	46
Figura 5: Situações em que a criança/adolescente com excesso de peso ou obesidade come mais.....	47
Figura 6: Problemas que os pais sentem que o seu filho tem com a doença.....	48
Figura 7: Causas apresentadas pelos pais como responsáveis pelo aumento de peso da criança ou adolescente.....	50
Figura 8: Consequências de excesso de peso/obesidade do filho.....	51

## **Índice de Anexos**

Anexo A – Caracterização da Instituição de Recolha da Amostra.....	81
Anexo B – Questionário de Caracterização da Amostra (pais).....	85
Anexo C – Questionário de Caracterização da Amostra (filhos).....	90
Anexo D – Escala de Locus de Controlo na Saúde para os pais.....	94
Anexo E – Escala de Locus de Controlo na Saúde para as crianças.....	96
Anexo F – Illness Management Survey.....	98
Anexo H – Carta de Consentimento por Escrito.....	101
Anexo H – Dados Estatísticos.....	102

## Introdução

A obesidade na infância e na adolescência adquiriu nestes últimos anos nos países mais desenvolvidos e mesmo naqueles em desenvolvimento o estatuto de doença pediátrica mais comum (Teles, Reis & Dias, 2008).

É considerada pela Organização Mundial de saúde uma doença crónica, de etiologia multifactorial que atinge todas as faixas etárias, sexo e etnias, apresentando um elevado risco para o aparecimento ou agravamento de outras doenças, aumentando deste modo as taxas de mortalidade e morbilidade (DGS, 2005).

A obesidade é um grave problema de saúde pública que tem vindo progressivamente a aumentar de forma preocupante entre adolescentes dos países ocidentalizados, entre os quais Portugal está incluído. Nestes países estima-se que entre 10 a 20 % dos adolescentes são obesos e que destes, cerca de 80% se tornará num adulto obeso (Fonseca, 2008; Sousa, Loureiro & Carmo, 2008).

É uma das patologias mais difíceis de tratar, sendo apontada como o distúrbio nutricional mais frequente em crianças e adolescentes nos países desenvolvidos (Dehghan, Akhtar & Merchant, 2005)

Inúmeros esforços, quer a nível nacional, quer a nível internacional têm sido feitos por diversos técnicos de saúde no combate à obesidade, sendo considerada, como por muitos como a epidemia do século XXI (DGS, 2005; Carmo, 2008).

Para Carmo (2007), a grande arma contra este problema passa pela prevenção, preferencialmente desde idades muito precoces, promovendo hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis.

O envolvimento de diversos técnicos de saúde, da escola e dos pais junto à criança/adolescente no tratamento da obesidade assume um papel crucial no seguimento da terapêutica adequada (Teles, Reis & Dias, 2007).

Uma das problemáticas que deparamo-nos no tratamento da obesidade e em muitas outras patologias é o da não adesão do paciente à terapêutica prescrita que dificultam todo o processo.

Numa fase inicial, será apresentada uma definição desta patologia, o modo como é classificada e avaliada. Depois e com base numa revisão de literatura abordarei alguns dos factores responsáveis pelo surgimento, consequências e a prevalência desta patologia nos adolescentes, incluindo também, o papel da família na obesidade do filho.

Posteriormente falarei de duas importantes variáveis: o Locus de controlo e da adesão terapêutica.

Finalmente será apresentado os resultados obtidos devidamente tratados estatisticamente que serão discutidos e apresentadas as respectivas conclusões.

## Obesidade

A obesidade pode ser definida como uma acumulação excessiva de gordura corporal (tecido adiposo) acima dos padrões normais para uma determinada idade e sexo, que é resultado de um desequilíbrio entre a energia que é ingerida e aquela que é gasta. Este acumular excessivo de gordura pode afectar gravemente a saúde de um indivíduo (Lopez, Marti, Aliaga & Martínez, 2004).

A Organização Mundial de Saúde considera a obesidade uma doença crónica que atinge todas as idades, sexo e etnias, apresentando um elevado risco para o desenvolvimento ou agravamento de outras doenças e consequentemente contribui para uma redução da qualidade de vida e um aumento das taxas de mortalidade e morbidade (DGS, 2005).

A obesidade tem uma causa multifactorial em que estão envolvidos diversos factores entre os quais: genéticos, ambientais, comportamentais que concorrem para a sua instalação ou manutenção ameaçando a vida de um indivíduo à nível médico, psicológico, social, físico e económico (Sociedade Portuguesa de Cirurgia da Obesidade, 2003; Cardoso & Carvalho, 2007).

Esta patologia pode ser classificada em dois tipos, quanto à sua origem e quanto à sua distribuição de tecido adiposo. Segundo Rebelo (2003), a obesidade pode ser primária (endógena) e secundária (exógena), sendo a última a mais frequente na população. A obesidade exógena resulta de um desequilíbrio entre a quantidade de alimento ingerida e a quantidade gasta, para este tipo de obesidade contribuem factores genéticos, socioculturais ou ambientais. A endógena por sua vez, esta relacionada com causas hipotalâmicas, endocrinológicas e cromossomáticas.

De acordo com a distribuição predominante de gordura pode ainda ser denominada de obesidade abdominal, andróide ou visceral e obesidade do tipo ginóide. A obesidade abdominal é quando a acumulação do tecido adiposo dá-se a nível abdominal, aumentando de forma notável o perímetro da cintura, sendo característico do homem obeso. A obesidade do tipo ginóide, é quando a gordura se distribui principalmente nas ancas e na região glútea, sendo esta típica da mulher obesa. A obesidade andróide esta associada a uma série de complicações tais como: hipertensão arterial, diabetes mellitus, hipertrigliceridemia, doenças cardiovasculares, doença coronária, insulino-resistência e doença vascular cerebral, este tipo de obesidade apresenta uma taxa de risco mais elevada que a de tipo ginóide (Rodríguez, Gómez, Martínez & Peres, 2004).

Para avaliar se um indivíduo é obeso ou não, não basta apenas a observação visual que é feita pelo clínico, mas, é necessário recorrer a uma série de métodos que permitem chegar a um diagnóstico mais preciso. Existem diferentes métodos que são utilizados na prática clínica: o índice de massa Corporal, relação cintura/anca, medições antropométricas (peso, estatura), densidade e volume corporal e análise por impedância bio eléctrica.

Segundo Speiser et al., (2005), a mensuração/medição do excesso de peso e da obesidade na criança e no adolescente não reúne um consenso, devido à ausência de um método que seja rápido, simples, específico e exacto para medir a quantidade de massa gorda existente nestas faixas etárias, bem como depois avaliar o risco para a saúde do indivíduo. A Organização Mundial de Saúde (2004), indica que o método mais utilizado para a medição da adiposidade é o Índice de Massa Corporal ou Índice de Quetelet, este obtêm-se dividindo o peso de um indivíduo em quilogramas pela sua altura ao quadrado em metros, ou seja,  $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (metros)}$ . Moreira (2005), refere que o IMC, não considera a diferença entre a quantidade de massa gorda e a quantidade de massa magra de cada indivíduo.

“A massa gorda corresponde à gordura que armazenamos no nosso corpo e pequenas quantidades de gordura essenciais que se distribuem no sistema nervoso central e nas membranas das nossas células. A massa magra corresponde à quantidade de água do corpo, o osso e toda a massa celular correspondente a órgãos e ao sistema imune.” (Moreira, 2005, p. 17).

Para a Organização Mundial de Saúde (2006), um indivíduo é considerado como Abaixo do Peso quando o seu I.M.C.  $< 20 \text{ kg/m}^2$ ; Peso Normal quando o I.M.C entre  $20\text{-}25 \text{ kg/m}^2$ , Excesso de Peso quando O I.M.C estiver entre  $25\text{-}30 \text{ kg/m}^2$ , Obesidade quando o I.M.C estiver entre  $30\text{-}40 \text{ kg/m}^2$  e Obesidade Mórbida quando o I.M.C  $> 40 \text{ kg/m}^2$ .

Em crianças e adolescentes o diagnóstico de excesso de peso e de obesidade em função do IMC não é aplicável como no adulto devido às características dinâmicas dos processos de crescimento e maturação que ocorrem durante a idade pediátrica (OMS, 2005).

A utilização generalizada do IMC nas crianças e adolescentes apresenta algumas limitações, uma vez que na infância e na adolescência existe uma grande variabilidade nos diferentes grupos etários e mesmo entre os sexos. Desta forma para podermos classificar as criança e os adolescentes como obesos ou com excesso de peso temos de ter em consideração para além do seu peso e a altura duas outras variáveis importantes, a idade e o sexo (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000).

Os mesmos autores referem que o IMC aumenta de forma gradual na infância, diminuindo na idade pré-escolar e volta a aumentar na adolescência, é por esta razão que temos de recorrer a valores de referência do IMC em função da idade e do sexo nestes grupos.

Segundo Carmo (2001), a tabela de percentis é o método mais adequado a utilizar em crianças e adolescentes até aos 18 anos de modo a ver qual o peso desejável para um dado indivíduo. Foi determinado através de resultados de alguns estudos, que as crianças e adolescentes são definidas como obesas quando estas estão acima do percentil 95 para a idade e sexo e com excesso de peso quando se situam entre o percentil 85-95 para a idade e sexo.

Em Portugal as curvas do National Centre for Health and Statistics (NCHS) são utilizadas para avaliar o estado nutricional das crianças e adolescentes desde 1981. Na edição de 2005 do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil foi incluído uma nova versão destas curvas. Nesta actualização substituiu-se as curvas de relação peso-estatura, pelas curvas do índice de massa corporal de acordo com a idade e sexo, sendo esta a forma mais adequada à correcta monitorização do estado nutricional da criança ou jovem (DGS, 2006).

A partir da leitura que fazemos das tabelas e das curvas de percentis, com o valor calculado do IMC e de acordo com a idade da criança ou adolescente considera-se: Peso Baixo ou Magreza (quando esteja abaixo do percentil 5); Peso Normal (quando se situa entre o percentil 5 e o 85); Excesso de peso (entre o percentil 85 e 95) e Obesidade quando está acima do percentil 95 (Obesidade Online, 2009).

A obesidade é uma patologia de natureza multifactorial, podendo ser explicado por diversos factores como explicamos seguidamente.

### **Factores Responsáveis pela Obesidade**

A obesidade não pode ser explicada pela existência de um único factor responsável pelo seu surgimento, mas sim por uma série de factores, sendo considerada uma patologia com etiologia multifactorial (Lopes et al., 2004, DGS, 2005).

Com base numa revisão de literatura encontramos várias explicações e estudos sobre o surgimento e factores de risco associados à obesidade.

No Brasil realizou-se um estudo com 960 adolescentes estudantes entre os 15 e os 18 anos com o objectivo de observar quais os factores associados ao excesso de peso/obesidade, verificou-se haver uma relação significativa entre a aparência física dos pais e o peso apresentado pelos filhos (filhos de pais obesos apresentam excesso de peso/obesidade em relação a pais com peso normal), o nível da escolaridade e o nível socioeconómico dos

adolescentes também foi estudado, observou-se também maior incidência de obesidade quer nos indivíduos que apresentavam menor escolaridade, quer naqueles com maior nível económico, ainda notaram que os adolescentes que relatavam omitir alguma refeição apresentavam uma prevalência mais elevada de obesidade e excesso de peso (Terres, Pinheiro, Horta, Pinheiro & Horta, 2006). No que ao nível socioeconómico dos adolescentes em países desenvolvidos verifica-se o inverso (Oliveira & Fisberg, 2003).

Cruz, Martins, Silveira e Guiomar (2003), realizaram em Portugal na década de 90 um estudo com 656 adolescentes escolarizados, com idades compreendidas entre os 12 e 19 anos residentes na cidade de Lisboa, entre outras conclusões, mostraram que o nível de escolaridade dos pais influencia os hábitos alimentares dos jovens, conseqüentemente, quanto mais baixo é o nível de escolaridade dos pais, mais frequente é o consumo de alimentos pouco saudáveis (bolos, guloseimas, refrigerantes, etc.) e conseqüentemente maior a prevalência do excesso de peso/obesidade nas crianças e adolescentes.

Numa outra investigação realizado com adolescentes portugueses, de duas escolas em Coimbra, com idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos, em que pretendiam estudar, se o meio urbano, rural ou suburbano influenciava a prevalência da obesidade constataram a inexistências de diferenças significativas no que se refere a estas variáveis. Os autores deste estudo abordaram ainda a importância do ambiente familiar em que o jovem se encontra (comportamentos alimentares e actividade física) poder influenciar à prevalência da obesidade. Verificaram que um indivíduo que se encontra numa família que tem comportamentos alimentares pouco saudáveis e não pratica exercício, a possibilidade de vir a tornar-se obeso ou com excesso de peso é maior quando comparada com uma família que tenha hábitos mais saudáveis (Brites, Cruz, Lopes & Martins, 2007).

O estudo referido vem, contrariar a ideia apresentada pela Direcção Geral de Saúde que refere que a prevalência de obesidade é tanto maior quanto mais urbanizada é a zona de residência do indivíduo (DGS, 2005).

Ainda num outro estudo realizada em Lisboa, embora com uma amostra de adultos, pretendiam-se analisar se o rendimento familiar podia afectar a prevalência da Obesidade. Para tal fizeram a medição do peso e da altura de cada sujeito e agruparam-nos de acordo com o rendimento em três classes respectivamente: 1- rendimento inferior a 1000 euros, 2 – entre 1000 – 2000 euros, 3 – mais de 2000 euros. Averiguaram que esta doença estava mais presente em sujeitos que apresentavam menores rendimentos e praticavam menos exercício físico (Baptista, Brito, Jorge, Martins & Teles, 2006).

O conhecimento parental acerca da nutrição, a sua influência na selecção da comida, a estrutura das refeições, padrões alimentares da família, as suas próprias práticas alimentares e níveis de actividade física, todos influenciam o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis, contribuindo para um peso normal ou para a obesidade (Bodhani, 2006; Lindsay, Sussner; Kim & Gortmaker, 2006, cit. Silva & Pires, 2008).

Num trabalho de investigação realizado com crianças entre os 7 e os 9 anos com a finalidade de estudar os factores de risco associados a obesidade nesta população, chegou-se a conclusão que a prevalência do excesso de peso/obesidade é tanto maior quanto maior o peso à nascença, quanto menor o número de horas de sono por dia, quanto maior o número de horas de Tv por dia, quanto menor o número de filhos na família, quanto menor o nível de instrução dos pais (Padez, Mourão, Moreira & Rosado, 2005).

Ainda num ensaio, realizado com 23895 adolescentes do distrito de Viseu com idades entre os 12 e os 18 anos mostrou também que o nível de instrução dos pais também é um factor a considerar na prevalência do excesso de peso/obesidade, quando menor o nível escolar maior são as taxas desta patologia (Amaral, Pereira, & Escoval, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2006), a prevalência da obesidade pode ser explicada principalmente pelo aumento do sedentarismo da população associado a uma alimentação com maior densidade energética e com elevado teor em gorduras e açúcar.

A alimentação tradicional esta cada vez mais a ser substituída por alimentos de consumo rápido e com elevador teor calórico. O sedentarismo, também pode ser explicado como uma causa para a obesidade. Na actualidade raramente os jovens vão à pé para as escolas, passam parte do dia sentados a ler, estudar, no computador ou mesmo a ver televisão. Nas escolas, onde antes os intervalos eram aproveitados para brincar, jogar à bola, foi substituída por uma ida à biblioteca ou uma pesquisa para uma qualquer disciplina (Cruz, Martins, Dantas, Silveira & Guiomar, 2003).

Fonseca & Matos (2005) observaram a partir de um estudo com 5697 adolescentes com idades entre os 11 e os 16 anos que os jovens com excesso de peso/obesidade praticavam muito menos exercício físico que os restantes.

A obesidade/excesso de peso vão trazer uma serie de consequências para o indivíduo a vários níveis como vamos constatar de seguida

## **Consequências da Obesidade**

A obesidade pode trazer várias complicações médicas e psicossociais, quer a curto ou a longo prazo, (Bodhani, 2006).

Entre as possíveis consequências da obesidade podemos referir: Hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, respiratórias, problemas da vesícula biliar, cancro, distúrbios alimentares, (Ogden, 2004, Terres, Pinheiro, Horta, Pinheiro & Horta, 2006). Em crianças e adolescentes, esta patologia está associada ao aparecimento da diabetes mellitus tipo 2, distúrbios emocionais, problemas ortopédicos, cancro, ovários poliquísticos e síndrome de apneia (Oliveira, 2000, Terres, Pinheiro, Horta, Pinheiro & Horta, 2006, Fonseca, Nobre, Santos, Patrício, Neves, Duarte, Mota, Matos & Fernandes, 2008).

Luiz, Gorayeb, Júnior & Domingos (2006), referem ainda, as consequências sociais, económicas e psicológicas (depressão, ansiedade, problemas comportamentais, desvalorização pessoal, baixa auto-estima) e alterações na imagem corporal associadas ao aumento de peso/ obesidade.

Teles, Reis & Dias (2008), ainda mencionam mais algumas das complicações associadas a esta patologia tais como: complicações digestivas, doença do fígado gordo não alcoólico, complicações osteoarticulares e gota, e nas complicações psicossociais abordam os problemas da desaprovação social e consequentemente desadaptação do indivíduo, oportunidades de instrução e emprego menores nos indivíduos com esta doença. Embora tenha abordado de um modo abrangente algumas das consequências da obesidade, este trabalho, irá focar-se essencialmente na adolescência.

## **Adolescência**

A adolescência é um estágio do desenvolvimento entre a infância e a idade adulta. É considerada um período em que ocorrem grandes mudanças e transformações (Feldman, 2001; Carmo, 2008).

Esta fase decorre habitualmente entre os 13 anos e os 18 anos, embora possa ter início mais cedo e terminar mais tarde. A adolescência inicia-se na puberdade, sendo caracterizada por uma grande instabilidade a nível hormonal, por um desenvolvimento físico acelerado acompanhado por um desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, que depois, termina com o fim do crescimento (Duarte, 2002).

A adolescência, de acordo com Fonseca (2008), é dividida por muitos autores em três fases: a primeira fase dos 10 aos 13; a fase intermédia dos 14 aos 16 anos e uma fase mais tardia depois dos 16 anos. Na actualidade a adolescência tende cada vez mais a prolongar-se durante mais algum tempo, por um lado porque a idade da menarca tem vindo a diminuir (no caso das raparigas), mas principalmente pelo facto de cada vez mais os indivíduos permanecerem mais tempo junto das suas famílias (porque estudam, não têm emprego, etc.) e demoram cada vez mais tempo a criar a sua independência económica.

Segundo Fonseca (2008), nesta etapa do desenvolvimento ocorre alterações importantes a três níveis: 1- Biológico (dominadas pela puberdade que influenciará o surto de crescimento e as varias transformações à nível corporal); 2- Cognitivo (muito relacionado com a capacidades dos indivíduos elaborarem raciocínios cada vez mais complexos, mais elaborados e todo o desenvolvimento que ocorre a nível do pensamento. O que marca a diferença entre a actividade cognitiva na da criança e do adulto é sem dúvida o pensamento abstracto que se inicia na adolescência, conforme referido, nos estádios de desenvolvimento de Piaget (Piaget, 1970 cit. Fonseca, 2008)); 3- Psicológico (ligado ao desenvolvimento da autonomia e construção da identidade). A autora referida, ainda menciona que as principais tarefas na adolescência esta relacionado com a autonomia e com a construção da identidade. O amadurecimento da sexualidade, o desenvolvimento de imagem de si positiva, vida social (relacionado com a família, escola, grupo de pares) assumem um papel essencial na construção da identidade do indivíduo.

Alguns adolescentes têm, por vezes dificuldades em adaptar-se a todas estas transformações e modificações sofridas nesta fase. Em ambos os sexos há um aumento quer do peso, quer da altura nesta etapa sendo a percentagem de gordura superior nas raparigas. Ainda é de referir que o crescimento rápido do corpo vai ser acompanhado por uma aumento das necessidades alimentares e consequentemente o aumento do apetite. Alguns adolescentes têm um apetite incontrolável, consumindo mais alimentos do que necessitam, sendo na maioria alimentos hipercalóricos (Carmo, 2008).

A adolescência é encarada como uma fase do desenvolvimento em que é dado uma grande importância ao aspecto exterior, ou seja, ao corpo. O exterior é a chave para o relacionamento com os outros, principalmente com o sexo oposto. Desta forma ser obeso(a) traz uma série de prejuízos na auto-imagem e profundas repercussões psicossociais (Vieira, Atihê, Soares, Damiani & Setian, 2004).

Esta preocupação com a imagem corporal, torna-se progressivamente mais evidente por volta dos 10 aos 14 anos, sendo maior nas raparigas do que nos rapazes (Sancho, Arija, Asorey & Canals, 2007; Carmo, 2008).

Stern, Mazzeo, Porter, Bean & Layer (2007), defendem que o excesso de peso/obesidade nesta fase contribui para a estigmatização e para um empobrecimento psicossocial do adolescente. Os jovens nestas condições são frequentemente alvos de provocações pelos colegas que afectam, de certo modo a sua auto-estima.

Fonseca & Matos (2005), realizaram um estudo com 5697 jovens com idades compreendidas entre os 11 e os 16 anos onde notaram que os adolescentes com excesso de peso relatavam uma maior dificuldade em fazer amigos, maiores dificuldades na pratica de exercício físico, manifestando ainda uma grande tendência para o isolamento social.

É importante que todo o adolescente nesta fase importante desenvolva as suas competências quer a nível emocional, social, da auto-estima (aceitar e respeitar-se como é), optimismo, felicidade (capacidade de gostar de si e da sua vida) e responsabilidade social para assim poder ultrapassar algumas frustrações ligadas ao corpo (Fonseca et al., 2008).

### **Família e Obesidade.**

O ambiente familiar em que a criança e adolescente se desenvolve assume um papel fundamental na promoção da aquisição de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis desde muito cedo, estes, funcionam como modelos através das suas praticas e atitudes alimentares (Hodges, 2003).

Muitos dos indivíduos obesos adquirem na infância, hábitos alimentares inadequados e estilos de vida sedentários que depois poderão dar continuidade ao longo de toda a vida (Vieira, Atihê, Soares, Damiani & Setian, 2004).

Os pais são, desde logo, responsáveis pela selecção dos alimentos disponíveis e, consequentemente, pela preferência/ingestão destes pela criança. Fornecendo ainda, informações importantes, acerca dos alimentos e quantidades que podem ser ingeridas (Bodhani, 2006).

Estudos referem que o reduzido número de refeições em família, está fortemente associado ao aumento da obesidade, uma vez que, a presença dos pais contribui para a selecção adequada dos alimentos que integram uma alimentação saudável. Por outro lado, estes pais podem influenciar negativamente a criança, no sentido em que têm hábitos e

comportamentos alimentares incorrectos que transmitem ao jovem, contribuindo para o seu excesso de peso (Francis, Lee & Birch, 2003; Bodhani, 2006).

Terres, Pinheiro, Horta, Pinheiro & Horta (2006), referem existir uma associação entre excesso de peso/obesidade do adolescente e a obesidade parental, sendo que, a obesidade materna esta mais fortemente associada à obesidade dos filhos. Constaram que os comportamentos de dieta e subtracção de refeições também estavam fortemente associados a um maior risco de desenvolvimento de obesidade.

Investigações mostram ainda que a aparência física dos pais, pode influenciar o peso apresentado pelos filhos. Assim, filhos de pais obesos apresentam elevadas probabilidades de apresentar excesso de peso/obesidade (Terres, Pinheiro, Horta, Pinheiro & Horta, 2006).

Para Carmo (2007), as crianças que apresentam antecedentes familiares de obesidade devem de ser poupadas a hiper-protecção dos pais e dos avós, uma vez que estes, expressão a sua afectividade, através da comida. Segunda a autora, actualmente existe ainda a percepção por certos pais e avós que crianças mais gordinhas são sinónimo de crianças saudáveis, resistentes à doença, felizes, bem tratadas e com menos riscos. O facto da criança/adolescente ser mais gordinho dá-lhes uma certa segurança.

As crenças e as percepções dos pais relativamente ao excesso de peso/obesidade dos seus filhos desempenham também um papel crucial, uma vez que moldam os comportamentos alimentares parentais. Muitos pais não percebem os seus filhos como sendo obesos ou com excesso de peso. Exemplo disso é uma investigação realizada com pais de filhos com excesso de peso (idades compreendidas entre os 10 e os 12 anos), apenas cerca de 47% dos pais presentes no estudo reconheceu o excesso de peso nos seus filhos. Outra investigação com uma amostra de 99 mães de crianças com excesso de peso, mostrou que apenas 21% identificou os seus filhos como tendo excesso de peso (Baughcum, Chamberlin, Deeks, Powers & Wtaker, 2000; Myers & Vargas, 2000 cit. Hodges, 20003). Estes estudos levam-nos a pensar que a percepção que os pais têm relativamente aos seus filhos em muitos dos casos não são fiáveis.

A Família, assume então um papel muito importante na prevenção e tratamento do excesso de peso/obesidade dos seus filhos. Não basta apenas trabalhar com a criança/adolescente, é importante trabalharmos com todos os que o rodeiam promovendo à aquisição de hábitos alimentares e estilo de vida mais saudáveis na criança e muitas das vezes na família (Teles, Reis & Dias, 2008).

## **Prevalência da Obesidade na Adolescência**

Nos Estados Unidos da América a incidência da obesidade aumentou de forma extraordinária nos últimos anos, comparativamente às taxas de incidência nos países europeus que são inferiores embora apresente também uma evolução crescente com o passar dos anos. A situação em Portugal acompanha também este crescimento (Lopez, Marti, Aliaga & Martínez, 2004).

A prevalência da obesidade nos adolescentes (12-17 anos) aumentou significativamente desde 1980 de 5% para 13% nos rapazes e 5% para 9% nas raparigas nos Estados Unidos entre 1966-1970 e 1988-1991 respectivamente (WHO, 2003).

É de salientar ainda que nos Estados Unidos da América o excesso de peso na infância e adolescência aumentou rapidamente entre jovens negros e hispânicos (Strauss & Pollack, 2001 cit. Spear, Barlow, Ervin, Ludwig, Saelens, Schetzina & Taveras, 2007).

Nos países da União Europeia, de um total de 77 milhões de crianças e adolescentes é estimado que 14 milhões têm excesso de peso e que anualmente surgem 400 mil novos casos. Destes 14 milhões de casos, cerca de 3 milhões são obesos. Os números, passam para cerca de 85 milhões por ano (WHO, 2005).

Segundo a OMS (2005), a percentagem de rapazes e raparigas em idade escolar (13-15 anos) na Europa com peso a mais varia entre os 3 – 30%.

Em Portugal, uma série de estudos têm sido realizados para estudar a prevalência da obesidade em adolescentes, os resultados não são muito animadores. Cerca de 3,1% dos adolescentes portugueses são obesos e aproximadamente 14,8% têm excesso de peso. Esta aumenta cada vez mais neste grupo (Matos, 2005, cit. Brites, Cruz, Lopes & Martins, 2007).

Um estudo realizado com 29242 adolescentes de ambos os sexos, com idades entre os 13 e os 15 anos, em treze países europeus incluindo Portugal entre 1997 e 1998 mostrou que a prevalência de obesidade e excesso de peso era maior nos Estados unidos da América, seguidamente a Irlanda, a Grécia e depois Portugal ocupando o quarto lugar do ranking (Lissau et al., 2004).

Numa outra investigação realizada em Viseu com 7563 adolescentes com idades entre os 12 e os 18 anos em que um dos objectivos seria avaliar a prevaecimento desta epidemia, observaram que a prevalência da obesidade era cerca de 3,4% e de 17,1% para o excesso de peso, ainda observaram que o excesso de peso/obesidade era maior nos indivíduos do sexo masculino (Amaral, Pereira & Escoval, 2007).

Ainda numa pesquisa realizada na Região Autónoma da Madeira com 507 crianças e adolescentes entre os 7 e os 18 anos, mostrou que a prevalência de excesso de peso e obesidade não é muito diferente de Portugal continental. Os valores obtidos pelos sujeitos do sexo masculino e feminino foram respectivamente de 2,61% e 1,86% e excesso de peso 14,22% e 10,99% observando-se que era no sexo masculino que a prevalência desta epidemia era maior (Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade, 2009).

Sousa, Loureiro & Carmo (2008), realizaram um estudo com 5708 jovens com idades entre os 10 e os 18 anos em Portugal Continental, onde concluíram que os jovens se tornam cada vez mais cedo obesos.

As taxas de obesidade apresentam valores muito elevados, embora na maior parte dos casos seja consequência da obesidade na infância e/ou na adolescência. Segundo Viana (2002), uma criança obesa tem 40% mais de probabilidade de se tornar adulto obeso, nos adolescentes a probabilidade aumenta para 70%. Estudos mostram que mais de um quarto das crianças entre os 6 e os 11 anos são obesos, este valor aumentou para cerca do dobro nos últimos 30 anos e triplicou nos adolescentes entre os 12 e os 17 anos (Speiser et al., 2005).

A obesidade pode ter início em qualquer altura da vida, embora seja mais frequente na infância e na adolescência.

Segundo a DGS (2005), a obesidade é considerada a segunda causa de morte que é possível de prevenção. A prevenção ou tratamento da obesidade passa pela necessidade de: modificação de padrões alimentares, redução do sedentarismo, aumento do exercício físico, consumo de alimentos saudáveis, envolvimento da família, acompanhamento psicológico e médico.

De acordo com a American Dietetic Association (ADA, 2006), as estratégias preventivas devem ser direccionadas não apenas às crianças e adolescentes, bem como à família e a escola. É na escola e em ambiente familiar que o jovem adquire e desenvolve hábitos e comportamentos alimentares que o acompanharão durante a vida.

Na prevenção e tratamento da obesidade é relevante falarmos de duas, importantes variáveis: o Locus de Controlo e da Adesão Terapêutica.

## **Locus de controlo**

O conceito de locus de controlo foi introduzido na década de 60 por Rotter baseada na teoria da aprendizagem social e apresentava como eixos principais, a noção behaviorista de reforço e aspectos relacionados com a cognição ou seja a percepção e expectativa (Ribeiro, 2000).

A noção de locus de controlo surge inicialmente da teoria de aprendizagem social de Rotter em 1990 (Almeida & Pereira, 2006). No desenvolvimento da sua teoria sugere que os indivíduos perante um acontecimento ou situação de vida tendem a criar expectativas/crenças relativas ao possível resultado do seu comportamento. É com base nestas expectativas, que os indivíduos têm, de poder ou não controlar o que lhes acontece, que se denominou, de locus de controlo (Castillo & Ramírez, 2000).

Rotter (1990, cit. Almeida & Pereira, 2006, p.222) define o locus de controlo da seguinte forma: “Quando um reforço é percebido pelo sujeito como não sendo contingente às suas acções, então, na nossa cultura, é tipicamente atribuído ao acaso, à sorte, ao destino ou estando dependente do poder de outros poderosos ou ainda como imprevisível, devido à grande complexidade dos factores envolventes. Quando um acontecimento é interpretado desta forma por uma pessoa, designamos como uma crença num controlo externo. Se a pessoa percebe que este acontecimento (reforço) é contingente ao seu comportamento ou dependente de características suas estáveis, então designamos, esta crença como controlo interno.”

O conceito de Locus de Controlo (Rotter, 1966, cit. Cataneo, Carvalho & Galindo, 2005) foi um construto inicialmente criado com o objectivo de avaliar a percepção de controlo que as pessoas têm sobre os acontecimentos ou situações das suas vidas. Este autor refere duas tendências deste construto que são: o locus de controlo interno e o locus de controlo externo. O locus de controlo interno – é quando o indivíduo tende a localizar em si o controlo dos acontecimentos ou situações. O locus de controlo externo – é quando o indivíduo não localiza em si o controlo dos acontecimentos ou situações, são encarados como não controláveis pelo próprio. As pessoas com locus de controlo interno, tendem a localizar em si mesmas, o controlo das situações ou acontecimentos, por sua vez, pessoas com locus de controlo externo tendem a localizar noutras pessoas o controle sobre os acontecimentos ou situações da sua vida.

Segundo Rotter (1990), o locus de controlo é um construto unidimensional, consistindo na escolha entre dois pólos: o locus de controlo interno e o locus de controlo externo. Defende que o indivíduo face aos acontecimentos/situações de vida terá uma

propensão para uma dimensão mais externa ou interna. No entanto isto não quer dizer que num indivíduo não esteja presente estas duas dimensões, há um predomínio de uma sobre a outra.

Investigações posteriores mostraram que o locus de controlo é um construto multidimensional, ou seja, a dimensão do locus de controlo adoptada pelo indivíduo não é algo estático, varia de acordo com a situação/acontecimento e depende também de outros factores (Campos & Lagunes, 2000).

Levenson (1974, cit. Almeida & Pereira, 2006), a partir dos trabalhos de Rotter, defendeu a multidimensionalidade deste construto. Para o autor as crenças externas podiam-se dividir em expectativas de acaso e expectativas dependentes de outros poderosos. Nas expectativas de acaso, o reforço seria determinado pela sorte e pelo destino, as expectativas dependentes da acção de outros poderosos, seriam então, determinadas pela acção da família, professores ou médicos.

O construto de locus de controlo foi aplicado na saúde por Wallston (1992, cit. Almeida & Pereira, 2006) com o intuito de avaliar em que medida os indivíduos achavam que o seu estado de saúde poderia ser controlável por eles ou não (pelo acaso ou outros significativos).

Investigações mostraram que indivíduos com um locus de controlo interno apresentam uma maior possibilidade de terem comportamentos no sentido da promoção da saúde, no entanto, em situações de doença aguda ou crónica sugerem, ser mais vantajoso o indivíduo acreditar que o seu estado de saúde/doença mais controlável pelos outros poderosos (Horne & Weinman, 1996 cit. Almeida & Pereira, 2006).

Muitas das pesquisas mostraram a existência de uma relação significativa entre o locus de controlo e a perda de peso. Um locus de controlo interno é um importante preditor para o sucesso nos programas de perda de peso (Rotter, 1966 cit. Cardoso & Carvalho, 2007).

As expectativas/crenças de controlo num sujeito resultam de um longo processo de aprendizagem que se inicia na infância (pela observação, instrução e incentivos fornecidos pelos outros significativos) através da família que funciona como modelo. Posteriormente, com a entrada da criança para a escola, os pais também terão também um papel importante neste desenvolvimento, nesta avaliação da criança dos acontecimentos/situações que ocorrem, como dependentes de si ou não. A adolescência por sua vez, é considerada por um período onde ocorrem grandes mudanças (física, biológicas, cognitivas e sociais) podendo haver um aumento dos acontecimentos stressantes, que podem conduzir o adolescente a achar que está a

perder o controlo sobre os acontecimentos/situações, conduzindo-o, a atribuir aquilo que lhe acontece à factores externos (Almeida & Pereira, 2006).

Rotter (1966, cit. Ribeiro, 2000), refere que um dos antecedentes à externalidade está relacionado com a incapacidade da criança antecipar a disciplina dos pais devido: à inconsistência existente no comportamento entre os pais ou entre um deles, ou ainda, pela incapacidade da criança em perceber a existência de alguma consistência comportamental nos pais. Deste modo pais com comportamentos inconsistentes tendem a desenvolver na criança um locus de controlo externo.

Para Ogden (2004), “o locus de controlo na saúde esta relacionado com o facto dos indivíduos mudarem ou não os seus comportamentos e com o tipo de estilo de comunicação que esperam dos profissionais de saúde” (p. 35). Se um médico encorajar um indivíduo obeso (que tem a tendência de avaliar as situações ou acontecimentos como não controláveis por ele – locus de controlo externo) a mudar os seus padrões alimentares, provavelmente ele não vai aderir uma vez que pode não considerar-se como o responsável pelo seu estado de saúde.

Uma investigação realizado com crianças entre os 10 e os 12 anos em que pretendia-se verificar se existia alguma relação entre o locus de controlo na saúde e a obesidade, verificou não existir diferenças significativas entre o locus de controlo interno e externo contrariando a ideia proposta pelo autor anterior, isto é, parece não haver uma tendência para a internalidade ou externalidade na obesidade (Cataneo, Carvalho & Galindo, 2005).

Cardoso & Carvalho (2007), chegaram a conclusões semelhantes, isto é, não existe uma tendência para a externalidade ou internalidade nas crianças com excesso de peso/obesidade.

Investigações realizadas acerca da evolução do locus de controlo ao longo da infância e adolescência mostraram que há uma tendência no jovem, para a internalização ou externalização que se desenvolve desde cedo, mantêm-se estável ou desenvolve-se no sentido do aumento do locus de controlo interno ou redução do locus de controlo externo. Este aumento do controlo interno é explicado pelo desenvolvimento progressivo das competências (Norwicki & Strickland, 1973; Chubb, Fertman & Ross, 1997, cit. Almeida & Pereira, 2006).

Tinsley & Holtgrave (1989, cit. Cerqueira & Nascimento, 2008), apontam que a percepção parental de controlo interno sobre a saúde dos filhos ser, um importante preditor do uso adequado dos serviços preventivos e a uma reduzida falta às consultas.

Phanes (1976, cit. Hansenne, 2004) demonstrou que as atitudes dos pais podiam influenciar o tipo de locus de controlo presente nos filhos. Pessoas que apresentam um locus de controlo interno, durante a infância beneficiaram de contactos afectuosos com os pais, de

protecção, de apoio e conforto. Por outro lado indivíduos com um locus de controlo externo, terão tido na infância pais negativos, frios e rejeitantes.

Um estudo, que pretendia avaliar a influência das relações entre os filhos e os pais, mostrou que, relações aversivas com os progenitores, estão significativamente relacionados com a externalidade. Um ambiente familiar de dominância revelou também estar significativamente relacionada com um locus de controlo outros poderosos. Salientou ainda não existir uma relação significativa entre o locus de controlo interno e a boa atmosfera familiar (Firmino, Matos & Serra, 1987).

Alguns estudos mostram que o locus de controlo é um bom preditor da adesão terapêutica, enquanto outros mostram não haver qualquer relação. A ligação entre estas duas variáveis não é muito conclusiva e consistente (Almeida & Pereira, 2006).

### **Adesão Terapêutica**

A adesão pode ser definida como, a medida em que o comportamento de um doente vai de acordo com as recomendações dadas pelos técnicos de saúde ou médicos. A concordância das recomendações dadas pelos profissionais ao paciente desempenha um papel fundamental para a recuperação, do doente e aumento, da sua qualidade de vida (Haynes, 1979 cit. Ogden, 2004).

De acordo com Santos (2005), a falta de adesão especificamente em pediatria, tem-se tornado recentemente num assunto que tem preocupado vários técnicos de saúde, quando se deparam que as recomendações por eles prescritos não foram seguidas. Isto ainda torna-se mais grave quando se sabe que a maioria das doenças é de carácter crónico, em que a recuperação e a qualidade de vida do paciente estão muito dependentes dos seus comportamentos, e estratégias de confronto doente e/ou família. No caso de crianças e adolescentes, os pais têm um papel fundamental no processo de adesão à terapêutica dos seus filhos (Greca, 1990 cit. Covinhas & Pires, 2008).

Um conjunto de investigações realizados em pediatria com diferentes patologias (asma, artrite reumatóide, perturbações alimentares) permitem concluir que os índices de não adesão situa-se entre os 50% e os 89% (Eney & Goldstein, 1976; Litt & Cuskey, 1980; Benchel, 1995 cit. Santos, 2006).

A definição anteriormente apresentada de adesão tem sido compreendida de acordo com duas abordagens: a abordagem categorial e a abordagem transaccional.

A abordagem categorial é aquela que esta mais presente no nosso sistema de saúde, em que a adesão é encarada como a norma. De acordo com este modelo o médico ou técnico de saúde é encarado como o detentor de todo o saber, e o paciente é visto como um indivíduo passivo que deve seguir à risca tudo o que lhe é proposto de modo inquestionável, quanto tal não acontece o paciente é encarado como: não colaborante, culpado, ignorante, descuidado, não confia na equipa de saúde ou em si próprio ou ainda é-lhe atribuído ao comportamento de não adesão características inconscientes. Como forma de aumentar a adesão à terapêutica por vezes recorre-se a estratégias comportamentais de reforço ou punição. No contexto pediátrico estas estratégias comportamentais são utilizadas de forma a ensinar os pais a utilizar técnicas de reforço e punição de modo a aumentar os comportamentos desejáveis ou melhorar a adesão. Estas, têm se mostrado um pouco eficaz e com baixos níveis de adesão quer para pais quer para os filhos (Stone, 1979; Deaton & Olbrish, 1978; Farberow, 1980; Epstein & Cluss, 1982; Korsch & Marcy, 200; Barros, 2003 cit. Santos 2005).

Segundo Haynes, Taylor & Sackett (1979, cit. Barros, 2003) a não adesão segundo este modelo é vista como uma desobediência, podendo, ser explicada através de: motivos comportamentais (relacionados com a ausência de reforço); motivos cognitivos (relacionados com a ignorância dada pelo sujeito à medicação, à dieta ou mesmo à gravidade da patologia em questão); motivos emocionais, conscientes (agressividade) ou inconscientes (comportamentos autodestrutivos).

O insucesso deste modelo, conduziu os investigadores a exploração de outros modelos, tais como, o modelo de adesão transaccional. Barros (2003), refere que na abordagem transaccional, há uma partilha do poder entre o especialista e o doente/responsável pelo doente e a necessidade de centrar-se também nas representações do doente face a doença. A adesão aqui não é encarada como apenas da responsabilidade do doente ou do técnico de saúde mas sim do resultado do confronto construtivo entre as representações do doente e do especialista e entre as próprias representações do doente. É uma abordagem de grande importância na pediatria, uma vez que a patologia não é apenas vivida pela criança, mas também pelas famílias que são muitas das vezes os responsáveis por todo os pormenores do tratamento. A aplicação deste modelo à psicologia pediátrica envolve um longo trabalho de adaptação com os pais e com a criança. Com os pais no sentido da exploração, discussão das necessidades da criança e formas de tentar resolver o problema, havendo o respeito pelos conhecimentos de cada um dos intervenientes, havendo a integração das competências de cada um. Com a criança no sentido de respeitar a forma como a criança interpreta e compreende as suas experiências e definindo com esta os objectos a alcançar.

A baixa adesão à terapêutica levou a muitos investigadores a partir dos anos 70 a realizar vários estudos com o objectivo de tentar encontrar factores determinantes para esse comportamento de não adesão (Covinhas & Pires, 2008). Os factores encontrados para este tipo de comportamento são de 3 ordens segundo os autores:

1- Factores relacionados com a doença como: a gravidade da doença, complexidade e duração do tratamento, medo dos efeitos secundários (Turke, Meichenbaun, Brannon & Feist (1998 cit. Covinhas & Pires, 2008).

2- Factores relacionados com as características dos doentes como: representação da doença e crenças em relação ao tratamento (Turke & Meichenbaun, 1991, Brannon & Feist, 1998; Horne, Weinmam & Ankins, 1999; Bennett, 2002 cit. Covinhas & Pires 2008); expectativas quanto aos resultados, auto-avaliação das competências para realizar o comportamento, avaliação dos custos versus benefícios (Bennett, 2002 cit. Covinhas & Pires, 2008) e suporte social (Brannon & Feist, 1998; Burk et al. 1995; Benett, 2002 cit. Covinhas & Pires, 2008).

3- Factores relacionados com a satisfação com a consulta e com a relação terapêutica, como: tipo de comunicação (Brannon & Feist, 1998 cit. Covinhas & Pires, 2008), expectativas do médico, tempo de espera e regularidades das consultas (Turke & Meichenbaun, 1991, cit. Covinhas & Pires, 2008).

Segundo Silva & Barros (2008), os pais assumem um papel fundamental na resolução dos problemas apresentados pelos filhos, são estes, que decidem: se devem ou não procurar ajuda especializada, se iniciam ou dão continuidade ao tratamento prescrito. Investigações realizadas por Kazdin & Wassel (2000), mostraram que a avaliação parental do tratamento sugerido à criança vai influenciar o seguimento ou não da terapêutica adequada. Assim, pais que avaliem o tratamento recomendado como irreverente, podem contribuir para um abandono deste e um aumento dos níveis de não adesão.

Ainda Barros (2003), refere que as crenças e significações parentais vão influenciar as significações e conseqüentemente os comportamentos da criança e adolescente.

A terapêutica da obesidade tem em vista a redução do peso através da alteração de hábitos alimentares e do aumento de exercício físico. Têm sido feitas inúmeras investigações acerca da adesão ao tratamento de jovens com excesso de peso ou obesidade, sendo revelado que as taxas de sucesso são comparativamente com outras doenças crónicas também muito baixas.

Num desses estudos realizado com 75 adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos, com o objectivo de avaliar a adesão às orientações iniciais em relação à alimentação, às praticas alimentares e a actividade física acompanhados em ambulatório e que tiveram redução de peso verificou-se que cerca de 29,3% tiveram um boa adesão ao tratamento (Vieira, Atihê, Soares, Damiani & Setian, 2004).

Na adolescência a adesão terapêutica, tem em vista a redução do peso e sua manutenção.

Embora a mudança de hábitos alimentares no jovem com excesso de peso ou obesidade assuma um papel fundamental para a redução do peso, é importante também que haja um envolvimento da família que o rodeia no sentido de o ajudarem na realização de uma alimentação mais saudável, dando preferência aos produtos hortícolas e às frutas, invés, dos hidratos de carbono, os açucares, fazendo um número regular de refeições por dia e evitando longos períodos de jejum. Kirk, Scott & Daniels (2005) apontam que as crianças com excesso de peso ou obesidade apresentam uma fraca motivação para a perda de peso, um baixo nível de cumprimento às dietas prescritas e um falta de apoio da família. No tratamento da obesidade das crianças e adolescente é fundamental o envolvimento de diferentes técnicos de saúde que actuam com a total colaboração da família do jovem.

As crianças, em geral seguem os padrões alimentares dos pais, assim, se os pais têm hábitos alimentares pouco saudáveis e não os alterarem em conjunto com o jovem com excesso de peso/obesidade prevê-se o insucesso do tratamento. As recomendações dadas pelos técnicos de saúde devem ser seguidas por toda a família, sendo os indivíduos, obesos ou não (Mello, Luft & Meyer, 2004).

Muller (2001), refere que a má adesão ao tratamento desde início, pode, explicar, a dificuldade dos adolescentes na manutenção do seu peso após a redução inicial, menos de 5% dos adolescentes que perdem peso, o conseguem mantê-lo.

O exercício físico é outra componente fundamental da terapêutica da obesidade com resultados específicos a longo prazo no controlo do peso. Tal como a dieta alimentar, o exercício físico deve constar de um plano terapêutico adaptado as condições específicas da criança/adolescente. Os adolescentes também manifestam pouca adesão ao exercício físico a longo prazo, uma vez que preferem fazer actividades escolhidas por eles mesmos, e não actividades prescritas. Epstein & Goldfield (1999) verificaram num estudo relacionado com a actividade física no tratamento da obesidade infantil, existirem melhores resultados na manutenção do peso quando há adesão a uma combinação de exercício físico e dieta do que quando aderem, ou à dieta ou ao exercício físico.

Apesar das investigações sobre as formas de tratamento mais eficazes para o tratamento da obesidade e excesso de peso na adolescência sejam muito reduzidas, o envolvimento dos pais é importante para que os objectivos de diminuição de peso e a sua manutenção sejam alcançadas (Akker, Puiman, Groen, Timma, Jongejan. & Trijsburg, 2007 cit. Pimenta, Leal, Branco & Maroco, 2009).

É com base nas variáveis anteriormente apresentadas que este estudo ira desenvolver-se. Tem como objectivos, perceber o tipo de locus de controlo exercido pelos pais e pelos filhos face a uma doença crónica mais concretamente a obesidade. Pretende-se perceber se as crenças dos pais e dos filhos face à saúde/doença são baseadas mais num controlo interno ou num controlo externo.

Este estudo pretende ainda analisar a adesão dos jovens à terapêutica da obesidade, bem como analisar as barreiras à adesão.

## Método

### Participantes

A amostra deste estudo é constituída por um total de 32 crianças/adolescentes, com diagnóstico de excesso de peso ou obesidade, sem qualquer doença orgânica associada e os respectivos pais ou prestadores de cuidados. As idades das crianças e adolescentes que participaram nesta investigação estão compreendidas entre os 11 e os 17 anos. A recolha da amostra teve lugar no Hospital Fernando da Fonseca, na Amadora, após a consulta externa da subespecialidade pediátrica de Endocrinologia /Obesidade, sempre após a aceitação por parte dos pais e da criança em participar na investigação.

Os participantes constituem uma amostra de conveniência (Dommermuth cit. Ribeiro, 1999), donde 12 são sujeitos do sexo masculino (37,5%) e 20 do sexo feminino (62,5%), sendo o valor médio de idades 13,19 anos e o desvio padrão 2,039. Relativamente à raça 28 participantes são de raça caucasianos (87,5%) e 4 participantes são de raça negra (12,5%), maioritariamente têm como país de origem Portugal (90,6%). No que se refere ao nível de escolaridade, as crianças/adolescentes foram agrupados em ensino primário (1º- 4º ano), ensino básico (5º- 9º ano), ensino secundário (10º- 12º ano) e ensino superior. Na maioria, os participantes frequentam o ensino básico (81,3%) e o ensino secundário (18,8%), cerca de 37,5% refere ter repetido pelo menos um ano escolar. Ainda é de salientar que, a maioria das crianças/adolescente mencionam viver com os pais e irmãos (59,4%), e ter pelo menos um irmão (43,8%).

No que diz respeito à classificação dos jovens relativamente ao seu peso, optamos pela categorização feita a partir dos valores correspondentes aos limites superiores e inferiores do intervalo do IMC (Índice de Massa Corporal) observado, tendo em atenção as tabelas actualizadas do National Center for Health Statistic e do Center for Disease and Control and Prevention (NCHS-CDC, 2000).

A partir da leitura que fazemos dessas tabelas e das curvas de percentis, tendo em atenção o valor do IMC calculada, o sexo e a idade da criança ou adolescente, considera-se que, têm excesso de peso se estiverem entre o percentil 85 e 95 e obesidade se estiver situado acima do percentil 95 (Carmo, 2001; Obesidade Online, 2009).

**Tabela 1** – Categorização do IMC de acordo com o Percentil

Classificação de acordo com o IMC	Percentil correspondente
Peso Normal	P5 ao P85 (exclusive)
Excesso de Peso	P85 ao P90 (exclusive)
Excesso de Peso/Obesidade I	P90 ao P95 (exclusive)
Obesidade II	P95 ao P97 (exclusive)
Obesidade III	$\geq$ P97

Neste sentido, constatou-se que 16 dos participantes (50%) se situam no patamar mais elevado da obesidade ( $P \geq 97$ ), seguindo-se depois 9 sujeitos (28,1%) que se situam entre o percentil 90 ao 95 (exclusive). Ao agruparmos os indivíduos em dois grupos, respectivamente, excesso de peso (entre percentil 85 e 95) e obesidade (superior ao percentil 95), observa-se que 78,1% da amostra é obesa e 21,9% tem excesso de peso.

No que concerne às mães destes jovens com excesso de peso/obesidade, verificou-se que as idades estão compreendidas entre os 28 anos e os 54 anos, sendo a média das idades de 40,28 e o desvio padrão de 6,06. Os pais por sua vez, têm idades situadas entre os 31 anos e os 51 anos com uma média de 43,06 anos e um desvio padrão de 6,72. A maioria das mães e pais têm Portugal como país de origem (87,5%). No que se refere à escolaridade, procedeu-se à mesma classificação utilizada com as crianças, desta forma, observou-se que na maioria, 43,8% das mães e 37,5% dos pais possuem apenas o ensino básico. Quanto ao estado civil dos pais a maioria são casados (53,1%) ou divorciados (31,3%). Em relação ao concelho de residência, 53,1% vive em Sintra, na sua maioria em casa própria (75%). Relativamente à variável “tem alguma religião?” 81,3% afirma que sim, sendo a religião católica.

Quanto à situação profissional dos pais, considerou-se a categorização das profissões de acordo com os três níveis socioeconómicos: baixo, médio e alto estabelecidos por Almeida (1985, cit. Botelho, 2006). Com base nesta categorização, observa-se que, a maioria das mães (37,5%), têm um nível socioeconómico baixo, e os pais, na maioria, apresentam um nível socioeconómico médio (53,1%).

A recolha da amostra, iniciou-se no dia 15 de Maio de 2009, terminando a 18 de Setembro do corrente ano. A recolha foi possível após a autorização por parte da direcção do Hospital Fernando da Fonseca, e posteriormente ao contacto com os diversos técnicos de saúde (médicos especialistas, nutricionista, enfermeiros, psicólogos e auxiliares da acção médica) da respectiva unidade de pediatria. Ainda foi feito um levantamento pormenorizado da história da instituição hospitalar com vista a enriquecer o conhecimento acerca desta e das características da população que o frequenta (Anexo A).

## Delineamento

Este estudo é de carácter exploratório e transversal (Ribeiro, 2008). Pretende-se avaliar o tipo de locus de controlo presente nos pais e nos filhos (com excesso de peso ou obesidade) face à saúde e doença, bem como avaliar a adesão destas crianças ou adolescentes à terapêutica e as barreiras à não adesão.

## Instrumento

O Protocolo de avaliação desta investigação è constituído por: 1- Dois questionários de caracterização da amostra, 2- Escala de Locus de controlo de Saúde (Ribeiro, 1994) destinado aos pais, 3- Escala de Locus de Controlo na Saúde para Crianças – CHLC (Almeida & Pereira, 2006) e 4- Illness Management Survey (Logan, 2003) destinado às crianças/adolescentes com excesso de peso ou obesidade.

### 1- Questionários de Caracterização da Amostra

Foram utilizados dois questionários de caracterização da amostra, um para as crianças/adolescentes e outros para os pais. Ambos utilizados para recolher informações importantes acerca da população em estudo entre os quais: dados sóciodemográficos, questões clínicas gerais e questões específicas relacionadas com a patologia em estudo. Os questionários foram construídos com base na literatura existente (Carmo, 2001; Cruz, Martins, Silveira & Guiomar, 2003; Padez, Mourão, Moreira & Rosado, 2005, Baptista, Brito, Jorge, Martins & Teles, 2006; Botelho, 2006; Amaral, Pereira & Escoval, 2007; Brites, Cruz, Lopes & Martins, 2007; Cardoso & Carvalho, 2007).

No questionário de caracterização da amostra dos pais, foram solicitados os seguintes dados: idade, profissão, escolaridade, país de origem, estado civil, número de filhos (idade e sexo), concelho onde reside, tipo de habitação, religião. Solicitaram-se ainda dados relativos à criança/adolescente com excesso de peso/obesidade (idade, sexo, país de origem, ano de escolaridade, se já repetiu algum ano ou não, recebe algum tipo de apoio (educativo, ensino especial, psicológico), quantas horas passa cada um dos pais/prestadores de cuidados com o jovem, que actividade e refeições fazem em conjunto nos dias úteis. Nos dados clínicos gerais (qual a doença diagnosticada, idade em que foi diagnosticada, se já foi internado ou não, existem alguém na família como o mesmo problema, se existem outros problemas de saúde), Nos dados cínicos específicos (peso da criança à nascença, semanas de gestação, comprimento à nascença, se fez aleitamento materno ou não, existência ou não de diabetes gestacional durante a gravidez, se houve alterações provocadas na vida familiar com o diagnóstico de obesidade, se o filho pratica desporto, problemas sentidos pelos pais face à patologia do filho e o que sentiram, dificuldades dos pais em lidar com a obesidade do filho, alterações provocadas, opinião dos pais relativos às possíveis causas e consequências desta doença (Anexo B).

No questionário direccionado às crianças/adolescentes, foram pedidos os seguintes dados: idade, sexo, país de origem, com quem vive, numero de irmãos e respectivas idades, em que ano estudas e se já repetiu algum ano, qual a doença diagnosticada e com que idade foi diagnosticada, se tem outras doenças, se já foi internado, se existem outras pessoas na família com o mesmo problema, se toma medicação (qual, precisa de ajuda para toma-la, precisa que lembrem), pratica desporto (no caso afirmativo qual e quantas vezes por semana), tem actividades extracurriculares (se sim qual e quantas vezes por semana), que actividades faz nos tempos livres, o que mais e menos gosta de comer, em que situações costuma comer mais, que refeições faz por dia, quem prepara estas refeições, costuma comer mais alguma refeição além das principais, se sentiu dificuldade em ser aceite pelos colegas e outras pessoas devido ao excesso de peso/obesidade, como se sente quando se olha no espelho, como é o relacionamento com a família e quais as maiores dificuldades em lidar com a doença (Anexo C).

## 2- Escala de Locus de controlo de Saúde (Ribeiro, 1994) para os pais.

A Escala do Locus de Controlo de Saúde, permite avaliar o locus de controlo face à saúde e doença e destina-se à população adulta. Esta foi construída a partir dos itens das escalas: “Health Locus of Control Scale” (Wallston, et al., 1976); “Multidimensional Health Locus of Control” (Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978); “Health-Specific Locus of control” (Lau & Ware, 1981). Foi adaptada, por Ribeiro em 1994 em dois estudos realizados com amostras distintas e tem como objectivo identificar os factores psicológicos associados à saúde. É um questionário de auto-preenchimento constituído por 14 itens organizados em dois factores: O “Locus de Controlo” (LC), com 8 itens referentes ao locus de controlo interno e “Outro Poderosos” (OP) com 6 itens. Cada item é uma afirmação a partir da qual o sujeito deve responder de acordo com a sua concordância ou não. A resposta é dada numa escala de tipo Likert de sete posições que varia entre discordo totalmente e o concordo totalmente. As subescalas deverão depois ser cotadas separadamente, procedendo-se de seguida ao cálculo das respectivas médias em cada uma das subescalas. É de salientar que nos itens 4, 6 e 8 a cotação se faz de modo invertido. O valor obtido mais elevado indica a maior expressão do locus de controlo (interno ou externo) de cada um dos indivíduos ou da população. A análise da consistência interna (Alfa de Cronbach) desta escala foi avaliada em dois estudos obtendo-se no primeiro estudo  $\alpha = 0,75$  e num segundo  $\alpha = 0,69$  (Anexo D).

## 3- Escala de Locus de Controlo na Saúde para Crianças – CHLC (Almeida & Pereira, 2006).

A escala de Locus de Controlo para Crianças/Adolescentes é a tradução do “Child Health Locus of Control” de Parcel e Meyer (1978), foi adaptada para a versão portuguesa por Almeida & Pereira (2006), e tem como objectivo avaliar as crenças da criança/adolescente face à saúde/doença. Este questionário é de auto-preenchimento constituído por 20 itens. Cada item é uma afirmação sobre um componente que pode influenciar a saúde/doença, e vai avaliar em que medida a criança/adolescente acredita que o controlo da saúde esta dependente: dos seus actos (locus de controlo interno) (ex: Posso fazer muitas coisas para evitar ter acidentes), do acaso (ex: Se me magoo é porque os acidentes acontecem), ou de outras pessoas significativas no domínio da saúde/doença (Outros poderosos) (ex: Só um médico ou uma enfermeira me impedem de ficar doente). O Acaso e as outras pessoas significativas correspondem ao locus de controlo externo. A cada um dos itens o adolescente

deve assinalar “sim” se concordar com a afirmação, e “não” se discordar. A cotação pode ser feita de forma unidimensional (Internalização - Externalização) ou multidimensional (Internalização, Acaso, Outros Poderosos). Na cotação de forma unidimensional, cada item respondido no sentido da internalização é cotado 1 ou 2, enquanto a resposta no sentido da externalização é cotado 0 ou 1. Exclui-se da cotação os itens 3, 5, 9, 10, 16 e 19. Os resultados obtidos vão variar entre 0 (Externalização extrema) e 20 (Internalização máxima), conforme cotados de 0 ou 1 na unidimensional ou entre 20 e 40 na multidimensional. A análise da consistência interna deste escala foi avaliada obtendo-se um valor do Alfa de Cronbach de 0,64 (Anexo E).

#### 4- Illness Management Survey (Logan, 2003)

O Illness Management Survey (Logan, 2003) é uma escala de auto-preenchimento para adolescentes, tem como objectivo avaliar as suas percepções das barreiras na adesão à terapêutica, identificar quais as barreiras e qual a intensidade destas. Esta escala permite também identificar com base nos tipos de barreiras apresentadas, os subgrupos não aderentes à terapêutica. É constituída por 27 itens, organizados em cinco subescalas relacionados com as barreiras à terapêutica, respectivamente: doença/terapêutica (ex: Os médicos parecem não compreender o quanto a minha terapêutica interfere na minha vida.), Problemas cognitivos (ex: Para mim, é difícil fazer planos, por isso, às vezes, não sigo a minha terapêutica.), Falta de Suporte Social ou Auto-Eficácia (ex: Eu sinto que os médicos estão demasiado ocupados ou apressados para falar comigo acerca da minha doença e da minha terapêutica.), Negação ou Desconfiança (ex: Eu nem sempre confio nos médicos e nas enfermeiras.), Influência de Pares (ex: Eu não me importo que os meus amigos me façam questões acerca da minha doença.). Para cada item o indivíduo deverá indicar a opção que melhor se adequa ao modo como se sente. As respostas são dadas numa escala tipo Likert de 5 pontos que varia entre os “Discordo fortemente”, “Discordo”, “Neutro”, “Concordo” “Concordo fortemente”. Para fazer a cotação desta escala é necessário inicialmente inverter a pontuação dos itens 2, 10, 11, 16, 20, 22 e 23. Seguidamente em cada subescala devemos dividir a pontuação total obtida por um valor respectivamente:

- Na Subescala de doença/terapêutica – Dividir a pontuação total da subescala (obtida nos itens 1, 10, 14, 18, 21 e 27) por 6;
- Na Subescala de problemas cognitivos – Dividir a pontuação total da subescala (obtida nos itens 4, 5, 7, 8, 17, 24) por 6;

- Na subescala de suporte social ou auto-eficácia – Dividir a pontuação total da subescala (obtida nos itens 2, 11, 16, 22, 23, 26) por 6;
- Na subescala da negação ou desconfiança – Dividir a pontuação total na subescala (obtido nos itens 3, 12, 13, 15, 25) por 5;
- Na subescala da influência de pares – Dividir a pontuação total na subescala (obtido nos itens 6 e 20) por 2. Esta escala foi traduzida para português seguindo todos os procedimentos adequados para a mesma e vai ser utilizada em versão experimental. O Alfa de Cronbach da versão original é de 0,87 (Anexo F).

### Procedimento

Inicialmente, foi feita uma revisão de literatura existente sobre a obesidade, o locus de controlo e a adesão terapêutica de forma a aprofundar os conhecimentos nestas áreas. Formuladas as questões de investigação, foi feita uma pesquisa dos instrumentos que avaliavam o que se pretendia, ou seja, o locus de controlo nos pais e nos filhos (com excesso de peso ou obesidade) e a adesão terapêutica. Seguidamente, procurou-se fazer a adaptação de um dos instrumentos, utilizado para avaliar a adesão terapêutica nas crianças, mais concretamente, o *Illness Management Survey (IMS)*. Num primeiro momento procedeu-se à tradução dos itens do IMS. Depois e de forma a manter o sentido original dos itens adaptando-os à cultura portuguesa, fez-se duas retrotraduções de modo a garantir a maior exactidão na tradução linguística e acautelar que a versão traduzida é equivalente à original. A tradução e retrotradução foi revista por pessoas com formação em psicologia e domínio da língua inglesa, bem como por uma outra que possuía o inglês como língua materna. Ainda foi realizado uma retroversão por um tradutor que não possuía conhecimentos em relação à escala original. Após a comparação da retroversão com a tradução feita, não se encontrou discrepâncias.

De seguida realizou-se um pré-teste com crianças e adolescentes com doença crónica (diabetes mellitus tipo 1, asma, obesidade e doenças reumáticas) e a cumprir uma terapêutica médica. A aplicação do pré-teste vai permitir efectuar os primeiros tratamentos estatísticos afim de observar o poder discriminativo de cada item, as qualidades métricas no que concerne à consistência interna dos itens (Alfa de Cronbach), a estrutura factorial e validade preditiva do instrumento. Paralelamente, foi solicitado uma autorização à direcção e à comissão de Ética do Hospital Fernando da Fonseca para a realização desta investigação, a qual foi aprovado.

Uma vez aprovado o projecto, iniciou-se a recolha após um primeiro contacto com os vários técnicos de saúde (médicas e nutricionista) sendo-lhes explicado o tipo de estudo que seria efectuado e o modo como decorreria a recolha (crianças com diagnóstico de excesso de peso e obesidade acompanhadas pelos pais, que seguissem um plano terapêutico e com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos).

Os participantes eram abordados na sala de espera do serviço de pediatria do hospital citado, antes ou após à consulta de endocrinologia ou de nutrição. Era solicitado a participação voluntária dos indivíduos (os pais e os filhos) através do consentimento informado, onde era-lhes explicado a natureza do estudo e a forma como os dados posteriormente seriam tratados, garantindo a sua confidencialidade. Foi solicitado, também, o consentimento por escrito (Anexo H), onde era explicado em linguagem simples e informal, aquilo que tinha sido dito oralmente (incluído apenas no protocolo de avaliação dos pais). A parte final incluía um espaço onde o participante assinava, garantindo a aceitação voluntária em participar no estudo. Esta validava a aceitação dos pais e dos filhos em participar na investigação. Mediante este processo, iniciava-se a aplicação dos instrumentos aos pais e aos filhos. O protocolo de avaliação dos pais era constituído pelo Questionário de Caracterização Sócio-Demográfico e pelo Locus de Controlo na Saúde (Ribeiro, 1994). O protocolo de avaliação dos filhos, também, constituído pelo Questionário Sócio-Demográfico, pela escala Locus de Controlo da Saúde para crianças (Almeida & Pereira, 2006) e pelo Illness Management Survey (Logan, 2003). Era ainda explicado a cada participante que, se tivesse qualquer dúvida no decorrer da aplicação, o investigador estava disponível para esclarecer. Recolheu-se também, através dos processos clínicos de cada jovem, informações relativas ao peso e altura actuais e confrontou-se o diagnóstico referido pelos pais e filhos nos questionários, com o diagnóstico real relatado pela médica ou nutricionista.

Como forma de garantir o total anonimato e confidencialidade dos dados, atribuiu-se uma numeração a cada um dos questionários que integraram a amostra. Em média, o tempo de aplicação do protocolo de avaliação foi, aproximadamente de 20 minutos. Finalizado o preenchimento dos protocolos, agradecíamos a participação de ambos os intervenientes.

Concluída a fase de recolha e de obtenção de algumas informações clínicas necessárias junto aos técnicos de saúde, procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados através do programa *SPSS* (Statistical Package for the Social Sciences) versão 17.0 para *Windows XP*.

As questões abertas dos questionários sócio-demográficos foram tratadas através de um análise de conteúdo, que permitiu agrupar as respostas em diferentes categorias, sendo a maioria com base na literatura existente. As questões fechadas eram codificadas de acordo com o tipo variável (Nominal, Ordinal ou Intervalar).

Na análise estatística, para cada uma das questões de investigação, testou-se a normalidade e homogeneidade das variâncias, de forma a ponderar a escolha de um teste paramétrico ou não paramétrico. Tendo em atenção o tamanho da amostra, para testar a normalidade, recorreu-se ao teste de Shapiro-Wilk, uma vez que este é o mais apropriado a utilizar quando estamos a trabalhar com amostras inferiores a 50. O teste de Levene, por sua vez, foi utilizado para testar a homogeneidade das variâncias. Sempre que os pressupostos da normalidade e homogeneidade se observaram recorreu-se aos testes paramétricos: Teste t-Student ou Anova One-Way. Recorria-se ao teste Wilcoxon-Mann-Whitney quando os pressupostos para o uso de um teste paramétrico não se verificavam, embora, em algumas situações, quando se observava que a violação da normalidade não era muito grave (analisada através do rácio erro padrão do Skewness/Skewnwss e erro padrão Curtose/Curtose, em ambos inferior a 2) usava-se o teste t-Student, dando sempre preferência ao uso dos testes paramétricos, invés dos não paramétricos (Maroco, 2007). O teste do Qui-quadrado de independência foi usado quando estávamos a testar a relação entre variáveis categorizadas.

Finalizada a apresentação de toda a metodologia usada nesta investigação, será seguidamente analisados os resultados obtidos.

## Resultados

Os resultados obtidos neste estudo encontram-se organizados neste capítulo em diferentes fases, tendo sempre como finalidade, o de dar resposta aos objectivos inicialmente formulados. Numa primeira fase será feita à análise descritiva dos dados da família e da criança/adolescente com excesso de peso ou obesidade, a partir das respostas dadas nos questionários sócio-demográficas algumas das variáveis já foram objecto de uma descrição no capítulo referente ao método.

Seguidamente, será analisado a influência de determinadas variáveis (variáveis sócio-demográficas dos pais e do jovem (com excesso de peso ou obesidade), dados clínicos gerais e específicos da patologia em questão) relativamente ao locus de controlo (dos pais e dos filhos) e a adesão terapêutica (nos filhos), fazendo sempre que possível uma análise descritiva ou comparativa.

Posteriormente será analisada a influência das variáveis locus de controlo (dos pais e dos filhos), bem como a influência do locus de controlo das crianças/adolescentes com excesso de peso/obesidade na adesão à terapêutica.

Finalmente será apresentado a consistência interna das diferentes escalas utilizadas neste estudo permitindo avaliar a fidelidade dos instrumentos.

Todos os outputs resultantes da análise estatística constaram em anexo.

### Análise descritiva

A análise descritiva, dependendo do tipo de variável, vai basear-se no estudo das frequências observadas, valores máximos e mínimos, na análise de médias, desvio padrão e variância.

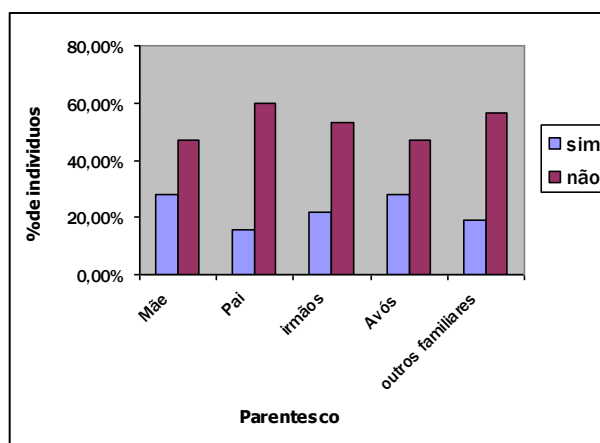
No que diz respeito à doença diagnosticada na criança/adolescente, observa-se que cerca de 53,1% dos jovens não identifica correctamente o diagnóstico ou não o sabe. Nos pais, a maioria identifica correctamente a doença diagnosticada no filho (65,5%).

Na amostra, a idade do diagnóstico de excesso de peso ou obesidade encontra-se entre os 5 e os 16 anos, sendo que idade mais referida foi aos 10 anos (25%), seguindo-se os 7 anos (15,6%) e 8 anos (12,5%). Quanto ao tempo passado após o diagnóstico, decorrem, maioritariamente, o período de 1 ano (37,5%) e 2 anos (18,8%).

Nenhuma das crianças da amostra no decurso do seu excesso de peso ou obesidade foi hospitalizada. Devido ao seu peso a mais, 2 crianças/adolescentes (6,3%) refere tomar medicação.

Dos jovens diagnosticados, 28,1% refere que tem um outro problema de saúde, de entre os quais pré-diabetes, asma, problemas respiratórios ou alergias.

Quando é perguntado se existe alguém na família com o mesmo problema de excesso de peso/obesidade, 79% refere que sim, e 21% que não. Na maioria é a mãe (28,1%) e os avós (28,1%) que apresentam o mesmo problema, seguindo-se os irmãos (21,9%) e por fim o pai (15,6%), como se pode observar na figura 1.



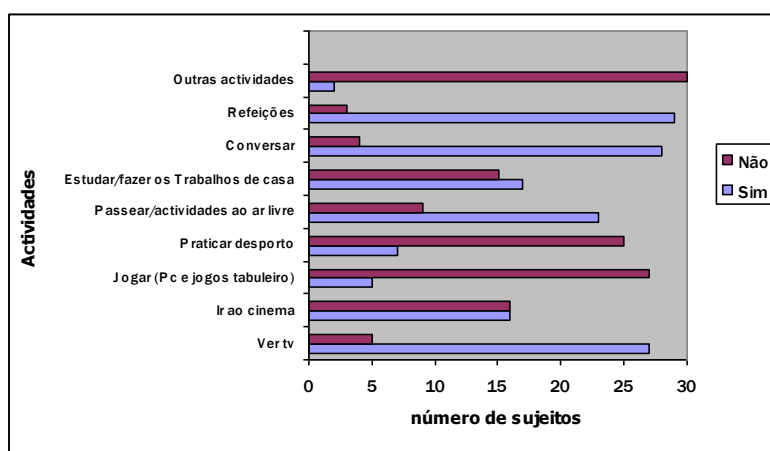
**Figura 1 – Familiares que apresentam o mesmo problema de peso que o jovem.**

Ao perguntarmos aos pais se o filho recebe algum tipo de apoio (psicológico, educativo, ensino especial, pedopsiquiátrico), 15,6% refere que sim e 84,6% que não. Os que referem receber apoio, apenas têm apoio psicológico.

No que se refere ao número de horas que os pais passam com a criança ou adolescente nos dias úteis e em tempo de aulas, as mães referem passar entre 2 horas e 8 horas, sendo o

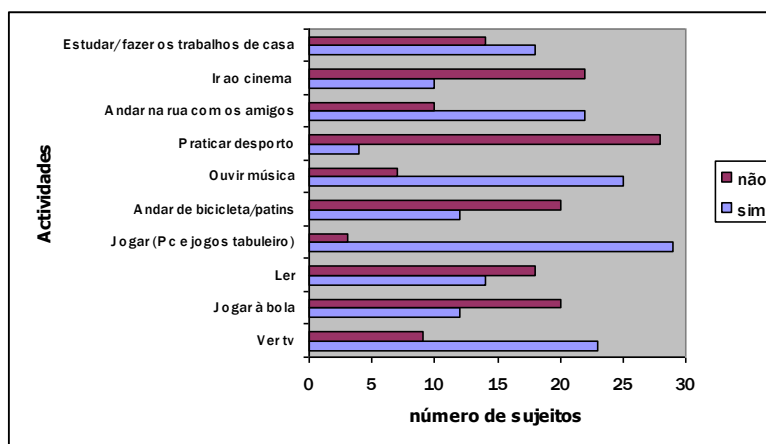
valor médio de aproximadamente de 5 horas por dia. Os pais por sua vez, passam com os seus filhos entre 0 e 8 horas, sendo o valor médio aproximadamente 3 horas de tempo. Os irmãos, por sua vez passam entre 1 hora e 8 horas, sendo que, o valor médio é de 5 horas por dia, em tempo de aulas nos dias úteis (vide anexo).

No que concerne às actividades que os pais fazem em conjunto com a criança ou adolescente, verifica-se que na sua maioria são: as refeições (N=29), conversar (N=28), ver televisão (N=27) e, passear/actividade ao ar livre (N=23). Por outro lado, praticar desporto (N=7) e o jogar computador/jogos de tabuleiro (N=5), surgem como as actividades menos realizadas entre pais e filhos (Figura 2).



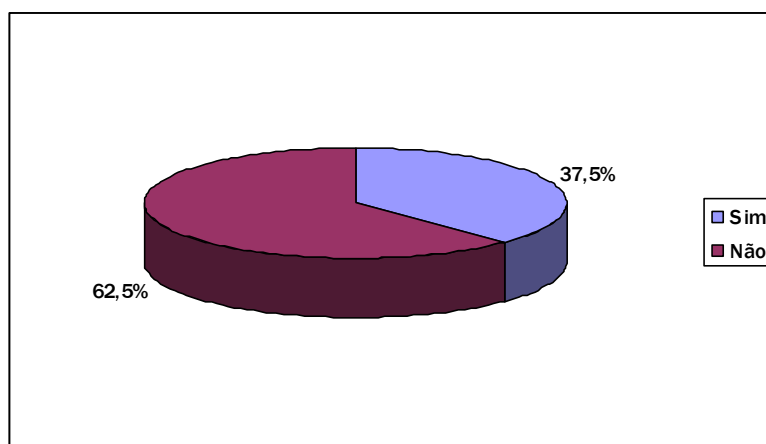
**Figura 2** – Actividades que os Pais Fazem em Conjunto com a Criança/Adolescente.

Quando se questiona o jovem obeso ou com excesso de peso quanto as actividades que realiza nos tempos livres, constatasse que, na maioria, jogam computador ou jogos de tabuleiro (29 jovens), ouvirem música (25 jovens), vêem televisão (23 jovens), estudam e fazem os trabalhos de casa (18 jovens), leêm (14 jovens). As actividades que as crianças/adolescentes referem menos são: jogar à bola (12 sujeitos); o andar de bicicleta/patins (12 sujeitos) e praticar desporto (4 sujeitos). Ainda é importante salientar o facto de a prática de desporto ser a actividade menos escolhida para os tempos livres da criança/adolescente com excesso de peso/obesidade (Figura 3).



**Figura 3** – Actividades Realizadas nos Tempos Livres pelas Crianças ou Adolescentes.

Como é possível verificar-se através da figura 4, quando se interroga a criança/adolescente quanto á pratica de desporto, 62,5% (N=12) aponta não praticar qualquer desporto, enquanto que 37,5% (N=20) diz que pratica. Destes, 25% pratica entre 2 a 3 vezes por semana e 9,4% pratica pelo menos uma vez por semana.



**Figura 4** – Pratica de desporto pelo jovem com excesso de peso/obesidade.

Os pais quando questionados acerca das refeições que fazem em conjunto com os filhos, 59,4% diz que toma o pequeno-almoço com a criança ou adolescente. Relativamente ao lanche da manhã, a grande maioria (96,9%) não o realiza com o filho. No almoço, 53,1% aponta não realizar. O lanche da tarde é a refeição que os pais menos fazem com os filhos, apenas 9,4% o realiza. O 2º lanche da tarde é praticado em conjunto com o filho por cerca de 21,9% dos progenitores. O jantar, é das refeições em que a maioria dos pais faz com a criança/adolescente (96,9%). A ceia, por sua , é apenas praticada por 9,4% dos pais.

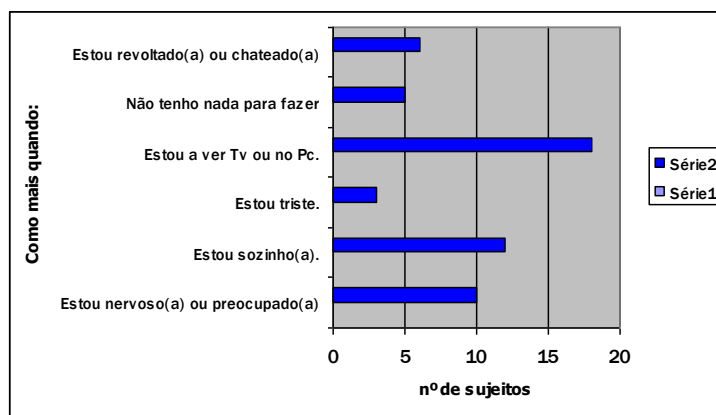
Quando se questiona as crianças relativamente ao número de refeições que fazem por dia, 90,6% aponta que faz o pequeno-almoço. O lanche da manhã é praticado por 65,6% das crianças ou adolescentes. O almoço é realizado pela maioria dos jovens da amostra (96,9%). O lanche ao meio da tarde é praticado por 75 % dos indivíduos, embora 25% não o realize. Por sua vez, o 2º lanche da tarde não é praticado por 71,9% dos jovens com excesso de peso/obesidade. Quanto ao jantar, todas as crianças ou adolescentes da amostra o fazem (100%). A ceia é efectuada apenas por 12,5% destes jovens.

As crianças e adolescentes comunicam que a maioria das suas refeições preparadas em casa são feitas, maioritariamente pela mãe (81,3%) e pelo pai (25%), embora também admitam ser preparadas por eles próprios (18,8%), pelos avós (15,6%) ou por outros familiares (6,3%). Confessam ainda comer mais qualquer coisa entre as refeições, 31,3% dos jovens inquiridos, enquanto 68,8% não o faz. Dos que referem comer mais alguma coisa entre as refeições, 15,6% diz que come fruta, 12,5% bolachas, 9,4% pão, 6,3% iogurtes e 3,1% refere que consome barras de cereais.

Quando é perguntado à criança/adolescentes o que gostam de comer mais as suas respostas divergem um pouco uns dos outros. Na grande maioria das suas preferências alimentares estão às comidas rápidas (43,8%), os doces (31,3%), os cereais (28,1%), as carnes (21,9%) e o peixe (12,5%), dando menos preferência aos produtos hortícolas (6,3%), aos lacticínios (6,3%) e às frutas (3,1%).

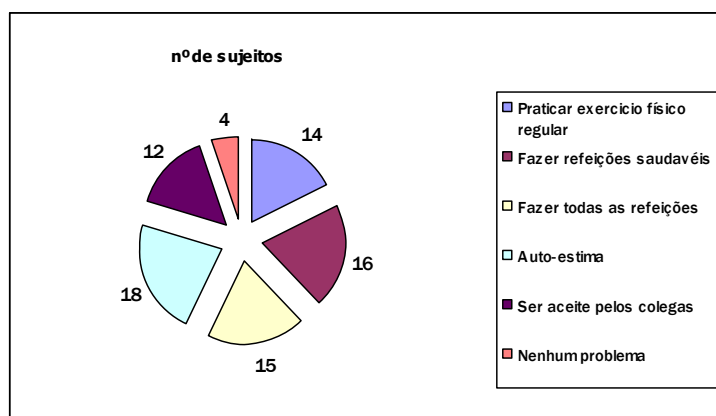
No que se refere ao que os jovens menos gostam de comer, 37,5% referiu não gostar de leguminosas, 31,3% de Peixe, 25% de hortícolas, 12,5% de cereais, 12,5% de carnes e 12,5% refere ainda não gostar de comer sopa.

Quando se questiona os jovens relativamente ao momento em que eles costumam comer mais, estes referem que ingerem mais alimentos quando estão a ver televisão ou no computador (56,3%), quando estão sozinhos (37,5%) ou quando estão nervosos ou preocupados (31,3%). Outras das razões apresentadas para a ingestão de maior quantidade de alimentos pelas crianças/adolescentes, é quando estão revoltados ou chateados (18,8%), quando não têm nada para fazer (15,6%) e ainda 9,4% quando estão tristes (Figura 5).



**Figura 5** - Situações em que a criança/adolescente com excesso de peso ou obesidade come mais.

Questionando os pais relativamente aos problemas que estes sentem em relação ao filho com esta doença, 16 pais (50%) referem que sentem que os filhos têm problemas em fazer refeições saudáveis, 15 (46,9%) em os filhos realizarem todas as refeições diárias, 14 (43,3%) acham que os filhos apresentam dificuldades na prática de exercício físico regular, ainda 14 dos pais (43,8%) acham que as crianças/adolescentes apresentam problemas de auto-estima e 12 sentem que os filhos têm problemas em ser aceites pelos colegas, dada a condição em que se encontram (Figura 6).



**Figura 6** - Problemas que os pais sentem que o seu filho tem com a doença.

Quando é perguntado aos pais o que sentiram quando souberam que o filho tinha excesso de peso/obesidade, na maioria 71,9% aceitaram a doença do filho e tentaram ajuda-lo em tudo o que podiam, também 71,9% manifestaram receio pelas consequências futuras da doença, 18,8% referem que sentiram uma maior necessidade em proteger o seu filho. Por outro lado, 12,5% dos pais sentiram medo e ansiedade face à situação, não sabendo como agir e ainda 12,5% manifestaram sentimentos de incapacidade e/ou impotência para ajuda-los

Interrogando os pais quanto às suas maiores dificuldades em lidar com o excesso de peso/obesidade da criança/adolescente, 68% referem que é fazer cumprir os horários das refeições e 43,8% em garantir a prática de exercício físico regular. Ainda 9,4% referem não existir qualquer dificuldade em lidar com a doença do filho.

Quando se pede aos pais que digam quais as alterações que tiveram de fazer nas suas vidas face à patologia da sua criança/adolescente, 81,3% referem que tiveram de alterar hábitos alimentares e aumentar o exercício físico. Ainda 18,8% diz não ter alterado nada. Daqueles que referem que modificaram hábitos alimentares e exercício físico 68,8%, expressam que alteraram hábitos alimentares da família e da criança e 18,8% apenas da criança. Por outro lado, aqueles que referem ter aumentando o exercício físico, 37,5% aumentaram não só o da criança, como também da família.

As crianças/adolescentes quando questionadas se tinham alguma vez sentido dificuldades em serem aceites pelos outros, 50% referem nunca ter sentido essa dificuldade. No entanto, 37,5% referem sentir às vezes alguma dificuldade neste aspecto, embora 9,1% refiram sentir quase sempre e 3,1% sentiram sempre dificuldades em ser aceite.

Pedindo aos jovens para nos dizer se sente que a sua doença o torna diferente dos seus colegas, 84,4% negam, face a 15,6% que se sentem diferentes. Quando questionados a razão destes últimos se sentirem diferentes, apontam: a sua aparência física, as dificuldades que têm em praticar desporto e o facto de serem excluídos pelos amigos.

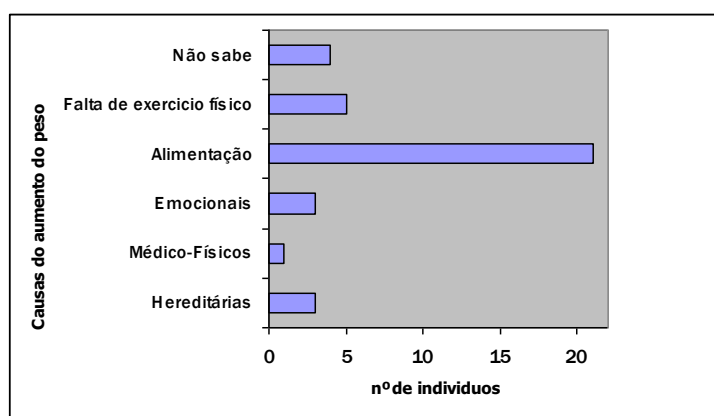
Questionando a criança/adolescente com excesso de peso/obesidade quanto ao facto de gostar ou não de se olhar ao espelho, 68,8% referem que não gostam do que vêem enquanto, 31,3% não apresentam qualquer problema neste aspecto.

As maiores dificuldades apresentadas pelas crianças e adolescentes em lidar com a sua doença foram, respectivamente, a modificação de hábitos alimentares (31,3%), a prática de exercício físico (31,3%) e o cumprimento da dieta prescrita (15,6%). Ainda, 9,4% referem problemas de auto-estima (aceitar-se como é), e ser discriminado pelos outros (6,3%). Não obstante, 12,5% referem não ter qualquer dificuldade em lidar com a sua doença (Tabela 2).

**Tabela 2** - Dificuldades referidas pela criança/adolescente em lidar com a sua doença.

	Aceitar-me como sou	Modificação de Hábitos Alimentares	Cumprir Horário das Refeições	Cumprir Dieta Prescrita	Ser Discriminado pelos Outros	Pratica de Exercício Físico	Nenhuma Dificuldade
Sim	3 (9,4%)	10 (31,3%)	1 (3,1%)	5 (15,6%)	2 (6,3%)	10 (31,3%)	4 (12,5%)
Não	29 (90,6%)	22 (68,8%)	31 (96,9%)	27 (84,4%)	30 (93,8%)	22 (68,8%)	28 (87,5%)

Quando os pais são questionados relativamente ao que pensam que pode ter causado o aumento de peso da criança/adolescente, 20 (62,5%) referem ter sido provocado devido à alimentação não adequada praticada pelos filhos, 4 (12,5%) dizem ser devido à falta de exercício físico, 3 (9,4%) referem causas emocionais, 3 (9,4%) causas hereditárias e 3 (3,1%) causas médicas. Ainda é de notar que, 4 (12,5%) pais dizem não saber a razão de excesso de peso ou obesidade do filho (Figura 7).



**Figura 7** – Causas apresentadas pelos pais como responsáveis pelo aumento de peso da criança ou adolescente.

Uma vez que o excesso de peso/obesidade traz múltiplas repercussões futuras na saúde dos jovens, optou-se por perguntar aos pais as consequências que eles achavam que a obesidade poderia trazer ao filho. Categorizou-se os problemas referidos de acordo com a classificação do International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, utilizado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2007).

Observou-se que os pais referem, na sua maioria, que o peso a mais pode trazer no futuro das suas crianças ou adolescentes problemas cardiovasculares, apontado por 17 indivíduos (53,9%), problemas metabólicos, referido por 15 (46,9%) e problemas psicológicos ou sociais, dito por 10 (31,3%). Em menor valor surgem os problemas ortopédicos, apontados por 3 pais (9,4%), problemas hormonais (3,1%) e problemas respiratórios (3,1%). Ainda 3 pais (9,4%) confessam não saber as consequências que o excesso de peso ou obesidade podem trazer (Figura 8).

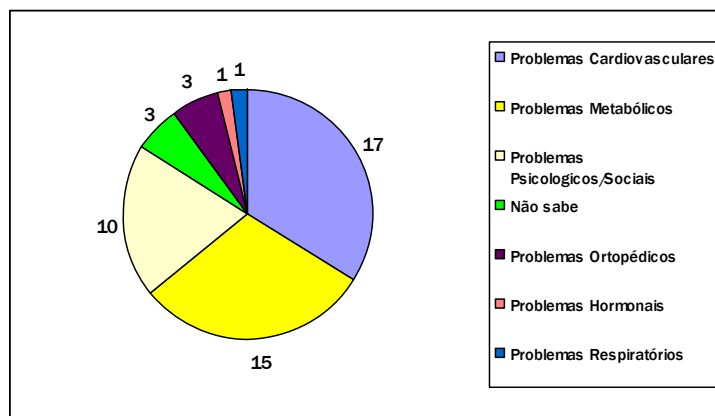


Figura 8 – Consequências de excesso de peso/obesidade do filho.

Relativamente ao locus de controlo nas crianças ou adolescentes, observou-se que maioritariamente, apresentam um locus de controlo externo (65,6%) face aos 34,4% que têm um locus de controlo interno. Os pais destes jovens, por sua vez, apresentam na sua totalidade um locus de controlo externo (100%).

No que concerne à variável adesão terapêutica, denota-se através de análise das médias obtidas que as crianças apresentam mais barreiras na sub-escala problemas cognitivos ( $M=2,90$ ), na sub-escala negação ou desconfiança ( $M=2,76$ ) e na sub-escala influência de pares ( $M=2,75$ ). As sub-escalas onde a criança/adolescente com peso a mais apresenta menos barreira é na sub-escala doença/terapêutica ( $M=2,45$ ) e na sub-escala suporte social ( $M=1,67$ ) como pode verificar na tabela 3, referente à adesão terapêutica.

Sub-escalas:	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Doença/Terapêutica	1,33	3,33	2,4531	,48125
Problemas Cognitivos	1,33	4,17	2,9010	,65289
Falta de Suporte Social ou Auto eficácia	1,00	2,50	1,6719	,40711
Negação ou Desconfiança	2,00	4,20	2,7563	,51490
Influência de Pares	1,00	5,00	2,7500	,95883

**Tabela 3** – Adesão terapêutica nas diferentes sub-escalas.

Com base na análise descritiva anteriormente apresentada, nas questões de investigação, na literatura revisada acerca: do excesso de peso/obesidade, do locus de controlo e da adesão terapêutica serão seguidamente, analisados vários dos objectivos inicialmente propostos, através de uma análise estatística mais profunda.

Para testar cada um dos objectivos formulados baseou-se em diferentes testes respectivamente: O teste Qui-quadrado de independência, o teste Binomial, o t-Student e Anova one-way. Antes da escolha de cada um dos testes verificou-se se os pressupostos teóricos de cada um deles eram respeitados (Maroco & Bispo, 2003). Os resultados foram considerados significativos quando o valor de  $p$  ( $p$ -value) era inferior ou igual ao nível de significância  $p \leq 0,05$ . No entanto sempre que se verificarem diferenças significativas para um nível de significância menor ou igual à 0,10 foi será feito a devida referência.

Tentamos verificar se existia uma relação entre o locus de controlo e o excesso de peso/obesidade da criança/adolescente, recorrendo para tal, ao teste Qui-quadrado de independência ( $X^2$ ), verificou-se existir uma relação significativa ( $X^2 = 4,693$ ,  $p < 0,05$ ). A análise dos resíduos ajustados indica-nos que há uma percentagem significativamente maior de sujeitos com excesso de peso que têm um locus de controlo externo (100%), do que os obesos com locus de controlo externo (56%). Independentemente de serem obesos ou com excesso de peso constata-se que na sua maioria (65,6%) têm locus de controlo externo, sendo a diferença de percentagens estatisticamente significativas para  $p < 0,030$ .

Observamos através do teste Qui-Quadrado não existir diferenças significativas entre o gênero da criança/adolescente e o locus de controlo ( $X^2 = 0,009$ ,  $p > 0,05$ ). Embora não se verifique diferenças significativas, através da análise de frequências observa-se que os indivíduos do sexo masculino apresentam um locus de controlo externo um pouco maior do que os do sexo feminino (66,7% vs. 65%). No locus de controlo interno são as raparigas que apresentam uma percentagem ligeiramente superior (35% vs. 33,3%).

Observou-se existir uma relação significativa entre a idade da criança e o locus de controlo através do teste Qui-Quadrado ( $X^2 = 13,037$ ,  $p < 0,05$ ). A análise dos resíduos indica-nos que há uma percentagem significativamente maior de sujeitos com idades entre os 14 e os 17 anos, que têm locus de controlo externo (100%), do que os sujeitos com idades entre os 11 e os 13 anos (38,90%). As crianças com menor idade têm um locus de controlo interno superior ao externo (61,1% vs 38,9%).

Ao explorarmos o locus de controlo externo no sentido de tentarmos perceber se a criança/adolescente é mais influenciada por outros poderosos ou outros significativos, recorreu-se então ao teste t-Student para amostras emparelhadas e verificou-se não existir uma relação significativa ( $T(20) = -1,455$ ,  $p > 0,05$ ). Embora não seja significativo denota-se que os indivíduos com locus de controlo externo obtêm valores mais elevados nos outros significativos (média = 0,74) do que nos outros poderosos (média = 0,65).

Analisando se o tipo de locus de controlo presente nos pais tem influência no tipo de locus de controlo presente nos filhos verificou-se existir diferenças estatisticamente significativas. Utilizou-se neste caso um teste binomial ( $p < 0,00$ ). Os pais têm na sua totalidade um locus de controlo externo (100%) e os filhos na sua maioria também têm um locus de controlo externo (65,6%).

Ao tentarmos averiguar se existe uma relação entre o tempo de diagnóstico e o locus de controlo nos filhos, recorreu-se ao teste Qui-Quadrado ( $X^2$ ) onde notou-se não existir diferenças significativas entre as duas variáveis ( $X^2 = 1,347$ ,  $p > 0,05$ ). Constatou-se, no entanto, a existência de uma percentagem maior de sujeitos com locus de controlo interno naqueles em que o diagnóstico tinha sido feito à 4 ou mais anos (46,2%) e uma percentagem maior de indivíduos com locus de controlo externo naqueles cujo diagnóstico tinha sido realizado à menos de 4 anos.

No que concerne à verificação se o locus de controlo influencia a adesão terapêutica, recorreu-se a um teste paramétrico, mais concretamente ao t-Student, depois de ter sido observado que as variáveis respeitavam os requisitos da normalidade, através do teste Shapiro-Wilk (não pelo Kolmogorov-Smirnov porque a nossa amostra é pequena) e de homogeneidade, através do teste de Levene. Constatou-se não existirem diferenças significativas entre o tipo de locus de controlo presente e a sua influência na adesão terapêutica nas diferentes subescalas, uma vez os valores de significância obtidos foram todos superiores a 0,05, considerava-se que existiam diferenças se esses valores obtidos fossem inferiores ou iguais a 0,05 (Tabela 4). Se analisarmos, embora estatisticamente não seja significativo a tabela das médias obtidas nas diferentes subescalas, verifica-se que os sujeitos como locus de controlo externo apresentam maiores barreiras nas subescalas problemas cognitivos, e negação e desconfiança, e menos barreiras nas subescalas falta de suporte social ou auto-eficácia doença/terapêutica e influência de pares.

**Tabela 4:** *Teste de T-Student para a verificação se o locus de controlo influencia à adesão nas diferentes subescalas.*

	Sub-escala doença/tera pêutica	Sub-escala problemas cognitivos	Sub-escala falta de suporte social /auto- eficácia	Sub-escala negação/des confiança	Sub-escala influência pares
t	-0,521	0,231	0,052	0,370	-1,484
df	30	30	30	30	30
Sig.	0,606	0,819	0,959	0,714	0,148

Para analisarmos se existiam diferenças significativas entre o tempo de diagnóstico (mais de 4 anos de diagnóstico vs até quatro anos de diagnóstico) e a adesão terapêutica nas crianças/adolescentes com peso a mais recorreu-se a um teste t-Student para amostras independentes, depois de verificados os pressupostos da normalidade e homogeneidade. Observou-se que a subescala problemas cognitivos não tinha distribuição normal, assim sendo, será tratada individualmente recorrendo ao teste não paramétrico Wilcoxon-Mann-Whitney (Tabela 5 e Tabela 6). Da análise observou-se a existência de uma diferença significativa na subescala influência de pares,  $t(30) = -2,073$ ,  $p < 0,05$ . Desta forma e com

base na análise das médias da subescala verifica-se que os sujeitos com diagnóstico mais recente apresentam mais barreiras ( $m=3,026$ ) do que os sujeitos com mais tempo de diagnóstico ( $m=2,34$ ). Ao tratarmos individualmente a subescala problemas cognitivos, através do teste Wilcoxon-Mann-Whitney, observou-se não existirem diferenças significativas ( $Z=-0,791$ ,  $p > 0,05$ ).

**Tabela 5:** Teste de T-Student para o tempo de diagnóstico e a adesão à terapêutica.

	Sub-escala doença/tera pêutica	Sub-escala falta de suporte social /auto- eficácia	Sub-escala negação/des confiança	Sub-escala influência pares
t	0,326	0,820	-1,001	-2,073
df	30	30	30	30
Sig.	0,746	0,419	0,325	0,047*

**Tabela 6:** Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para o tempo de diagnóstico e a adesão à terapêutica na subescala problemas cognitivos.

	Sub-escala problemas cognitivos
Mann-Whitney U	103,000
Wilcoxon W	194,000
Z	-0,791
Sig.	0,43

Quando averiguamos se os adolescentes que referem que a sua doença os torna diferente dos outros e relacionamos com adesão terapêutica, verifica-se não existirem diferenças estatisticamente significativas nas diferentes subescalas ( $p > 0,05$ ). Uma vez que os pressupostos da normalidade e homogeneidade se verificaram nas diferentes sub-escalas, excepto na de influência de pares, utilizou-se para as primeiras, o teste paramétrico t-Student e para a última sub-escala citada, o teste não paramétrico Wilcoxon-Mann-Whitney (Tabela 7 e Tabela 8). Embora não sendo estatisticamente significativo, analisando os valores médios

obtidos em cada subescala observa-se que os jovens que dizem que a sua doença não os torna diferentes, são aqueles que apresentam mais barreiras à adesão terapêutica nas diferentes subescalas.

**Tabela 7:** *Teste de T-Student para verificar se existem diferenças na adesão terapêutica nas crianças que referem que a sua doença as torna diferente dos outros.*

	Subescala doença/tera pêutica	Subescala problemas cognitivos	Subescala falta de suporte social /auto- eficácia	Subescala negação/des confiança
t	-0,769	-0,371	-0,424	-1,527
df	30	30	30	30
Sig.	0,448	0,713	0,675	0,325

**Tabela 8:** *Teste Wilcoxon-Mann-Whitney para verificar se existem diferenças na subescalas influência de pares nas crianças que referem que a sua doença as torna diferente dos outros.*

	Sub-escala influência pares
Mann-Whitney U	45,000
Wilcoxon W	60,000
Z	-1,188
Sig.	0,235

No que se refere à auto-estima e à sua relação com a adesão terapêutica, não se observaram diferenças significativas nas diferentes subescalas (Tabela 9 e Tabela 10). Usou-se para esta análise o teste T-Student para as subescalas que respeitavam os pressupostos teóricos deste teste, e as restantes o teste Wilcoxon-Mann-Whitney (sub-escala: doença/terapêutica e influência de pares).

**Tabela 9:** Teste de T-Student para a auto-estima e barreiras à adesão.

	Subescala problemas cognitivos	Subescala suporte social /auto-eficácia	Subescala negação/desconfiança
T	-1,495	-0,825	1,542
Df	30	30	30
Sig.	0,145	0,416	0,133

**Tabela 10:** Teste Wilcoxon-Mann-Whitney para auto-estima e barreiras nas sub-escalas falta de suporte social ou autoeficácia e influência de pares.

	Subescala doença/terapia	Sub-escala influência pares
Mann-Whitney U	69,500	45,000
Wilcoxon W	124,500	60,000
Z	-1,661	-1,188
Sig.	0,10	0,235

Relativamente às crianças e adolescentes que identificam correctamente como tendo excesso de peso ou obesidade, tentou-se verificar se este conhecimento correcto do diagnóstico por parte do jovem teria alguma influência na adesão terapêutica. Verificou-se no entanto não existirem diferenças significativas entre o facto do jovem identificar correctamente a sua doença e a adesão nas diferentes subescalas para um nível de significância  $p < 0,05$ . Embora as subescalas: doença/terapia e negação/desconfiança não tenham distribuição normal, verificamos através do erro padrão do Skewness/Skewness e erro padrão Curtose/Curtose, em ambas inferior a 2, logo a violação à normalidade não é grave, utilizamos então o teste t-Student.

Embora, estatisticamente não seja significativo, a análise das médias obtidas em cada uma das escalas mostra-nos que os sujeitos que identificam correctamente o seu excesso de

peso/obesidade são aqueles que apresentam maiores barreiras em todas as sub-escalas, excepto, nas sub-escalas: doença/terapêutica e suporte social/auto-eficácia (Tabela 11).

**Tabela 11:** Teste de T-Student para verificar se a identificação correcta do diagnóstico influencia a adesão nas diferentes subescalas.

	Subescala doença/terapêutica.	Subescala falta de suporte social /auto-eficácia	Subescala problemas cognitivos	Subescala negação/desconfiança	Sub-escala influência pares
t	0,389	-0,497	-0,545	1,291	1,407
df	30	30	30	30	30
Sig.	0,700	0,623	0,590	0,207	0,170

Ainda, verificou-se se existiria uma relação entre o conhecimento correcto do diagnóstico com a escolaridade da criança/adolescente. Observou-se através do teste Qui-Quadrado de independência não existir uma relação significativa entre o conhecimento do diagnóstico e a escolaridade do jovem ( $X^2 = 0,029$ ,  $p > 0,05$ ). Se observarmos os dados numa tabela de frequências, embora estatisticamente não seja adequado, vemos que os indivíduos que têm maior escolaridade têm maior conhecimento acerca da doença (50%) do que os com menor escolaridade (46,2%).

**Tabela 12:** Teste do Qui-quadrado para a relação entre a escolaridade e o conhecimento correcto da doença.

	Valor	Gl.	Sig.
Teste do Qui-quadrado	0,029	1	0,865

Ao analisarmos se haveria alguma influência da escolaridade dos pais no excesso de peso ou obesidade dos filhos, verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas, usou-se para tal verificação o teste Qui-quadrado de independência (Mãe -  $X^2 = 0,03$ ,  $p > 0,05$  e Pai  $X^2 = 0,459$ ,  $p > 0,05$ ) que apresentamos abaixo (Tabela 12). Ao analisarmos a tabela de frequências relativa às variáveis em estudo nota-se que os pais dos

indivíduos com excesso e obesidade, maioritariamente, estudaram apenas até ao ensino básico.

**Tabela 13:** Teste do Qui-quadrado para verificar se a escolaridade dos pais influência no peso a mais dos filhos.

Teste do Qui-quadrado	Valor	Gl.	Sig.
Mãe	0,03	1	0,957
Pai	0,562	1	0,459

No que diz respeito ao tipo de relacionamento da criança com a mãe, verificou-se se existem alguma relação com a adesão à terapêutica. Para tal recorremos ao teste t-Student, depois de verificados os pressupostos teóricos (normalidade e homogeneidade). Na sub-escala falta de suporte social ou auto-eficácia não se verifica a existência da normalidade, no entanto essa violação não é muito grave (analisado através do rácio erro padrão do Skewness/Skewness e erro padrão Curtose/Curtose, em ambas inferior a 2) desta forma usamos o teste T-Student. Da análise do teste verificou-se não existirem diferenças significativas na sub-escala analisada ( $t(25) = 0,664$ ,  $p > 0,05$ ).

Em relação ao tipo de relacionamento da criança com o pai, realizou-se os mesmos procedimentos para avaliar se haveria uma relação com a adesão à terapêutica no que concerne à sub-escala falta de suporte social ou autoeficácia. Embora o pressuposto teórico da normalidade se tenha verificado, a homogeneidade não, utilizou-se então na análise os valores do T-Student para a homogeneidade não assumida. Não se observou diferenças significativas entre o tipo de relacionamento com o pai e a adesão terapêutica na subescala referida (Tabela 14).

**Tabela 14:** Teste de T-Student para verificar se o tipo de relacionamento da criança/adolescente com os pais influência à adesão terapêutica na subescala falta de suporte social/auto-eficácia.

Mãe	Subescala falta de suporte social /auto-eficácia	Pai	Subescala falta de suporte social /auto-eficácia
t	0,664	t	0,095
df	25	df	18,648
Sig.	0,513	Sig.	0,925

Para analisarmos se existe alguma relação entre o gênero e a adesão terapêutica nas diferentes sub-escalas, recorreu-se ao teste paramétrico t-Student, após ter sido testada a normalidade e a homogeneidade das variâncias. Observou-se no entanto não existirem diferenças estatisticamente significativas entre o gênero e a adesão a terapêutica. Se analisarmos as médias obtidas, em cada uma das sub-escalas, para cada um dos sexos observamos que os indivíduos do sexo masculino apresentam mais barreiras à adesão nas subescalas: doença/terapêutica, problemas cognitivos e influência de pares. Os sujeitos do sexo feminino por sua apresentam mais barreiras nas subescalas: falta de suporte social ou auto-eficácia e negação ou desconfiança.

A influência da prática de desporto na adesão terapêutica na subescala doença/terapêutica foi testada recorrendo ao teste paramétrico t-Student. Observou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas ( $t(30)=-0,327$ ,  $p > 0,05$ ). Através da análise das médias obtidas na estatística descritiva, observamos que os indivíduos que não praticam desporto são aqueles que apresentam maiores barreiras à adesão na sub-escala doença/terapêutica.

Quando analisamos se as alterações de hábitos alimentares e exercício físico da criança e da família influência a adesão terapêutica na sub-escala falta de suporte social ou auto-eficácia, verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas (modificação de hábitos alimentares  $F(1,30)= 0,001$ ,  $p > 0,05$ ; modificação de exercício físico  $F(2,29)= 1,526$ ,  $p > 0,234$ ). Utilizou-se o teste Anova One Way, após verificados os

pressupostos da normalidade e homogeneidade de variâncias através dos testes de Shapiro-Wilk e o teste de Levene.

Para explorarmos se a idade da criança/adolescente influencia a adesão terapêutica nas diferentes sub-escalas, observou-se que todas as sub-escalas apresentavam distribuição normal, excepto a sub-escalas influência de pares, no grupo de menor idade. No entanto, como a violação à normalidade não é muito grave vamos utilizar o teste t-Student. Não se encontrou diferenças estatisticamente significativas (Tabela 15). Se observarmos as médias obtidas em cada uma das sub-escalas, constatamos que os indivíduos mais velhos (14-17 anos) apresentam menos barreiras nas subescalas: doença/terapêutica, falta de suporte ou auto-eficácia e na influência de pares. Os mais novos, por sua vez, apresentam menos barreiras nas sub-escalas problemas cognitivos e negação ou desconfiança.

**Tabela 15:** Teste de T-Student para verificar se a idade influencia na adesão terapêutica nas diferentes subescalas.

	Subescala doença/terapê utica.	Subescala falta de suporte social /auto-eficácia	Subescala problemas cognitivos	Subescala negação/des confiança	Subescala influência de pares
t	-0,495	-0,117	-0,183	0,224	0,556
df	30	30	30	30	30
Sig.	0,624	0,907	0,856	0,824	0,582

Após a análise dos objectivos proposto torna-se pertinente avaliar a consistência interna das diferentes escalas utilizadas, mais concretamente a escala de Locus de Controlo da Saúde (Ribeiro, 1994), a escala de Locus de Controlo da Saúde para Crianças – CHLC (Almeida & Pereira, 2006), e a escala Illness Management Survey – IMS (Logan, 2003). Ao analisarmos o alfa de Cronbach das diferentes escalas conclui-se que estas medem aquilo que propõe medir, isto porque os valores encontrados permitir constatar que a consistência interna da Escala de Locus de Controlo da Saúde apresenta um  $\alpha = 0,752$ ; da Escala de Locus de controlo de Saúde para Crianças de  $\alpha = 0,710$  e da Escala Illness Management Survey de  $\alpha = 0,753$ . Neste caso podemos afirmar que as escalas apresentam uma consistência interna razoável (Ribeiro, 2008).



## Discussão

Esta investigação, foi realizada com o objectivo de verificarmos o locus de controlo dos pais e de filhos com excesso de peso/obesidade e a adesão terapêutica nestes últimos, bem como a influência de algumas das variáveis sócio-demográficas/clínicas. Será com base nos resultados apresentados anteriormente, na literatura e trabalhos existentes que iniciaremos a discussão dos resultados.

Ao analisarmos o locus de controlo dos pais e dos filhos, constatou-se que na sua totalidade, os pais têm um locus de controlo externo e a maioria dos jovens têm um locus de controlo coincidente com os pais. Isto vai de acordo com as expectativas criadas, de que pais com um dado locus de controlo teriam filhos com um locus de controlo coincidente. Assim, podemos dizer que nesta amostra, tanto os pais como os filhos na sua maioria, tendem a avaliar os acontecimentos/situações que ocorrem nas suas vidas não contingentes às suas acções, portanto, não controláveis por eles. Segundo Almeida & Pereira (2006), o locus de controlo resulta de um processo de aprendizagem social que se inicia na infância e prolonga-se pela vida, são essencialmente os pais que controlam os nossos comportamentos, bem como o acesso aos reforços resultantes destes, que nos permitirá avaliar a relação existente entre as acções e as consequências resultantes. Neste sentido as crianças da nossa amostra na sua maioria tenderam a avaliar as situações ou acontecimentos da mesma forma que os pais, ou seja, como não controláveis por elas. Como refere Barros (2003) as crenças e significações parentais face a saúde/doença influenciam as dos filhos e consequentemente os comportamentos da criança.

Rotter (1966, cit. Ribeiro, 2000), refere com base nos suas investigações que um dos antecedentes importantes para a externalidade da criança está relacionado com a incapacidade desta antecipar a disciplina dos pais. Esta incapacidade poderia ser explicada devido à inexistência de uma consistência do comportamento entre um dos pais, ou entre ambos, ou mesmo devido à incapacidade da criança perceber a existência de uma consistência que no fundo pode não existir.

O facto de um indivíduo com excesso peso/obesidade ter um locus de controlo predominantemente interno, é um importante preditor para a redução do peso e sucesso terapêutico. Porém pesquisas recentes revelam a inexistência de um consenso quanto a esta relação entre o locus de controlo interno e o sucesso nas terapêuticas (Cataneo, Carvalho & Galindo, 2005).

Embora não havendo um consenso entre o locus de controlo e saúde, a maioria dos estudos, apesar de realizados com adultos, indicam que os sujeitos com locus de controlo interno têm melhores resultados e comportamentos de saúde mais adequados que aqueles com locus de controlo externo (Ribeiro, 1994; Rosero, Ferriani & Coleta, 2002).

Ao relacionarmos o Locus de controlo com o peso da criança/adolescente constatou-se que todos os indivíduos com excesso de peso (entre o percentil 85 e o percentil 95) têm um locus de controlo externo. No entanto, nos obesos (com percentil superior a 95) existe uma pequena percentagem de indivíduos como locus de controlo interno. Os resultados obtidos vão ao encontro do que Aldersberg & Mayer (1949, cit. Carvalho, 2001) referem, quando nos seus trabalhos afirmam que indivíduos com peso a mais têm uma tendência para a externalidade.

Uma vez que o locus de controlo presente nas crianças é maioritariamente externo, averiguou-se se seriam mais influenciadas pelos outros poderosos ou pelos outros significativos, constatou-se, não existirem diferenças significativas. Através de uma análise das médias obtidas verificou-se que os jovens predominantemente externos apresentam valores mais elevados nos outros significativos. Deste modo os indivíduos da amostra com locus externo, face à doença, tendem a localizar o controlo dos acontecimentos ou situações não em si, mas nos outros (por exemplo: nos pais).

Quando se verificou se haveria uma relação entre o locus de controlo e o género, constatou-se não haver diferenças estatisticamente significativas. No entanto através de uma análise de médias constata-se que os sujeitos de sexo feminino apresentavam um locus de controlo interno superior aos indivíduos do sexo masculino. Independentemente do género os sujeitos da amostra apresentam um locus de controlo predominantemente externo.

Quando relacionamos o locus de controlo com a idade das crianças/adolescentes, verificou-se que os mais novos (dos 11anos aos 13 anos) apresentam um Locus de controlo predominantemente interno, enquanto os mais velhos (dos 14 anos aos 17 anos), na sua totalidade um locus de controlo externo. Isto leva-nos a pensar se, com o decorrer da idade o locus de controlo altera-se face ao impacto que a doença crónica gera, ou a sua internalidade/externalidade já os acompanha desde sempre, seria certamente algo interessante de se investigar. O que se sabe é que o locus de controlo evolui ao longo da infância e da

adolescência, havendo uma tendência ou para a externalidade ou para a internalidade, que mantêm-se estável ou desenvolvendo-se, no sentido de um aumento gradual do locus de controlo interno ou diminuição do externo (Almeida & Pereira, 2006).

Ao relacionarmos o tipo de locus de controlo predominante com o tempo que passou após o diagnóstico, verificou-se não existirem diferenças significativas. Esperava-se que os indivíduos com mais tempo de diagnóstico apresentassem um locus de controlo mais interno, relativamente aos indivíduos com diagnóstico mais recente.

Ao analisarmos o Locus de controlo e a adesão terapêutica, observou-se que não existe qualquer relação significativa entre ambos. Almeida & Pereira (2006), consideram que a relação existente entre estas duas variáveis não é muito consistente e/ou conclusiva. Analisadas as médias obtidas entre o locus de controlo e a adesão, observa-se que, indivíduos com locus de controlo externo apresentam maiores barreiras nas sub-escalas problemas cognitivos, falta de suporte social ou auto-eficácia, negação ou desconfiança e menos barreiras na subescala doença/terapêutica.

A adesão terapêutica é traduzida por várias subescalas. A sub-escalas doença/terapêutica, que está relacionada com aspectos como a dor, desconforto, mudanças físicas, complexidade da terapêutica e eficácia. A sub-escala problemas cognitivos, que aponta para aspectos mais relacionados com a confusão e conhecimento da doença. A sub-escala falta de suporte social ou auto-eficácia, mais direccionada para factores familiares, suporte parental e partilha de responsabilidades parentais. A sub-escala negação e desconfiança, com a negação à doença e desconfiança relativamente aos tratamentos. E finalmente, a sub-escala influência de pares que esta relacionada com o desejo dos indivíduos não serem diferentes dos restantes colegas e expor-se a outros adolescentes com a mesma doença (Logan, Zelikovsky, Labay & Spergel, 2003).

Relativamente ao tempo passado após o diagnóstico e a adesão terapêutica, observou-se existirem diferenças significativas na subescala influência de pares, concretamente os jovens com diagnóstico mais recente mostraram maiores barreiras nesta subescala. Esta subescala remete para o facto dos indivíduos não se acharem diferentes dos amigos e de se identificarem com os indivíduos que apresentam a mesma doença, portanto, apresentando mais barreiras nesta sub-escala, podemos afirmar que indivíduos à menos tempo acham que a

doença os torna diferentes dos amigos e têm dificuldades em se identificar com pessoas com a mesma doença. Esperava-se que as crianças com diagnóstico a mais tempo apresentassem menos barreiras nas diferentes subescalas, embora na literatura seja referido que os indivíduos com uma doença crônica podem deixar de acreditar na eficácia da terapêutica face a longa duração do seu tratamento e conseqüentemente haver um aumento das barreiras à adesão (Bennet, 2002; Pires, 2008). No caso do excesso de peso/obesidade em que a terapêutica baseia-se essencialmente na mudança de hábitos alimentares e aumento do exercício físico, a redução do peso não é algo que se observe de imediato, o que faz com que haja taxas de não adesão elevadas (Vieira, Atihê, Soares, Damiani & Seyian, 2004).

Constatou-se ainda, não existir uma relação significativa entre a doença da criança/adolescente e o facto de se achar diferente dos outros colegas. No entanto observou-se que aqueles que diziam não achar que a sua doença os tornava diferentes, eram os que apresentavam maiores barreiras. Esperava-se que os indivíduos com peso a mais, e tendo em atenção a fase em que se encontram, referissem, na maioria, que a sua doença os tornava diferentes dos outros colegas, visto que como refere Stern, Mazzeo, Porter, Bean & Layer (2007), o excesso de peso/obesidade na adolescência contribui para a estigmatização, para o empobrecimento psicossocial.

Ao relacionarmos a adesão terapêutica com a auto-estima do jovem com excesso de peso/obesidade a partir da questão: “quando te olhas ao espelho gostas do que vês?” embora não se tenham encontrado diferenças significativas, achamos pertinente referir que a partir da análise das médias obtidas, jovens com excesso de peso ou obesidade, que respondem negativamente à questão, apresentam maiores barreiras nas sub-escalas de doença/terapêutica. Incrivelmente estes jovens com peso a mais referem não gostar do que vêem, no entanto não se envolvem adequadamente na sua terapêutica/doença. Gostariam de não ter tal aparência, mas não se envolvem.

Relacionando a adesão terapêutica com a idade da criança ou adolescente, observou-se não existirem diferenças significativas. Esperava-se que os adolescentes mais velhos (entre os 14 e os 17 anos) apresentassem maiores barreiras na sub-escala doença/terapêutica, uma vez que a literatura aponta para que os adolescentes mais velhos apresentem maiores barreiras nesta sub-escala quando comparados com os mais novos Kyngäs (1999 cit. Logan, Zelikovsky, Labay & Spergel, 2003).

Relativamente à relação entre a identificação correcta do diagnóstico por parte do jovem com obesidade ou excesso de peso e a adesão à terapêutica, não se observaram diferenças significativas. Tínhamos a expectativa que jovens que identificavam correctamente a sua doença apresentavam menos barreiras na subescala à doença/terapêutica.

No que concerne à identificação do diagnóstico correcto por parte dos pais e a relação com a adesão terapêutica, constatou-se não existirem diferenças significativas. A literatura refere que a maioria dos pais não percebem os seus filhos como estando com excesso de peso ou com obesidade (Baughcum, Chamberlin, Deeks, Power & Witaker, 2000). Portanto, se os pais não percebem os filhos como estando gordos, não vão contribuir para o aumento da adesão à terapêutica.

Contrariamente aos filhos, constatou-se que, maioritariamente, os pais identificam correctamente a doença do seu filho, mostram ter algum conhecimento das causas e consequências que o excesso de peso/obesidade pode provocar, embora continuem a desvalorizar, a não dar a devida importância ao peso a mais dos filhos. Sabendo que a família assume um papel fundamental na modulação dos comportamentos alimentares na idade pediátrica, parece-nos que enquanto não forem capazes de olhar para o peso dos filhos como um problema grave de saúde, os níveis de não adesão à terapêutica continuaram a ser elevadíssimos. Actualmente ainda existem muitos pais que referem que ser gordo é sinónimo de ser saudável e feliz (Carmo, 2008).

É de salientar que nesta amostra, as crianças/adolescentes referem que um dos pais apresenta o mesmo problema que eles, sendo a mãe a mais assinalada. Terres, Pinheiro, Horta, Pinheiro & Horta (2006), apontam que o excesso de peso/obesidade de um dos pais aumenta as probabilidades dos filhos também apresentarem peso a mais. Padez, Mourão, Moreira & Rosado salientam que a obesidade dos jovens está fortemente associada ao peso a mais da mãe. O nosso estudo veio confirmar os dados encontrados nos estudos pelos autores acima.

Perante a averiguação da existência de alguma relação entre a escolaridade dos pais, e filhos e a sua relação com a adesão, não se observou esse facto. Porém, a literatura sugere que quanto menor o nível de escolaridade da criança e dos pais, maior a tendência para a existência de peso a mais (Cruz, Martins, Silveira & Guiomar, 2003; Terres, Pinheiro, Horta,

Pinheiro & Horta, 2006; Padez, Mourão, Moreira & Rosado, 2005). Observou-se neste estudo que a maioria dos pais apresentam o ensino primário ou básico.

No que diz respeito ao tipo de relacionamento que os pais têm com a criança não se observaram diferenças estatisticamente significativas. Esperava-se que a existência de um bom relacionamento dos jovens com os pais pudesse influenciar a adesão terapêutica, na subescala falta de suporte social/auto-eficácia. Analisando a média obtidas nesta subescala observa-se que os indivíduos que referem ter um muito bom relacionamento com os pais são aqueles que apresentam mais barreiras, mostrando assim o contrário do que era esperado, e que se traduz no facto de que o muito bom relacionamento contribui para a não adesão. Se pensarmos que as mães na sua maioria apresentam peso a mais. O muito bom relacionamento com os pais poderá também estar relacionado com hábitos comuns e consequentemente má adesão.

Ao estudarmos a influência da prática de desporto e modificação de hábitos alimentares na adesão à terapêutica na subescala doença/terapêutica, constatou-se não existirem diferenças significativas. No entanto sabe-se que o envolvimento da família na prevenção e tratamento do excesso de peso é um importante preditor do sucesso terapêutico (Bodhani, 2006; Teles, Reis & Dias, 2008).

Na análise realizada relativamente à prática de exercício físico, constatou-se que os jovens com peso a mais praticam muito pouco exercício físico. Em geral, realizam actividades sedentárias como ver televisão, jogar computador, ler estudar. Relativamente as preferências alimentares dão preferência às comidas de consumo rápido como o hambúrguer e as pizzas e aos doces e menos preferência aos alimentos preparados com leguminosas e hortaliças. O que é largamente confirmado pelos trabalhos realizados por Cruz, Martins, Dantas, Silveira & Guiomar, 2003, bem como apontado pela OMS, 2006.

Quando questionados os pais relativamente as maiores dificuldades em lidar com o excesso de peso/obesidade da criança, este referem que são a alteração de hábitos alimentares e o exercício físico, que coincidem com as dificuldade que os jovens também referem sentir, ou seja, a falta de adesão à terapêutica dos filhos pode também ser resultado das dificuldades dos pais, uma vez que as alterações alimentares e o aumento de exercício físico, são os pontos fulcrais da terapêutica da obesidade.

Uma vez apresentados e discutidos os resultados que obtivemos neste estudo, seguidamente serão apresentadas as conclusões gerais, algumas das limitações encontradas, a aplicabilidade prática, a contribuição deste trabalho para a psicologia e futuras investigações.

## CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento deste estudo pretendeu-se averiguar o locus de controlo dos pais e dos filhos diagnosticados com excesso de peso/obesidade, e a adesão terapêutica nos obesos. Tínhamos como objectivo verificar o tipo de locus de controlo dos pais (L.C. Interno ou L.C. Externo), e o locus de controlo dos filhos.

Para procedermos com este estudo foi recolhida uma amostra de participantes constituída por crianças ou adolescentes, em idade pediátrica (11-17 anos), diagnosticadas com excesso de peso ou obesidade, e os respectivos pais que os acompanhavam à consulta de endocrinologia/nutrição. A recolha teve lugar no serviço de pediatria, do Hospital Fernando da Fonseca.

O protocolo de avaliação era constituído por, dois questionários de caracterização sócio-demográfica, Escala de Locus de Controlo de Saúde (Ribeiro, 1994), destinada aos pais, Questionário de Locus de Controlo na Saúde para Crianças – CHLC (Almeida & Pereira, 2006), e *Illness Management Survey* (Logan, 2003). O protocolo de avaliação foi respondido de forma individual pelos participantes, cujo anonimato e confidencialidade foram asseguradas.

Na análise descritiva, observou-se que, maioritariamente, as crianças da amostra apresentam obesidade, e referem que pelo menos um dos pais também sofre de excesso de peso ou obesidade. São jovens que não praticam desporto, que elegem actividades sedentárias para os seus tempos livres. Na sua alimentação dão preferência à comida *fast-food*. Comem mais, geralmente, quando estão no computador ou a ver televisão. A refeição mais praticada pelos pais em conjunto com o seu filho é o jantar.

As maiores dificuldades que as crianças/adolescentes apresentam em lidar com a sua doença estão relacionadas com a alteração de hábitos alimentares e a prática de exercício físico. Os pais confessam que têm as mesmas dificuldades que a criança/adolescentes.

Face a doença dos filhos, os pais referem ter alterado hábitos alimentares e de exercício físico. Na opinião dos pais, de um modo geral, a principal causa do aumento de peso está relacionado com a alimentação praticada pela criança ou adolescente, têm hábitos pouco

saudáveis. Quanto às consequências da doença, os pais, apontam em maior frequência os problemas cardiovasculares e metabólicos.

Através da análise estatística, observou-se que todos pais das crianças com excesso de peso ou obesidade apresentam um locus de controlo predominantemente externo, ou seja, têm a tendência de avaliar os acontecimentos ou as situações que ocorrem nas suas vidas como não controláveis por eles.

A maioria das crianças, têm, um locus de controlo concordante com o dos pais, ou seja, locus de controlo externo, mostrando ainda que são predominantemente influenciadas pelos outros significativos (pais e professores).

Relativamente à adesão terapêutica verificou-se que as crianças apresentam maiores barreiras à adesão nas sub-escalas problemas cognitivos, influência de pares e na sub-escala negação ou desconfiança.

No que diz respeito ao tempo de diagnóstico, verificou-se que as crianças/adolescentes com menos tempo de diagnóstico, apresentam mais barreiras na sub-escala influência de pares.

Não se determinou a existência de uma relação entre o locus de controlo e adesão terapêutica.

Tendo em atenção os resultados obtidos, apresentam-se, de seguida, algumas limitações metodológicas que podem ter influenciado os resultados verificados. Em primeiro lugar, é de salientar o facto da reduzida dimensão da amostra (N=32). Portanto, a dimensão amostral não permite efectuar generalizações. No entanto estes resultados não devem ser ignorados. Esta limitação amostral deve-se ao facto de haver uma grande abstenção às consultas, o que também se traduz na pouca adesão à terapêutica.

Esta investigação torna-se pertinente no sentido que nos permitiu verificar as áreas em que são necessárias a intervenção de psicólogos para tentar aumentar a adesão às consultas e por consequência à terapêutica recomendada. Neste sentido é necessário que se faça uma intervenção junto dos pais e dos filhos com excesso de peso e obesidade, com vista às alterações dos hábitos alimentares e aumento de exercício físico, sendo que estes são os pontos fulcrais da terapêutica da obesidade. Não basta intervir junto das crianças/adolescentes, uma vez que são os pais que assumem as responsabilidades junto deles, no entanto, e sabendo que os pais destas crianças também sofrem de excesso de peso ou obesidade, torna-se necessário intervir a nível familiar. Não podemos ignorar que muitos pais referem que alteram hábitos alimentares da criança e da família, porém os técnicos de saúde não observam os resultados esperados, verificando que invés de haver uma redução de peso,

há um aumento, em grande parte dos casos, bem como verificam uma delegação de responsabilidades dos pais para os filhos.

Algumas das respostas dadas pelos pais e pelos filhos, não eram concordantes com os seus comportamentos, isto é, dizem que face ao excesso de peso e obesidade alteraram hábitos alimentares e exercício físico, no entanto, o sucesso da terapêutica, avaliada pelas médicas e nutricionista, é muito baixa. Parece-nos que os pais respondem, mais de acordo com o que acham mais correcto, mais aceitável, tentando iludir-nos.

É muito importante uma intervenção dos técnicos de saúde junto dos pais, uma vez que estes mostram grande desconfiança face à terapêutica e a redução do peso dos filhos, parecendo transmitir esta desconfiança aos filhos. Não podemos esquecer que a terapêutica da obesidade resulta a longo prazo, não de imediato.

Futuramente noutras investigações seria pertinente estudar o tipo de crenças que os pais e os filhos desenvolvem face ao excesso de peso ou obesidade bem como as suas expectativas que criam relativas à redução do peso. Seria ainda interessante estudar grupos de pais e filhos que aderem correctamente aos tratamentos e outro grupo que seriam aqueles que não aderem, no sentido de tentarmos perceber o que levam as pessoas a aderir à terapêutica.

Ainda com uma população maior seria interessante investigarmos o tipo de locus de controlo presente em pais e filhos com e sem excesso de peso, bem como tentar discriminar mais claramente a sub-escala doença/terapêutica no sentido de tentarmos perceber mais claramente o que leva as pessoas a aderirem ou não à terapêutica

O papel do psicólogo será o de intervir na família em conjunto com os vários técnicos de saúde, no sentido de tentar desmitificar algumas das ideias quer dos pais e adolescentes face à doença, e tentar aumentar os níveis de adesão e de responsabilização de ambos os intervenientes.

## Referências Bibliográficas

- Almeida, J., & Pereira, M. G. (2006). Locus de Controlo na Saúde: Conceito e Validação duma Escala em Adolescentes com Diabetes Tipo I. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 221-238.
- Amaral, O., Pereira, C., & Escoval, A.(2007). Prevalência da obesidade em adolescentes do distrito de Viseu. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 25 (1): 47- 58.
- American Dietetic Association (2006, Jun 6). Position of American Association: Individual, family, school and community-based interventions for pediatric overweight. *Medline*. Acedido a 10 de Maio, 2009 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16812927.htm>
- Baptista, F., Brito, M., Jorge, M., Martins, S., & Teles, A. (2006). Obesidade e pobreza. *Postgraduate medicine*, 25 (5), 63-71.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, H. (2007). *O essencial da saúde: Obesidade*. Quidnovi.
- Brites, D., Cruz, R., Lopes, S., & Martins, J. (2007). Obesidade nos adolescentes: estudo da prevalência da obesidade e factores associados em estudantes do ensino secundário de duas escolas de Coimbra. *Revista Referencia*, II (5), 50-57.
- Brennan, L., Walkley, J., Fraser, F., Greenway, K., & Wilks, R. (2008). Motivation interviewing and cognitive behaviour therapy in the treatment of adolescent overweight and obesity: Study design and methodology. *Contemporary Clinical Trials*, 29 (3), 359-375.
- Botelho, T (2006). *A personalidade da mãe prematura*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência.

- Bodhani, A. (2006). Parenting, home environment and child obesity: a survey of parentes and child attending. Master of Public in Health Administration Thesis, not published, Department of Public Health East Tennessee State University.
- Castilo, A., & Ramírez, R. (2000). Multidimensionalidad del locus de control a los 8 y 9 años de edad. *La psicología Social en México*, 8, 121-126.
- Cardoso, L., & Carvalho, A. (2007). Avaliação psicológica de crianças acompanhadas em programas de atenção multiprofissional à obesidade. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11 (22), 297-312.
- Campos, T., & Lagunes, I. (2000). Estructura del locus de control en México. *La Psicología Social en México*, 8, 246-256.
- Carmo, I. (2007). Magros, gordinhos e assim-assim: Perturbações Alimentares dos Jovens. Porto: Ambar.
- Carmo, I. (2008). Saber emagrecer: 12 Passos para Perder Peso com Saúde. Publicações Dom Quixote.
- Cataneo, C., Carvalho, A., & Galindo, A. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: Maturidade Emocional, Auto-conceito, Locus de control e Ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (1), 39-46.
- Cerqueira, M., & Nascimento, E. (2008). Construção e validação da escala de Locus de control Parental na saúde. *Psico-USF*, 13 (2), 253-263.
- Covinhas, A., & Pires, A. (2008). Relação entre a representação que os pais têm da diabetes e adesão e controlo metabólico dos seus filhos. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 3 (2), 91-98.
- Cole, J., Bellizzi, M., Flegal, C., & Dietz, H. (2000). Cole, J., Bellizzi, C., Flegal, M. & Dietz, W. (2000). Establishing a standard defenition for child overweight and obesity worldwide: *International Survey*. *Bmj* 320, 1-6.

- Cruz, J., Martins, Ilda., Dantas, A., Silveira, D., & Guiomar, S. (2003). Alimentação e estado nutricional de grupos da população do concelho de Lisboa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (2), 65-72.
- Dehghan, M., Akhtar, N., & Merchant, A. (2005). Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutricion Journal* 2005 September 2, 4-24
- Direcção Geral de Saúde (2005). [On-line]. Programa Nacional de Combate à obesidade. Circular normativa, 3/DGCG. Acedido a 12 de Dezembro, 2008 através: <http://www.dgs.pt>
- Direcção Geral de Saúde (2005). [On-line]. A Roda dos Alimentos. Acedido a 10 de Maio de 2009 através de: <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=5518554061236154.htm>
- Direcção Geral de Saúde (2006). [On-line]. Consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil – Actualização das curvas de crescimento. Circular normativa, 5/DGMIA. Acedido a 16 de Dezembro, 2008 através: <http://www.dgs.pt>
- Firmino, H., Matos, A., & Serra, A. (1987). Relações pais/filhos e locus de controlo. *Psiquiatria clínica*, 8 (3), 147-152
- Epstein, L., & Goldfied, G. (1999). Physical activity in the treatment of childhood overweight and obesity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 31(11), 553-559.
- Fonseca, H., Nobre, C., Santos, M., Patrício, Z., Neves, S., Duarte, N., Mota, A., Matos, C., & Fernandes, R. (2008). Obesidade na adolescência: uma proposta de intervenção. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38 (2), 53-56.
- Fonseca, H. (2008). Compreender os adolescentes: Um desafio para pais e educadores. Editorial Presença.
- Francis, A; Lee, Y & Birch, L (2003). Parental weight status and girls television Beijing, snacking and body mass index. *Obesity Research* 11, 143-151.
- Hansenne, M. (2004). *Psicologia da Personalidade*. Climepsi Editores.

- HFF (2001). Hospital Fernando Fonseca: *um hospital emergiu no Século XXI*. Lisboa: HAS, Sociedade Gestora, SA.
- HFF (2005). Hospital Fernando Fonseca: *10 anos a proteger a saúde*. Lisboa: HAS, Sociedade Gestora, SA.
- Hogdes, E (2003). A primer on early childhood obesity and parental influence. *Pediatric Nursing* 29(1),13-17
- Kirk, S., Scott, B. & Daniels, S. (2005). Pediatric obesity epidemic: treatment options. *Journal of American Dietetic Association* 2005 May 10: 44-51.
- Lissau, I., Overpeck, M., Ruan, W., Holstein, B., & Hediger, M. (2004). Body mass index and overweight in adolescents in 13 European Countries, Israel, and the United States. *Archives Pediatric adolescent*, 158, 27-33.
- Logan, D., Zelikovsky, N., Labay, L., & Spergel, J. (2003). The Illness Management Survey: Identifying Adolescents' Perceptions of Barriers to Adherence. *Journal of Pediatric Psychology*, 28 (6), 383-392.
- Lopes, I., Marti, A., Aliaga, A., & Martínez, A. (2004). Aspectos genéticos da obesidade. *Revista de nutrição Campinas*, 17 (3), 327-338.
- Luiz, A., Gorayeb, R., Júnior, R., & Domingos, N. (2005). Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*, 10 (3), 371-375.
- Moreira, P. (2005). Obesidade: Muito peso várias medidas. Porto: Âmbar.
- Maroco, J. (2007). Análise estatística com utilização do SPSS. Edições Sílabo.
- Maroco, J., & Bispo, R. (2003). Estatística aplicada às ciências sociais e humanas. Climepsi Editores.

- Muller, R. (2001). Obesidade na adolescência. *Pediatria Moderna*, 37, 45-48.
- Obesidade infantil (2009). [On-line] Acedido a 18 de Janeiro, 2009 a partir de: [http://www.obesidade.online.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=54&Itemid=97](http://www.obesidade.online.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=54&Itemid=97)
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, C., & Fisberg, M. (2003). Obesidade na Infância e Adolescência – uma verdadeira epidemia. *Revista Brasileira de Endocrinologia Metabólica*, 47 (2), 107-109.
- Padez, C., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2005). Prevalance and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Pediátrica*, 94, 1550-1557.
- Pimenta, F., Leal, I., Branco, J. & Maroco, J. (2009). O peso da mente – Uma revisão de literatura sobre factores associados ao excesso de peso e obesidade e intervenção cognitivo-comportamental. *Análise Psicológica*, 27, 175-187.
- Rebelo, I. (2003). Obesidade. In Palminha, J., & J, Camilho. (Eds.), *Orientação diagnostica em pediatria. Dos sinais e sintomas ao diagnostico diferencial*, 2, 524-530. Edição Lidel.
- Ribeiro, J. (1994). Reconstrução de uma Escala de Locus-de-Controlo de Saúde. *Psiquiatria Clínica*, 15 (4), 207-214.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, C. (2000). Em torno do conceito Locus de Controlo. *Máthesis*, 9, 297-314.
- Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Livpsi Editores.
- Rodríguez, J., Gómez, E., Martínez, G., & Peres, J. (2003). *Obesidade*. Lisboa: Everest Editores.

- Rosero, J., Ferriani, M., & Coleta, M. (2002). Escala de locus de controlo da saúde: estudos de validação. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 10 (2), 179-184.
- Sancho, C., Arija, M., Asorey, O., & Canals, J. (2007): Epidemiology of eating disorders: a two year follow up in an early adolescent school population. *European Child Adolescent Psychiatry*, published online since 14 September, 2007.
- Silva, L., & Pires, A. (2008). Parentalidade e Obesidade infantil. In I. Leal, J. Ribeiro, I. Silva. & S. Marques (Eds.), *Actas do 7 Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Intervenção em Psicologia da Saúde* (pp.347-350). Lisboa: ISPA.
- Sílvia, C. & Barros, L. (2008). Significações maternas sobre a adesão ao tratamento.
- Sociedade Portuguesa de Cirurgia da Obesidade – SPCO (2003). [On-line]. Acedido a 14 de Dezembro, 2008 a partir de: <http://www.spcop.pt/intro.asp>
- Sousa, B., Brito, M., Jorge, M., Martins, S., & Teles, A.(2006). Obesidade e Pobreza. *Postgraduate Medicine*, 25 (5), 63-70.
- Sousa, J., Loureiro, I. & Carmo, I (2008). A Obesidade Infantil: Um problema emergente. *Saúde e Tecnologia*, 2, 5-15.
- Spear, B., Barlow, S., Ervin, C., Ludwig, D., Saelens, B., Schetzina, K., & Taveras, E. (2007). Recommendations for treatment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics*, 120, 254-288
- Speiser, P., Rudolf, M., Anhalt, H., Camacho-Hubner, C., Chiarelli, F., Eliakim, A., Freemark, M., Gruters, A., HersHKovitz, E., Iughetti, L., Krude, H., Latzer, Y., Lustig, R., Pescovitz, O., Pinhas-Hamiel, O., Rogol, A., Shalitin, S., Sultan, C., Stein, D., Vardi, P., Werther, G., Zadik, W., Zuckerman-levin, N., & Hochberg, Z. (2005). Consensus statement: Childhood obesity. *The journal of clinical Endocrinology & Metabolism*, 90 (3), 1871-1887.

Teles, A., Reis, J. & Dias, T. (2008). *Obesidade, prevenção e terapêutica*. Editorial Presença.

Terres, N., Pinheiro, R., Horta, B., Pinheiro, K. & Horta, L. (2006). Prevalência e factores associados ao sobrepeso e à obesidade em adolescentes. *Revista Saúde Pública*, 40 (4): 1-7.

Vieira, M., Atihê, R., Soares, R., Damiani, D., & Setian, N. (2004). Adesão inicial ao tratamento de adolescentes obesos em programas de redução de peso. *Pediatria São Paulo*, 26 (4), 240-247. Acedido a 13 de Janeiro, 2009 a partir de: <http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1082.pdf>

WHO (2006). [On-line]. Obesity and overweight by the World Health Organization. Fact sheet N° 311 Acedido a 12 de Janeiro, 2009 a partir de: <http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/en/index.html>

WHO (2007). [On-line]. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> Revision, Version for 2008. Acedido a 10 de Julho, 2009 a partir de: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd1.htm>

# **Anexos**

## **Anexo A – Caracterização da Instituição de Recolha da Amostra**

Fernando Fonseca nascido em 1895, licenciou-se em Medicina na Universidade de Lisboa, no ano de 1918. No mundo da medicina ganhou nome e destaque, tornando-se num dos médicos mais prestigiados na área da saúde em Portugal. Faleceu com 79 anos de idade, deixando uma incrível marca da medicina portuguesa, tanto ao nível teórico como prático, sendo por isso merecida a sua homenagem, dando nome a um dos hospitais mais emblemáticos dos arredores da região de Lisboa.

A origem da criação do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF) teve o seu início nos anos 70, quando o sistema de saúde português sofria um processo de mudança e transformação, designado reforma Gonçalves Ferreira. Deste modo, passou a verificar-se uma maior interferência e influência do estado político português na saúde do país e particularmente sobre os seus cidadãos e sociedade. Pretendia-se criar um sistema nacional de saúde que oferecesse a todos os cidadãos uma melhor qualidade de vida nas instituições de saúde portuguesas, assim como uma cobertura médico-sanitária mais abrangente e completa em todo o país.

É neste sentido que surge o projecto de fundação do Hospital Fernando Fonseca. Entre as várias razões apontadas para a necessidade de construção deste hospital, aquela que ganhou mais pertinência, caracterizava-se pelo crescente aumento e concentração populacional nas zonas urbanas da cidade de Lisboa, e a falta de assistência hospitalar nesta região que desse respostas adequadas aos pedidos e necessidades sentidas (HFF, 2005). Deste modo, pode afirmar-se que o Hospital Fernando Fonseca surgiu associado a um projecto de cariz social.

O Governo Português presidido pelo Professor Cavaco Silva, autorizou a construção do Hospital no decreto-lei 382/91, de 9 de Outubro, após algumas condicionantes acerca da localização do edifício, tendo ficado decidido que este se situaria na encosta Norte da Serra de Carnaxide, entre os concelhos da Amadora e de Sintra (HFF, 2005).

Contudo, nesta época o Sistema Nacional de Saúde (SNS) debatia-se com dificuldades na gestão pública de diversos hospitais, pelo que a solução escolhida face à gestão do futuro Hospital Fernando Fonseca, passou pelo domínio privado. Surge a sociedade Hospitalar Amadora-Sintra – Sociedade Gestora, SA, empresa privada de capitais nacionais, criada com o intuito de cumprir as funções atribuídas às empresas que ganharam o concurso público de adjudicação, no ano de 1995. Eram objectivos desta gestão, ganhar eficiência, aumentar a produtividade e diminuir custos, permitindo assim uma maior competitividade entre os diversos hospitais portugueses, introduzindo flexibilidade na gestão, estimulando o princípio de *benchmarking*, e dessa forma, proporcionar uma contaminação positiva no sistema de saúde, viando a sua sustentabilidade (HFF, 2005). Deste modo, o Hospital Fernando Fonseca

constituiu-se como um dos primeiros hospitais públicos na Europa a dispor de uma gestão privada. Contudo, no dia 1 Janeiro de 2009, o Hospital Fernando da Fonseca, deixa de ser gerido pelo Grupo José de Mello, assumindo o estatuto de Entidade Pública Empresarial (EPE), juntando-se deste modo à lista dos vários hospitais portugueses públicos com gestão empresarial, e passando a ser designado como Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Este hospital insere-se num macro-sistema de rede oficial de hospitais do Sistema Nacional de Saúde, estando integrado no sistema de saúde que abrange os concelhos da Amadora e de Sintra, em conjunto com todos os restantes serviços de saúde abrangidos por esta área. Situado junto à região de Lisboa, este hospital presta apoio às actuais 31 freguesias dos Concelhos da Amadora e Sintra, sendo estimado que a sua população se aproxima dos 650 mil habitantes.

O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca tem conseguido ganhar notoriedade ao longo dos anos, muito em parte devido ao trabalho desenvolvido pelos profissionais que nele trabalham, e que todos os dias se predispõem a melhorar a qualidade de vida e a saúde dos seus utentes.

A população utente do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, tem sido alvo de mudanças ao longo dos anos, sendo cada vez mais uma população bastante diversa e com características próprias, que permitem a este hospital distanciar-se dos outros, em termos da actividade que desenvolve e do tipo de população utente que a este recorre. Esta população caracteriza-se por uma diversidade de etnias, maioritariamente africana, de leste e de oriente, permitindo assim aos profissionais do Hospital Fernando Fonseca, trabalharem a fim de conseguirem melhores condições de saúde dos seus utentes, mas também lidarem com todas as problemáticas sócio-culturais inerentes a esta população, através de um esforço e empenho constante no aperfeiçoamento da qualidade e condições de vida desta.

Para além da ajuda prestada a quem recorre aos serviços deste hospital, enquanto instituição pública de saúde, o Hospital Fernando Fonseca pretende também promover investimento junto da sociedade através de projecto de investigação no âmbito da saúde e um investimento na educação e ensino superior, através da atribuição de diversos estágios académicos e profissionais, que decorrem ao longo do ano.

O Hospital Dr. Fernando Fonseca constitui-se como um edifício com duas torres (Torre Amadora e Torre Sintra) de seis pisos cada, nos quais se inserem os diversos serviços e departamentos: departamento de anestesia e intensivismo, departamento de cirurgia, departamento de medicina, departamento da mulher, departamento de pediatria e vários serviços autónomos. Para além disto, os utentes do hospital dispõem ainda de blocos

operatórios diversos, hospitais de dia, serviços complementares de diagnóstico e terapêutica, serviço de consultas externas de várias especialidades médicas e serviço de urgência pediátrica, geral, obstetrícia/ginecologia e oftalmologia (HFF, 2005).

O departamento de pediatria, situado no 2º piso da Torre Amadora do edifício do Hospital Fernando Fonseca, dispõe-se a atender a população infanto-juvenil abrangida pelos concelhos da Amadora e de Sintra, através de uma equipa vasta de profissionais dos diferentes domínios da saúde.

Este serviço iniciou a sua actividade junto desta população em 1996, e actualmente dispõe de três unidades clínicas: cirurgia pediátrica, neonatologia e pediatria. Contudo a assistência às diversas faixas etárias dos seus utentes, varia entre os serviços constituintes do departamento de pediatria.

Desde a sua criação, o departamento de pediatria tem desenvolvido uma eficaz e positiva intervenção junto dos mais jovens, muito em parte devido aos inúmeros profissionais que neste serviço trabalham, e a toda a dedicação e interesse que diariamente têm demonstrado na assistência e cuidados prestados na população atendida neste serviço do hospital. No departamento de pediatria, todos os anos são atendidas cerca de 60.000 urgências, realizadas cerca de 21.000 consultas e cerca de 4.000 internamentos (HFF, 2001).

De forma, a conseguir dar resposta a todos os pedidos, o departamento de pediatria do hospital dispõe de inúmeros profissionais, 10 neonatologistas, 3 cirurgiões pediátricos, 1 pedopsiquiatra, 2 consultores de neuropediatria, 3 consultores de cardiologia pediátrica, 3 consultores de imunologia, 114 enfermeiros, 5 psicólogas, 3 educadores de infância, uma técnica de serviço social, internos das várias especialidades de medicina, auxiliares de acção médica e assistentes administrativos.

Nos corredores do departamento de pediatria, incluindo enfermaria, unidade de cuidados intensivos e especiais neonatais e pediátricos e consultas externas, são visíveis ilustrações e desenhos alusivos à faixa etária assistida neste serviço, que de algum modo alegam os mais jovens, principalmente nas situações de internamento em que a dor física é maior assim como a fragilidade emocional e psicológica.

## **Anexo B – Questionário de Caracterização da Amostra (Pais)**

N. Proc. \_\_\_\_\_  
N. Quest. \_\_\_\_\_  
R. \_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

## Questionário de Caracterização da Amostra – Obesidade (pais)

1) Quem preenche o questionário: Mãe  Pai  Outro  Quem? \_\_\_\_\_

### 2) Mãe

Idade: \_\_\_\_ anos Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

País de origem: Portugal  Outro  Qual? \_\_\_\_\_

### 3) Pai

Idade: \_\_\_\_ anos Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

País de origem: Portugal  Outro  Qual? \_\_\_\_\_

### 4) Dados da Família

#### 4.1 - Estado civil:

Casados  Divorciados/Separados  União de facto  Viúvo(a)  Solteiro

4.2 - Número de filhos: \_\_\_\_\_ Idades: \_\_\_\_\_ Sexos: \_\_\_\_\_

4.3 - Com quem vive a criança? \_\_\_\_\_

4.4 – Concelho onde reside? Amadora

Sintra

Outro  Qual? \_\_\_\_\_

4.5 - Tipo de habitação: Casa própria

Casa arrendada

Casa de outros familiares

Quarto

Bairro Social

Barraca

Outra  Qual: \_\_\_\_\_

4.6 - Tem alguma religião: Sim  Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Não

**5) Dados relativos à criança/adolescente:**

**5.1 – Idade:** \_\_\_\_\_ anos      **Sexo:** M  F

**5.2 – País de origem:** Portugal  Outro  Qual \_\_\_\_\_

**5.3 – Ano de escolaridade:** \_\_\_\_\_

**5.4 – Já repetiu algum ano:** Sim  Se sim, qual (quais): \_\_\_\_\_  
Não

**5.5 – A criança/adolescente recebe algum tipo de apoio (educativo, ensino especial, psicológico, pedopsiquiátrico)?** Sim  Qual (quais)? \_\_\_\_\_  
Não

**5.6 - Em média, quanto tempo passa com a criança/adolescente por dia?**

**Mãe:** \_\_\_\_\_ /horas      **Pai:** \_\_\_\_\_ /horas      **Outro** (quem) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ /horas

**5.7 – Que actividades faz em conjunto com a criança/adolescente?**

Ver televisão

Ir ao cinema

Jogar (PC, Videogames, Playstation, Jogos de tabuleiro)

Praticar desporto  Qual? \_\_\_\_\_

Passear/Actividades ao ar livre

Estudar/Fazer trabalhos de casa

Conversar

Refeições

Outras  Quais? \_\_\_\_\_

**5.8 Que refeições fazem em conjunto com a criança/adolescente? (nos dias úteis)**

Pequeno-Almoço     Lanche da Manhã     Almoço     Lanche da Tarde     2.º Lanche da Tarde

**6) Dados clínicos gerais:**

**6.1 – Qual a doença da criança/adolescente?**

Excesso de Peso

Obesidade

Obesidade mórbida

**6.2 - Com que idade foi diagnosticada a doença:** \_\_\_\_\_ anos

**6.3 - No decurso desta doença já foi internado:**

Sim  Se sim, porque motivo: \_\_\_\_\_

Não

**6.4 - Existe alguém na família com a mesma doença da criança/adolescente?**

Sim  Quem? \_\_\_\_\_

**6.5 – A criança/adolescente tem outros problemas de saúde ou outras doenças:**

Sim  Se sim, qual (quais): \_\_\_\_\_  
Não

**7) Dados clínicos específicos**

Se não souber responder a este grupo de questões, por favor entregue o Boletim de Saúde do seu filho,  
para que possamos tirar estes dados

**7.1 – A criança/adolescente nasceu com quantas semanas de gestação? \_\_\_\_\_ semanas.**

**7.2 – Qual o seu peso à nascença? \_\_\_\_\_ kg**

**7.3 – Qual o seu comprimento à nascença? \_\_\_\_\_ cm**

**7.4 – Fez Aleitamento Materno?**

Sim  Quanto tempo? \_\_\_\_\_ meses  
Não

**7.5 – Peso actual: \_\_\_\_\_ g Altura actual \_\_\_\_\_ cm**

**7.6 – Durante a gravidez a mãe teve diabetes gestacional?**

Sim  Não

**7.7- Que alterações existiram na vida familiar quando soube que o seu filho tinha excesso de peso/obesidade?**

7.7.1) Modificação dos hábitos alimentares?

Da família Sim  Não   
Da criança/adolescente Sim  Não

7.7.2) Aumento do exercício físico ?

Da família Sim  Não   
Da criança/adolescente Sim  Não

7.7.3) Nenhuma alteração

**7.8- Actualmente, o seu filho toma medicação? Sim  Não**

Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
Qual a dose? \_\_\_\_\_

7.8.1) Precisa que o lembrem da toma da medicação?

Sim  Não

7.8.2) Precisa de ajuda para tomar a medicação?

Sim  Se sim, quem ajuda: \_\_\_\_\_

**7.9- O seu filho pratica algum desporto?** Sim  Não  Se sim, qual? \_\_\_\_\_

**8) Que problemas sente que o seu filho tem com a doença?**

- Praticar exercício físico regular (ex. andar, jogar à bola... )
- Fazer refeições saudáveis
- Fazer todas as refeições (pequeno almoço, meio da manhã, almoço, 1º lanche, 2º lanche, jantar, ceia)
- Auto-estima (gostar de si)
- Ser aceite pelos colegas
- Nenhum problema
- Outros: \_\_\_\_\_

**9) O que sentiu quando soube do excesso de peso ou obesidade do seu filho?**

- Medo e ansiedade, pois não sabia como agir perante a situação.
- Incapacidade e/ou impotência para ajudar o meu filho.
- Aceitei a doença e fiz o que podia para ajudá-lo.
- Maior necessidade de proteger o meu filho.
- Receio pelas consequências futuras da doença.

**10) Quais as maiores dificuldades em lidar com o excesso de peso/obesidade do seu filho?**

- Ajudar a cumprir os horários das refeições.
- Confeccionar as refeições saudáveis.
- Garantir a prática de exercício físico regular.
- Nenhumas.
- Outras: \_\_\_\_\_

**11) Quando soube do excesso de peso/ obesidade do seu filho o que teve que alterar na sua vida?**

- Horário de Trabalho       Deixar de Trabalhar       Vida Social       Nada   
Hábitos Alimentares       Outros  O quê? \_\_\_\_\_

**13) Que consequências, na sua opinião, a obesidade pode trazer à criança/adolescente?**

**Anexo C – Questionário de Caracterização da Amostra (Filhos)**

N. Proc. \_\_\_\_\_  
N. Quest. \_\_\_\_\_  
R. \_\_\_ Data \_\_\_\_\_

### Questionário de Caracterização da Amostra – Obesidade criança/adolescente

1)

1.1 – Que idade tens? \_\_\_\_\_anos      Sexo: M  F

1.2 – País de origem: Portugal  Outro  Qual? \_\_\_\_\_

1.3 - Com quem vives? \_\_\_\_\_

1.4 - Número de irmãos: \_\_\_\_\_ Idades: \_\_\_\_\_

1.5 – Em que ano estudas? \_\_\_\_\_

1.6 - Já repetiste algum ano: Sim  Se sim, qual (quais): \_\_\_\_\_  
Não

2)

2.1 – Qual a doença diagnosticada:

Excesso de Peso  Obesidade  Obesidade mórbida  Não sei

2.2 - Com que idade foi diagnosticada: \_\_\_\_\_

2.3 - Tens outras doenças: Sim  Não  Se sim, qual ou quais: \_\_\_\_\_

3) Já estiveste internado? Sim  Não

Se sim, qual foi o motivo: \_\_\_\_\_

4) Na tua família existem outras pessoas com o mesmo problema de excesso de

peso/obesidade: Não  Sim  Quem: \_\_\_\_\_

5) Tomas algum tipo de medicação para o teu excesso de peso/obesidade?

Sim  Não

5.1) Se sim responde às seguintes questões: 90

5.1.1.) Qual a medicação? \_\_\_\_\_

5.1.2) Precisas que te lembrem de tomar a medicação? Sim  Não  Quem? \_\_\_\_\_

**6) Praticas algum desporto?** Sim  Não  Qual/Q uais? \_\_\_\_\_

6.1) Se sim, qual ou quais? \_\_\_\_\_

6.2.) Quantas vezes por semana? 1 vez  2-3 vezes  mais de 3 vezes

**7) Tens actividades extracurriculares?** Sim  Não

7.1) Se sim, qual ou quais? \_\_\_\_\_

7.2.) Quantas vezes por semana? 1 vez  2-3 vezes  mais de 3 vezes

**8) Que actividades fazes nos teus tempos livres?**

- Ver televisão
- Jogar à bola
- Ler
- Jogar (PC, Videogame, Playstation, jogos de tabuleiro)
- Andar de bicicleta/patins
- Ouvir música
- Praticar algum desporto Qual? \_\_\_\_\_
- Andar na rua com os amigos
- Ir ao cinema
- Estudar/fazer os trabalhos de casa

**9- O que mais gosto de comer é:**

**10- O que menos gosto de comer é:**

**11- Em geral, costume comer mais quando:**

- Estou nervoso(a) ou preocupado(a)
- Quando estou sozinho(a)
- Quando estou triste
- Quando estou a ver Tv., no computador (a jogar, no MSN, no Hi5, etc.)
- Quando não tenho nada para fazer
- Quando estou revoltado(a) ou chateado(a)
- Outras situações. Quais?

**12- Que refeições fazes por dia?**

Pequeno-almoço  Lanche a meio da manhã  Almoço  Lanche ao meio da tarde  2.º lanche a meio da tarde  Jantar  Ceia

**13- Em casa a maioria das refeições são preparadas:**

Pela mãe  Pelo pai  Pelos avós  Por outros familiares   
Por mim

**14- Costumas comer mais alguma coisa entre as refeições (pequeno almoço, meio da manhã, almoço, 1º lanche, 2º lanche, jantar, ceia)?**

Sim  Não

14.1.) Se sim, o quê? \_\_\_\_\_

**15- Alguma vez sentiste dificuldade em ser aceite pelos teus colegas ou outras pessoas por causa do teu excesso de peso/obesidade?**

Nunca  Às vezes  Quase sempre  Sempre

**16- Sentes que a tua doença te torna diferente dos teus colegas/amigos?**

Não  Sim  Se sim porquê? \_\_\_\_\_

**17- Em geral quando te olhas ao espelho, gostas do que vês?**

Sim  Não

**18- O meu relacionamento com as pessoas da minha família (com quem vivo) é:**

18.1.) Mãe: Mau  Razoável  Bom  Muito bom

18.2.) Pai: Mau  Razoável  Bom  Muito bom

18.3.) Irmãos: Mau  Razoável  Bom  Muito bom

18.4.) Outros: Mau  Razoável  Bom  Muito bom

**19- Quais são as maiores dificuldades em lidar com a tua doença (o que é que é mais difícil para ti)?**

**Obrigada pela tua participação!**

**Anexo D – Escala de Locus de Controlo de Saúde (para os pais).**

## ESCALA DE LOCUS DE CONTROLO DE SAÚDE – (Ribeiro, J., 1994)

Vai encontrar, a seguir, um conjunto de afirmações acerca da maneira como as pessoas pensam acerca da saúde. À frente de cada afirmação encontra 7 letras (de A a G). Se assinalar a A significa que discorda totalmente da afirmação; se assinalar a letra G significa que concorda totalmente e que corresponde totalmente à sua maneira de pensar. Tem ainda 5 possibilidades de escolha, consoante estiver mais em desacordo ou de acordo com a sua maneira de pensar. Assinale apenas uma das letras. Não há respostas certas ou erradas. Peça-lhe que reflecta bem na resposta que der, de modo que ela expresse a maneira como pensa.

		Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	Procurar o médico para fazer check-ups regulares é um factor chave para se manter saudável	A	B	C	D	E	F	G
2	O facto de as pessoas se sentirem bem ou não, depende, muitas vezes, do acaso	A	B	C	D	E	F	G
3	As pessoas que nunca adoecem é porque têm muita sorte	A	B	C	D	E	F	G
4	Em saúde não se pode invocar quase nunca "má sorte"	A	B	C	D	E	F	G
5	Para se recuperar de uma doença são necessários, essencialmente, bons cuidados médicos	A	B	C	D	E	F	G
6	Recuperar de uma doença não tem nada a ver com a sorte	A	B	C	D	E	F	G
7	Ter ou não boa saúde é, apenas, uma questão de sorte	A	B	C	D	E	F	G
8	Se uma pessoa tiver cuidado com o que faz consegue evitar muitas doenças	A	B	C	D	E	F	G
9	Manter contacto regular com o médico é a única maneira de evitar ficar doente	A	B	C	D	E	F	G
10	No que diz respeito à saúde, as pessoas têm, apenas, de seguir as instruções do seu médico	A	B	C	D	E	F	G
11	Quando alguém recupera de uma doença é, normalmente, porque algumas pessoas (por ex. o médico ou enfermeira, família, amigos) tomaram bem conta dela	A	B	C	D	E	F	G
12	Muitas das coisas que afectam a saúde das pessoas são fruto do acaso	A	B	C	D	E	F	G
13	A sorte desempenha um papel importante na quantidade de tempo que uma pessoa leva a recuperar de uma doença	A	B	C	D	E	F	G
14	Consultarem regularmente um bom médico é a única coisa que se pode fazer para não ter problemas de saúde	A	B	C	D	E	F	G

**Muito obrigado pela sua colaboração!**

## **Anexo E – Escala de Locus de Controlo na Saúde (Para as Crianças)**

## ESCALA DE LOCUS DE CONTROLO DA SAÚDE PARA CRIANÇAS

### CHLC

(versão de J. Paulo Almeida & M<sup>a</sup> Graça Pereira, 2006)

Gostaríamos de aprender acerca das diferentes formas como as pessoas pensam sobre a saúde. Aqui estão algumas frases sobre saúde e doença. Algumas são verdadeiras, e nessas irás colocar uma cruz no SIM. Outras não serão verdadeiras para ti, e irás colocar uma cruz no NÃO. Mesmo que seja muito difícil decidir, responde a todas as frases; nunca escolhas o sim e o não para a mesma frase. Não existem respostas certas ou erradas, responde da maneira como te sentes e não da maneira como as outras pessoas podem sentir.

EXEMPLOS: As crianças podem adoecer

Se pensas que é verdade fazes uma cruz no SIM

Se pensas que não é verdade faz uma cruz no NÃO

#### AGORA RESPONDE ÀS SEGUINTE FRASES:

- 1) Uma boa saúde depende de ser saudável..... Sim  Não
- 2) Posso fazer coisas que evitem que eu fique doente..... Sim  Não
- 3) O azar faz com que as pessoas fiquem doentes..... Sim  Não
- 4) Só posso fazer aquilo que o médico me diz para fazer..... Sim  Não
- 5) Se fico doente é porque ficar doente acontece..... Sim  Não
- 6) As pessoas que nunca ficam doentes têm muita sorte..... Sim  Não
- 7) A minha mãe tem de me dizer como evitar ficar doente..... Sim  Não
- 8) Só um médico ou uma enfermeira me impedem de ficar doente..... Sim  Não
- 9) Quando estou doente posso fazer coisas para ficar melhor..... Sim  Não
- 10) Se me magoo é porque os acidentes acontecem..... Sim  Não
- 11) Posso fazer muitas coisas para lutar contra a doença..... Sim  Não
- 12) Só um dentista pode cuidar dos meus dentes..... Sim  Não
- 13) Outras pessoas têm de me dizer o que fazer para me manter saudável.... Sim  Não
- 14) Vou logo ter com a enfermeira se me magoo na escola..... Sim  Não
- 15) O professor tem de me dizer como evitar acidentes na escola..... Sim  Não
- 16) Posso fazer muitas escolhas em relação à minha saúde..... Sim  Não
- 17) As outras pessoas têm de me dizer o que fazer quando estou doente..... Sim  Não
- 18) Sempre que me sinto doente corro logo à enfermeira da escola..... Sim  Não
- 19) Há coisas que posso fazer para ter dentes saudáveis..... Sim  Não
- 20) Posso fazer muitas coisas para evitar ter acidentes..... Sim  Não

Obrigado pela tua colaboração!

## **Anexo F – Illness Management Survey**

## ILLNESS MANAGEMENT SURVEY

Deirdre Logan, Ph. D.

Version 5-03

**Instruções:** Estamos interessados no que é que pode tornar difícil o cuidar da tua doença enquanto adolescente. Em baixo está uma lista de coisas que alguns adolescentes pensam ou sentem acerca do que têm de fazer para cuidar da sua doença. Quando leres as palavras “o meu tratamento” por favor pensa no que tens que fazer para cuidar da tua doença diariamente. Isto inclui tomar comprimidos ou outros medicamentos, limitações nas tuas actividades, coisas que tens que evitar (como o pó, animais, fumo de cigarros ou certos alimentos), ter que vir às consultas médicas ou ao hospital, etc.

Após cada frase, por favor coloca um círculo na resposta que diz melhor indica como te sentes:

**DF = Discordo Fortemente** (Isto definitivamente NÃO é verdade para mim)

**D = Discordo** (Isto não é realmente verdade para mim)

**N = Neutro** (Isto não é nem verdade nem falso para mim)

**C = Concordo** (Isto é de algum modo verdade para mim)

**CF = Concordo Fortemente** (Isto é MUITO verdade para mim)

1. Eu detesto a ideia de desistir das coisas que os médicos dizem que eu tenho que desistir.	<b>DF D N C CF</b>
2. Eu acredito que se cuidar de mim e seguir o meu tratamento a minha saúde vai melhorar.	<b>DF D N C CF</b>
3. Eu tento esquecer que tenho uma doença.	<b>DF D N C CF</b>
4. O meu tratamento requer muito tempo e trabalho.	<b>DF D N C CF</b>
5. Por vezes não consigo lembrar-me de tudo o que é suposto fazer acerca da minha doença.	<b>DF D N C CF</b>
6. Eu não quero que os meus amigos saibam da minha doença.	<b>DF D N C CF</b>
7. Quando há mudanças no meu tratamento, eu por vezes fico confuso.	<b>DF D N C CF</b>
8. Quando me sinto nervoso ou preocupado, é difícil seguir o meu tratamento.	<b>DF D N C CF</b>
9. Nenhum dos meus amigos tem de lidar com isto, porque é que eu tenho?	<b>DF D N C CF</b>
10. A minha doença é mais fácil de cuidar do que muitas outras doenças.	<b>DF D N C CF</b>
11. Eu compreendo o que é suposto fazer para cuidar da minha doença.	<b>DF D N C CF</b>

<b>DF = Discordo Fortemente D = Discordo N = Neutro C = Concordo CF = Concordo Fortemente</b>	
12. Os médicos tratam-me como um miúdo pequeno que não consegue cuidar de si próprio(a).	<b>DF D N C CF</b>
13. Eu nem sempre confio nos médicos e enfermeiras.	<b>DF D N C CF</b>
14. Seguir o meu tratamento causa-me dor(es) física(s) e desconforto.	<b>DF D N C CF</b>
15. Nada de mal me aconteceria se eu não seguisse o meu tratamento.	<b>DF D N C CF</b>
16. Os meus médicos são amigáveis e é fácil falar com eles.	<b>DF D N C CF</b>
17. É difícil para mim planear cuidadosamente coisas com antecedência, assim, por vezes não arranjo tempo para seguir o meu tratamento.	<b>DF D N C CF</b>
18. O meu tratamento tem efeitos secundários de que realmente não gosto.	<b>DF D N C CF</b>
19. A minha família não compreende como é ter de viver com a minha doença.	<b>DF D N C CF</b>
20. Eu não me importo que os meus amigos falem sobre a minha doença ou que façam perguntas acerca dela.	<b>DF D N C CF</b>
21. Os médicos não parecem compreender o quanto o meu tratamento interfere nas coisas importantes da minha vida.	<b>DF D N C CF</b>
22. A minha família dá muito apoio ao ajudar-me a seguir o tratamento.	<b>DF D N C CF</b>
23. Os médicos fazem um bom trabalho ao explicarem-me as coisas.	<b>DF D N C CF</b>
24. É difícil para mim manter-me organizado o suficiente para estar informado acerca das medicações ou outros aspectos relativos à minha doença.	<b>DF D N C CF</b>
25. Eu não deixo de estar com os meus amigos para cuidar da minha doença.	<b>DF D N C CF</b>
26. Sinto que os médicos estão demasiado ocupados ou apressados para falar comigo acerca da minha doença e tratamento.	<b>DF D N C CF</b>
27. O meu tratamento causa mudanças no meu corpo que eu não gosto.	<b>DF D N C CF</b>

**Muito obrigado pela participação!**

**Anexo G – Carta do Consentimento por Escrito.**

## Carta de Consentimento

Exmo (a) Senhor(a),

Está a ser desenvolvido no Hospital Fernando da Fonseca um estudo sobre doença crónica, nomeadamente a obesidade, o seu controlo e o seu tratamento junto de crianças/adolescentes e a sua família. O objectivo é conhecer a forma como a criança/adolescente obesa e respectiva família lidam diariamente com a doença.

Vimos, por isso, pedir a vossa colaboração neste estudo através do preenchimento dos seguintes questionários. Todos os dados recolhidos são tratados de modo confidencial, destinando-se apenas a serem utilizados nesta investigação. A sua participação é importante.

Obrigada pela vossa disponibilidade e participação.

-----

Tomei conhecimento do objectivo do estudo e do que tenho de fazer para participar. Fui esclarecido(a) sobre todos os aspectos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui ainda informado(a) do modo como os dados serão tratados e a confidencialidade dos mesmos. Assim, declaro que aceitamos participar na investigação.

Assinatura, \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Anexo H – Dados Estatísticos**

Outputs demográficos e clínicos da Criança/adolescente.

1. Sexo da Criança/adolescente.

**Statistics**

Sexo

N	Valid	32
	Missing	0

**Sexo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	12	37,5	37,5	37,5
	Feminino	20	62,5	62,5	100,0
Total		32	100,0	100,0	

2. Idade

**Statistics**

Idade

N	Valid	32
	Missing	0
Mean		13,19
Std. Deviation		2,039

**Idade**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	11	10	31,3	31,3	31,3
	12	5	15,6	15,6	46,9
	13	3	9,4	9,4	56,3
	14	4	12,5	12,5	68,8
	15	6	18,8	18,8	87,5
	16	1	3,1	3,1	90,6
	17	3	9,4	9,4	100,0
	Total		32	100,0	100,0

### 3. Raça

**Raça**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Caucasianos	28	87,5	87,5	87,5
Negros	4	12,5	12,5	100,0
Total	32	100,0	100,0	

### 4. País de Origem

**País de origem**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Portugal	29	90,6	90,6	90,6
Outros	3	9,4	9,4	100,0
Total	32	100,0	100,0	

### 5. Nível de Escolaridade e Ano Escolaridade

**Statistics**

Nivel\_escolaridade

N	Valid	32
	Missing	0
Mean		2,19
Std. Deviation		,397

**Nivel\_escolaridade da Criança/adolescente**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ensino básico	26	81,3	81,3	81,3
Ensino Secundário	6	18,8	18,8	100,0
Total	32	100,0	100,0	

**Ano de escolaridade**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5° Ano	4	12,5	12,5	12,5
	6° Ano	10	31,3	31,3	43,8
	7° Ano	2	6,3	6,3	50,0
	8° Ano	5	15,6	15,6	65,6
	9° Ano	5	15,6	15,6	81,3
	10° Ano	4	12,5	12,5	93,8
	11° Ano	1	3,1	3,1	96,9
	12° Ano	1	3,1	3,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

6. Retenção escolar

**Já repetiste algum ano?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	12	37,5	37,5	37,5
	Não	20	62,5	62,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

7. Com quem vive a criança/adolescente?

**Statistics**

Com quem vives?

N	Valid	32
	Missing	0

**Com quem vives?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Avós	2	6,3	6,3	6,3
Mãe	3	9,4	9,4	15,6
Mãe e Avós	1	3,1	3,1	18,8
Mãe e Irmãos	4	12,5	12,5	31,3
Mãe, Avós e Irmãos	1	3,1	3,1	34,4
Pais	2	6,3	6,3	40,6
Pais e Irmãos	19	59,4	59,4	100,0
Total	32	100,0	100,0	

8. Número de irmãos

**Statistics**

Número de irmãos

N	Valid	32
	Missing	0
Mean		1,41
Std. Deviation		,837

**Número de irmãos**

	Nº de irmãos	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	12,5	12,5	12,5
	1	14	43,8	43,8	56,3
	2	11	34,4	34,4	90,6
	3	3	9,4	9,4	100,0
Total		32	100,0	100,0	

9. Índice de Massa Corporal da Criança/Adolescente de acordo com o percentil.

**Classificação de acordo com o Percentil.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid do P85 ao P90 (exclusive) - Excesso de Peso	1	3,1	3,1	3,1
do P90 ao P95 (exclusive) - Excesso de Peso / Obesidade I	6	18,8	18,8	21,9
do P95 ao P97 (exclusive) - Obesidade II	9	28,1	28,1	50,0
Maior ou igual ao P97 - Obesidade III	16	50,0	50,0	100,0
Total	32	100,0	100,0	

10. Diagnóstico de Excesso de Peso ou Obesidade.

**Statistics**

Dignostico\_Obeso\_ou\_excesso\_de\_peso

N	Valid	32
	Missing	0
Mean		1,78
Std. Deviation		,420

**Dignostico\_Obeso\_ou\_excesso\_de\_peso**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Excesso de peso (percentil 85 a 95)	7	21,9	21,9	21,9
Obesidade (percentil superior a 95)	25	78,1	78,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

11- Idade da Mãe

**Statistics**

Idade da Mãe

N	Valid	32
	Missing	0
Mean		40,28
Std. Deviation		6,055

**Idade da Mãe**

	Idade	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	28	1	3,1	3,1	3,1
	32	2	6,3	6,3	9,4
	33	1	3,1	3,1	12,5
	34	1	3,1	3,1	15,6
	35	1	3,1	3,1	18,8
	36	4	12,5	12,5	31,3
	37	2	6,3	6,3	37,5
	38	3	9,4	9,4	46,9
	40	3	9,4	9,4	56,3
	42	1	3,1	3,1	59,4
	43	2	6,3	6,3	65,6
	44	4	12,5	12,5	78,1
	45	2	6,3	6,3	84,4
	47	2	6,3	6,3	90,6
	48	1	3,1	3,1	93,8
	53	1	3,1	3,1	96,9
	54	1	3,1	3,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

## 12. Idade dos Pais

### Statistics

Idade do Pai

N	Valid	32
	Missing	0
Mean		43,06
Std. Deviation		6,720

### Idade do Pai

	Idade	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	31	1	3,1	3,1	3,1
	34	1	3,1	3,1	6,3
	35	2	6,3	6,3	12,5
	36	1	3,1	3,1	15,6
	37	1	3,1	3,1	18,8
	38	3	9,4	9,4	28,1
	39	2	6,3	6,3	34,4
	40	3	9,4	9,4	43,8
	41	3	9,4	9,4	53,1
	43	1	3,1	3,1	56,3
	44	3	9,4	9,4	65,6
	45	1	3,1	3,1	68,8
	47	1	3,1	3,1	71,9
	48	2	6,3	6,3	78,1
	50	1	3,1	3,1	81,3
	51	1	3,1	3,1	84,4
	53	1	3,1	3,1	87,5
	54	2	6,3	6,3	93,8
	55	2	6,3	6,3	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

13. País de origem da Mãe

**País de origem da Mãe**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Portugal	28	87,5	87,5	87,5
	Outro	4	12,5	12,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

14. País de origem do Pai

**País de origem do Pai**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Portugal	28	87,5	87,5	87,5
	Outro	4	12,5	12,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

15. Escolaridade da mãe.

**Escolaridade da mãe**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem Escolaridade	1	3,1	3,1	3,1
	Ensino Primário	4	12,5	12,5	15,6
	Ensino Básico	14	43,8	43,8	59,4
	Ensino Secundário	9	28,1	28,1	87,5
	Ensino Superior	4	12,5	12,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

16. Escolaridade da Pai.

**Escolaridade do pai**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ensino Primário	10	31,3	31,3	31,3
	Ensino básico	12	37,5	37,5	68,8
	Ensino Secundário	7	21,9	21,9	90,6
	Ensino Superior	3	9,4	9,4	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

17. Estado Civil dos Pais.

**Estado Cível dos Pais**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Casados	17	53,1	53,1	53,1
	Divorciados/Separados	10	31,3	31,3	84,4
	União de Facto	4	12,5	12,5	96,9
	Solteiro	1	3,1	3,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

18. Concelho de residência.

**Concelho de Residência**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Amadora	12	37,5	37,5	37,5
	Sintra	17	53,1	53,1	90,6
	Outro Concelho	3	9,4	9,4	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

## 19. Tipo de Habitação

**Tipo de habitação?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Casa própria	24	75,0	75,0	75,0
Casa arrendada	5	15,6	15,6	90,6
Casa de familiares	1	3,1	3,1	93,8
Bairro social	1	3,1	3,1	96,9
Outro	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

## 20. Religião

**Tem alguma religião?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	26	81,3	81,3	81,3
Não	6	18,8	18,8	100,0
Total	32	100,0	100,0	

**Qual a Religião?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Católica	26	81,3	100,0	100,0
Missing Outra	6	18,8		
Total	32	100,0		

21. Nível socioeconómico da mãe.

**Nível socioeconómico da mãe**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nível sócio-económico baixo	12	37,5	44,4	44,4
	Nível sócio-económico médio	8	25,0	29,6	74,1
	Nível sócio-económico alto	7	21,9	25,9	100,0
	Total	27	84,4	100,0	
Missing	System	5	15,6		
Total		32	100,0		

**Nível socioeconómico de acordo com a profissão da Mãe**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Administrativa	1	3,1	3,1	3,1	
	Advogada	1	3,1	3,1	6,3	
	Auxiliar de acção educativa	1	3,1	3,1	9,4	
	Auxiliar de acção médica	2	6,3	6,3	15,6	
	Auxiliar de farmacia	1	3,1	3,1	18,8	
	Auxiliar de Radiologia	1	3,1	3,1	21,9	
	Comercial/Lojista	2	6,3	6,3	28,1	
	Decoradora	1	3,1	3,1	31,3	
	Desempregada	5	15,6	15,6	46,9	
	Educadora de infância	1	3,1	3,1	50,0	
	Empregada balcão	1	3,1	3,1	53,1	
	Empregada de cozinha	2	6,3	6,3	59,4	
	Empregada doméstica	8	25,0	25,0	84,4	
	Empregada Limpeza	2	6,3	6,3	90,6	
	Responsável Comercial	1	3,1	3,1	93,8	
	Secretária	2	6,3	6,3	100,0	
	Total		32	100,0	100,0	

## 21. Nível socioeconómico pai

**Nível socioeconómico do pai**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nível socioeconómico baixo	8	25,0	29,6	29,6
	Nível socioeconómico médio	17	53,1	63,0	92,6
	Nível socioeconómico alto	2	6,3	7,4	100,0
	Total	27	84,4	100,0	
Missing	System	5	15,6		
Total		32	100,0		

**Nível socioeconómico de acordo com a profissão do Pai**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Técnico Superior	1	3,1	3,1	3,1
	Afagador/Carpinteiro	2	6,3	6,3	9,4
	Auxiliar de acção médica	1	3,1	3,1	12,5
	Comercial	1	3,1	3,1	15,6
	Construção Civil	6	18,8	18,8	34,4
	Empregado armazem	1	3,1	3,1	37,5
	Empregado de escritório	1	3,1	3,1	40,6
	Empregado de mesa/hotel	3	9,4	9,4	50,0
	Empregado fabrica	1	3,1	3,1	53,1
	Engenheiro	1	3,1	3,1	56,3
	Instrutor de condução	1	3,1	3,1	59,4
	Jardineiro	1	3,1	3,1	62,5
	Mecânico	2	6,3	6,3	68,8
	Motorista	4	12,5	12,5	81,3
	Polícia	1	3,1	3,1	84,4
	Tecnico de contas	1	3,1	3,1	87,5
	Tecnico/TV/Reparação	3	9,4	9,4	96,9
	Vendedor	1	3,1	3,1	100,0
Total		32	100,0	100,0	

22.O jovem sabe o diagnóstico correctamente?

**A criança/adolescente sabe correctamente o diagnostico ?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	15	46,9	46,9	46,9
	Não	17	53,1	53,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

23.Os pais sabem correctamente o diagnóstico do filho?

**Sabe correctamente o diagnóstico do filho?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	21	65,6	65,6	65,6
	Não	11	34,4	34,4	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

24.Idade do Diagnóstico

**Com que idade foi diagnosticado?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Idade:	5anos	2	6,3	6,3	6,3
	6anos	1	3,1	3,1	9,4
	7anos	5	15,6	15,6	25,0
	8anos	4	12,5	12,5	37,5
	9anos	1	3,1	3,1	40,6
	10anos	8	25,0	25,0	65,6
	11anos	2	6,3	6,3	71,9
	12anos	1	3,1	3,1	75,0
	13anos	2	6,3	6,3	81,3
	14anos	3	9,4	9,4	90,6
	15anos	2	6,3	6,3	96,9
	16anos	1	3,1	3,1	100,0

**Com que idade foi diagnosticado?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Idade: 5anos	2	6,3	6,3	6,3
6anos	1	3,1	3,1	9,4
7anos	5	15,6	15,6	25,0
8anos	4	12,5	12,5	37,5
9anos	1	3,1	3,1	40,6
10anos	8	25,0	25,0	65,6
11anos	2	6,3	6,3	71,9
12anos	1	3,1	3,1	75,0
13anos	2	6,3	6,3	81,3
14anos	3	9,4	9,4	90,6
15anos	2	6,3	6,3	96,9
16anos	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

25. Tempo de Diagnóstico.

**Tempo que decorreu após o diagnostico.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nº anos 1	12	37,5	37,5	37,5
2	6	18,8	18,8	56,3
3	2	6,3	6,3	62,5
4	4	12,5	12,5	75,0
5	2	6,3	6,3	81,3
6	2	6,3	6,3	87,5
7	3	9,4	9,4	96,9
9	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

23. No decurso desta doença a criança/adolescente já foi internada?

**Já foi internado no decurso da doença?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	32	100,0	100,0	100,0

24. O jovem apresenta outras doenças?

**Tem outras doenças?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	9	28,1	28,1	28,1
	Não	23	71,9	71,9	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

25. A criança/adolescente toma algum tipo de medicação?

**Tomas algum tipo de medicação para o teu excesso de peso/obesidade?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	6,3	6,3	6,3
	Não	30	93,8	93,8	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

26. Existe alguém com o mesmo problema de excesso de peso/obesidade?

**Existe outras pessoas na família com o mesmo problema?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	23	71,9	71,9	71,9
	Não	9	28,1	28,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Statistics**

		mesmo_prob_mãe	mesmo_prob_pai	mesmo_prob_irmãs	mesmo_prob_avós	mesmo_prob_outros_famili
N	Valid	24	24	24	24	24
	Missing	8	8	8	8	8

**mesmo\_prob\_mãe**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	9	28,1	37,5	37,5
	Não	15	46,9	62,5	100,0
	Total	24	75,0	100,0	
Missing	System	8	25,0		
Total		32	100,0		

**mesmo\_prob\_pai**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	15,6	20,8	20,8
	Não	19	59,4	79,2	100,0
	Total	24	75,0	100,0	
Missing	System	8	25,0		
Total		32	100,0		

**mesmo\_prob\_irmãs**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	7	21,9	29,2	29,2
	Não	17	53,1	70,8	100,0
	Total	24	75,0	100,0	
Missing	System	8	25,0		
Total		32	100,0		

**mesmo\_prob\_avós**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	9	28,1	37,5	37,5
	Não	15	46,9	62,5	100,0
	Total	24	75,0	100,0	
Missing	System	8	25,0		
Total		32	100,0		

**mesmo\_prob\_outr\_famili**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	18,8	25,0	25,0
	Não	18	56,3	75,0	100,0
	Total	24	75,0	100,0	
Missing	System	8	25,0		
Total		32	100,0		

26. A criança/adolescente recebe algum tipo de apoio (educativo, ensino especial, psicológico ou pedopsiquiátrico)?

**Recebe algum tipo de Apoio?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	15,6	15,6	15,6
	Não	27	84,4	84,4	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Que tipo de Apoio recebe?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Psicológico	5	15,6	100,0	100,0
Missing	System	27	84,4		
Total		32	100,0		

27. Número de horas que os pais passam com a criança/adolescente.

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Horas que a mãe passa com a criança	32	2	8	5,22	1,718
Horas que o pai passa com a criança	32	0	8	2,81	2,191
Horas que o outro passa com a criança	28	1	8	5,11	1,641
Valid N (listwise)	28				

28. Actividades que os pais fazem em conjunto com a criança

**Costuma ver Tv em conjunto com a criança?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	27	84,4	84,4	84,4
Não	5	15,6	15,6	100,0
Total	32	100,0	100,0	

**Costuma ir ao cinema com a criança?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	16	50,0	50,0	50,0
Não	16	50,0	50,0	100,0
Total	32	100,0	100,0	

**Costuma jogar (PC, Playstation,...)com a criança?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	5	15,6	15,6	15,6
Não	27	84,4	84,4	100,0
Total	32	100,0	100,0	

**Costuma praticar desporto com a criança?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	7	21,9	21,9	21,9
	Não	25	78,1	78,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Costuma passear ou fazer actividades ao ar livre com a criança?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	23	71,9	71,9	71,9
	Não	9	28,1	28,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Costuma estudar ou fazer os TPC's com a criança?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	17	53,1	53,1	53,1
	Não	15	46,9	46,9	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Costuma conversar com a criança?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	28	87,5	87,5	87,5
	Não	4	12,5	12,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Costuma fazer as refeições em conjunto com a criança?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	29	90,6	90,6	90,6
	Não	3	9,4	9,4	100,0

**Costuma fazer as refeições em conjunto com a criança?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	29	90,6	90,6	90,6
	Não	3	9,4	9,4	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Costuma fazer outras actividades com a criança?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	6,3	6,3	6,3
	Não	30	93,8	93,8	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

29. Actividades que a criança/adolescente faz nos tempos livres.

**Costumas ver Tv nos teus tempos livres?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	23	71,9	71,9	71,9
	Não	9	28,1	28,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Costumas jogar à bola nos teus tempos livres?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	12	37,5	37,5	37,5
	Não	20	62,5	62,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Costumas ler nos teus tempos livres?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	14	43,8	43,8	43,8
	Não	18	56,3	56,3	100,0

**Costumas ler nos teus tempos livres?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	14	43,8	43,8	43,8
	Não	18	56,3	56,3	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Costumas jogar (computador,...) nos teus tempos livres?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	29	90,6	90,6	90,6
	Não	3	9,4	9,4	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Costumas andar de bicicleta/patins nos teus tempos livres?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	12	37,5	37,5	37,5
	Não	20	62,5	62,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Costumas ouvir música nos teus tempos livres?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	25	78,1	78,1	78,1
	Não	7	21,9	21,9	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Costumas praticar desporto nos teus tempos livres?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	12,5	12,5	12,5
	Não	28	87,5	87,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Costumas andar na rua com os amigos nos tempos livres?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	22	68,8	68,8	68,8
	Não	10	31,3	31,3	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Costumas ir ao cinema nos teus tempos livres?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	10	31,3	31,3	31,3
	Não	22	68,8	68,8	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Costumas estudar/fazer os TPC nos teus tempos livres?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	18	56,3	56,3	56,3
	Não	14	43,8	43,8	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Costumas fazer outras actividades nos teus tempos livres?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	32	100,0	100,0	100,0

30. O jovem pratica desporto?

**Praticas desporto?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	12	37,5	37,5	37,5
	Não	20	62,5	62,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Que desporto praticas?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20	62,5	62,5	62,5
Andebol	1	3,1	3,1	65,6
Atletismo	1	3,1	3,1	68,8
Basketball	1	3,1	3,1	71,9
Cardiofitness	1	3,1	3,1	75,0
Dança	2	6,3	6,3	81,3
Futebol	2	6,3	6,3	87,5
ginastica	1	3,1	3,1	90,6
Natação	3	9,4	9,4	100,0
Total	32	100,0	100,0	

**Quantas vezes por semana praticas ?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Uma vez	3	9,4	27,3	27,3
2-3 vezes	8	25,0	72,7	100,0
Total	11	34,4	100,0	
Missing System	21	65,6		
Total	32	100,0		

31- Que refeições fazem os pais em conjunto com a criança/adolescente com excesso de peso ou obesidade.

**Costuma tomar o pequeno-almoço em conjunto com a criança?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	19	59,4	59,4	59,4
Não	13	40,6	40,6	100,0
Total	32	100,0	100,0	

**Costuma fazer um lanche da manhã em conjunto com a criança?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	3,1	3,1	3,1
	Não	31	96,9	96,9	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Costuma almoçar em conjunto com a criança?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	15	46,9	46,9	46,9
	Não	17	53,1	53,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Costuma fazer o lanche da tarde em conjunto com a criança?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	9,4	9,4	9,4
	Não	29	90,6	90,6	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Costuma fazer um 2º lanche da tarde em conjunto com a criança?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	7	21,9	21,9	21,9
	Não	25	78,1	78,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Costuma jantar em conjunto com a criança?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	31	96,9	96,9	96,9
	Não	1	3,1	3,1	100,0

**Costuma jantar em conjunto com a criança?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	31	96,9	96,9	96,9
	Não	1	3,1	3,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Costuma fazer uma ceia em conjunto com a criança?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	9,4	9,4	9,4
	Não	29	90,6	90,6	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

32. Que refeições faz a criança/adolescente por dia?

**Pequeno-almoço**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	29	90,6	90,6	90,6
	Não	3	9,4	9,4	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Lanche ao meio manhã**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	21	65,6	65,6	65,6
	Não	11	34,4	34,4	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Almoço**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	31	96,9	96,9	96,9
	Não	1	3,1	3,1	100,0

**Almoço**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	31	96,9	96,9	96,9
	Não	1	3,1	3,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Lanche ao meio da tarde**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	24	75,0	75,0	75,0
	Não	8	25,0	25,0	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**2º Lanche**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	9	28,1	28,1	28,1
	Não	23	71,9	71,9	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Jantar**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	32	100,0	100,0	100,0

**Ceia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	12,5	12,5	12,5
	Não	28	87,5	87,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

24. A maioria das tuas refeições são preparadas por quem?

**Prep\_mãe**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	26	81,3	81,3	81,3
	Não	6	18,8	18,8	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Prep\_pai**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	8	25,0	25,0	25,0
	Não	24	75,0	75,0	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Prep\_avós**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	15,6	15,6	15,6
	Não	27	84,4	84,4	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Prep\_outros\_fam**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	6,3	6,3	6,3
	Não	30	93,8	93,8	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Prep\_p\_mim**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	18,8	18,8	18,8
	Não	26	81,3	81,3	100,0

**Prep\_p\_mim**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	18,8	18,8	18,8
	Não	26	81,3	81,3	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

25. Costumas comer mais alguma entre as refeições?

**Comes entre as refeições?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	10	31,3	31,3	31,3
	Não	22	68,8	68,8	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Como frutas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	15,6	100,0	100,0
Missing	System	27	84,4		
	Total	32	100,0		

**Como bolachas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	12,5	100,0	100,0
Missing	System	28	87,5		
	Total	32	100,0		

**Como pão**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	9,4	100,0	100,0
Missing	System	29	90,6		
Total		32	100,0		

**Como Iogurte**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	6,3	100,0	100,0
Missing	System	30	93,8		
Total		32	100,0		

**Como barras de cereais**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	3,1	100,0	100,0
Missing	System	31	96,9		
Total		32	100,0		

26. O que mais gosto de comer é:

**Gosto\_cereais**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	9	28,1	100,0	100,0
Missing	System	23	71,9		
Total		32	100,0		

**Gosto\_hortícolas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	6,3	100,0	100,0
Missing	System	30	93,8		
Total		32	100,0		

**Gosto\_frutas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	3,1	100,0	100,0
Missing	System	31	96,9		
Total		32	100,0		

**Gosto\_gorduras**

		Frequency	Percent
Missing	System	32	100,0

**Gosto\_lactínicos**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	6,3	100,0	100,0
Missing	System	30	93,8		
Total		32	100,0		

**Gosto\_carnes**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	7	21,9	100,0	100,0
Missing	System	25	78,1		
Total		32	100,0		

**Gosto\_peixe**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	12,5	100,0	100,0
Missing	System	28	87,5		
Total		32	100,0		

**Gosto\_leguminosas**

	Frequency	Percent
Missing System	32	100,0

**Gosto\_fritos\_e\_salgados**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	3	9,4	100,0	100,0
Missing System	29	90,6		
Total	32	100,0		

**Gosto\_sopa**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	3	9,4	100,0	100,0
Missing System	29	90,6		
Total	32	100,0		

**Gosto\_comida\_rápida**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	14	43,8	100,0	100,0
Missing System	18	56,3		
Total	32	100,0		

**Gosto\_doces**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	10	31,3	100,0	100,0
Missing System	22	68,8		
Total	32	100,0		

27. O que gosto menos é

**MenosGosto\_cereais**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	12,5	100,0	100,0
Missing	System	28	87,5		
Total		32	100,0		

**MenosGosto\_hortícolas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	8	25,0	100,0	100,0
Missing	System	24	75,0		
Total		32	100,0		

**MenosGosto\_frutas**

		Frequency	Percent
Missing	System	32	100,0

**MenosGosto\_gorduras**

		Frequency	Percent
Missing	System	32	100,0

**MenosGosto\_lactínicos**

		Frequency	Percent
Missing	System	32	100,0

**MenosGosto\_carnes**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	12,5	100,0	100,0
Missing	System	28	87,5		
Total		32	100,0		

**MenosGosto\_peixe**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	10	31,3	100,0	100,0
Missing	System	22	68,8		
Total		32	100,0		

**MenosGosto\_leguminosas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	12	37,5	100,0	100,0
Missing	System	20	62,5		
Total		32	100,0		

**MenosGosto\_fritos\_e\_salgados**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	3,1	100,0	100,0
Missing	System	31	96,9		
Total		32	100,0		

**MenosGosto\_Comida\_rapida**

		Frequency	Percent
Missing	System	32	100,0

**MenosGosto\_sopa**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	12,5	100,0	100,0
Missing	System	28	87,5		
Total		32	100,0		

**MenosGosto\_doces**

		Frequency	Percent
Missing	System	32	100,0

28. Em geral costume comer mais quando:

**Como mais quando estou nervoso(a) ou preocupado(a)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	10	31,3	31,3	31,3
	Não	22	68,8	68,8	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Como mais quando estou sozinho(a).**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	12	37,5	37,5	37,5
	Não	20	62,5	62,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Como mais quando estou triste**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	9,4	9,4	9,4
	Não	29	90,6	90,6	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Como mais quando estou a ver televisão ou quando estou no computador**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	18	56,3	56,3	56,3
	Não	14	43,8	43,8	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Como mais quando não tenho nada para fazer**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	15,6	15,6	15,6
	Não	27	84,4	84,4	100,0

**Como mais quando não tenho nada para fazer**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	15,6	15,6	15,6
	Não	27	84,4	84,4	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Como mais quando estou revoltado ou chateado**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	18,8	18,8	18,8
	Não	26	81,3	81,3	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Como mais noutras situações**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	32	100,0	100,0	100,0

29. Que problemas sente que o seu filho tem com doença?

**Sente que o seu filho tem problemas em praticar exercício físico regular?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	14	43,8	43,8	43,8
	Não	18	56,3	56,3	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Sente que o seu filho tem problemas em fazer refeições saudáveis?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	16	50,0	50,0	50,0
	Não	16	50,0	50,0	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Sente que o seu filho tem problemas em fazer todas as refeições?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	15	46,9	46,9	46,9
	Não	17	53,1	53,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Sente que o seu filho tem problemas de auto-estima?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	14	43,8	43,8	43,8
	Não	18	56,3	56,3	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Sente que o seu filho tem problemas em ser aceite pelos colegas?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	12	37,5	37,5	37,5
	Não	20	62,5	62,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Sente que o seu filho não tem nenhum problema com a doença?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	12,5	12,5	12,5
	Não	28	87,5	87,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Sente que o seu filho tem outros problemas em relação à doença?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	3,1	3,1	3,1
	Não	31	96,9	96,9	100,0

**Sente que o seu filho tem outros problemas em relação à doença?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	3,1	3,1	3,1
	Não	31	96,9	96,9	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

30. O que sentiu quanto soube do excesso de peso/obesidade do seu filho(a).

**Medo e ansiedade, pois não sabia como agir perante a situação**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	12,5	12,5	12,5
	Não	28	87,5	87,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Incapacidade e/ou impotência para ajudar o meu filho**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	12,5	12,5	12,5
	Não	28	87,5	87,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Aceitei a doença e fiz o que podia para ajudá-lo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	23	71,9	71,9	71,9
	Não	9	28,1	28,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Maior necessidade de proteger o meu filho**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	18,8	18,8	18,8
	Não	26	81,3	81,3	100,0

**Maior necessidade de proteger o meu filho**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	18,8	18,8	18,8
	Não	26	81,3	81,3	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Receio pelas consequências futuras da doença**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	23	71,9	71,9	71,9
	Não	9	28,1	28,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

31. Quais as maiores dificuldades em lidar com a obesidade do seu filho?

**Dificuldades em ajudar a cumprir os horários das refeições**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	22	68,8	68,8	68,8
	Não	10	31,3	31,3	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Dificuldades em confeccionar as refeições saudáveis**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	7	21,9	21,9	21,9
	Não	25	78,1	78,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Dificuldades em garantir a prática de exercício físico regular**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	14	43,8	43,8	43,8
	Não	18	56,3	56,3	100,0

**Dificuldades em garantir a prática de exercício físico regular**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	14	43,8	43,8	43,8
	Não	18	56,3	56,3	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Não tem nenhuma dificuldade em lidar com a obesidade do filho**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	9,4	9,4	9,4
	Não	29	90,6	90,6	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Tem outras dificuldades em lidar com a obesidade do filho**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	9,4	9,4	9,4
	Não	29	90,6	90,6	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

32. Quando soube do excesso de peso/obesidade do seu filho o que teve de alterar na sua vida?

**Horário de trabalho**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	32	100,0	100,0	100,0

**Deixar de trabalhar**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	32	100,0	100,0	100,0

### Vida Social

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	32	100,0	100,0	100,0

### Habitos alimentares

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	26	81,3	81,3	81,3
Não	6	18,8	18,8	100,0
Total	32	100,0	100,0	

### Nenhuma alteração

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	6	18,8	18,8	18,8
Não	26	81,3	81,3	100,0
Total	32	100,0	100,0	

### Outras alterações

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	32	100,0	100,0	100,0

33. Quando soube da doença dos filhos alterou hábitos alimentares e exercício físico na família e na criança?

**Quando soube da doença do seu filho, procedeu à alteração dos hábitos alimentares na família?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim (da Família e da Criança/adolescente)	22	68,8	68,8	68,8
	Sim (apenas da Criança/adolescente)	6	18,8	18,8	87,5
	Nenhuma modificação nos hábitos alimentares.	4	12,5	12,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Quando soube da doença do seu filho, houve aumento do exercício físico?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim (da Família e da Criança/adolescente)	12	37,5	37,5	37,5
	Sim (apenas da Criança/adolescente)	6	18,8	18,8	56,3
	Nenhuma alteração.	14	43,8	43,8	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

34. Alguma vez sentiste dificuldade em ser aceite pelos teus colegas devido a tua condição de excesso de peso/obesidade.

**Alguma vez sentiste dificuldade em ser aceite pelos outros.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	16	50,0	50,0	50,0
	Às vezes	12	37,5	37,5	87,5
	Quase sempre	3	9,4	9,4	96,9
	Sempre	1	3,1	3,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

34. Sentes que a tua doença te torna diferente dos teus colegas?

**A tua doença torna-te diferentes dos teus colegas?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	15,6	15,6	15,6
	Não	27	84,4	84,4	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Diferente dos amigos em quê?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		27	84,4	84,4	84,4
	Aparência física	3	9,4	9,4	93,8
	dificuldade em praticar exercício físico	1	3,1	3,1	96,9
	Excluída pelos colegas	1	3,1	3,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

35. Em geral quando te olhas ao espelho gostas do que vês?

**Em geral quando te vês ao espelho gostas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	10	31,3	31,3	31,3
	Não	22	68,8	68,8	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

36. Quais são as maiores dificuldades em lidar com a tua doença?

**Aceitar\_me\_como\_sou**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	9,4	100,0	100,0
Missing	System	29	90,6		
Total		32	100,0		

**Modif\_hábitos\_alimentares**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	10	31,3	100,0	100,0
Missing	System	22	68,8		
Total		32	100,0		

**Cumprir\_horários\_refeições**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	3,1	100,0	100,0
Missing	System	31	96,9		
Total		32	100,0		

**Cumprir\_a\_dieta\_prescrita**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	15,6	100,0	100,0
Missing	System	27	84,4		
Total		32	100,0		

**Ser\_descriminado\_outros**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	6,3	100,0	100,0
Missing	System	30	93,8		
Total		32	100,0		

**Dif\_exercicio\_fisico**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	10	31,3	100,0	100,0
Missing	System	22	68,8		
Total		32	100,0		

**Outras\_dificuldades**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	12,5	100,0	100,0
Missing	System	28	87,5		
Total		32	100,0		

**Nenhuma\_dificuldade**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	12,5	100,0	100,0
Missing	System	28	87,5		
Total		32	100,0		

37. Na sua opinião, o que pensa que pode ter causado o aumento de peso do seu filho?

**Hereditárias**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	3	9,4	100,0	100,0
Missing	System	29	90,6		
Total		32	100,0		

**Médico\_fisicas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	1	3,1	100,0	100,0
Missing	System	31	96,9		
Total		32	100,0		

**Emocionais**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	3	9,4	100,0	100,0
Missing	System	29	90,6		
Total		32	100,0		

**Alimentação**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	20	62,5	100,0	100,0
Missing	System	12	37,5		
Total		32	100,0		

**Falta de exercicio físico**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	4	12,5	100,0	100,0
Missing	System	28	87,5		
Total		32	100,0		

**Não\_sabe**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	4	12,5	100,0	100,0
Missing	System	28	87,5		
Total		32	100,0		

38. Que conseqüências, na sua opinião, a obesidade/excesso de peso pode trazer à criança/adolescente?

**Problemas cardiovasculares**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	17	53,1	100,0	100,0
Missing	System	15	46,9		

**Problemas\_cardiovasculares**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	17	53,1	100,0	100,0
Missing	System	15	46,9		
Total		32	100,0		

**Problemas\_respiratórios**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	3,1	100,0	100,0
Missing	System	31	96,9		
Total		32	100,0		

**Problemas\_metabolicos**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	15	46,9	100,0	100,0
Missing	System	17	53,1		
Total		32	100,0		

**Problemas\_ortopédicos**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	9,4	100,0	100,0
Missing	System	29	90,6		
Total		32	100,0		

**Problemas\_hormonais**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	3,1	100,0	100,0
Missing	System	31	96,9		
Total		32	100,0		

**Problemas\_psicologicos**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	10	31,3	100,0	100,0
Missing	System	22	68,8		
Total		32	100,0		

**Problemas\_não\_sabe**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	9,4	100,0	100,0
Missing	System	29	90,6		
Total		32	100,0		

## 39. Locus de controlo nas crianças

**Locus de controlo na criança/adolescente com peso a mais.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Externo	21	65,6	65,6	65,6
	Interno	11	34,4	34,4	100,0
Total		32	100,0	100,0	

**Locus nos Pais**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Externo	32	100,0	100,0	100,0

40. Adesão Terapêutica nas crianças nas diferentes sub-escalas.

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
IMS_Sub_doença_therapeutic a	32	1,33	3,33	2,4531	,48125
IMS_Sub_problemas_cogniti vos	32	1,33	4,17	2,9010	,65289
IMS_Sub_falta_suporte	32	1,00	2,50	1,6719	,40711
IMS_Sub_negação_desconfi ança	32	2,00	4,20	2,7563	,51490
IMS_Sub_influência_pares	32	1,00	5,00	2,7500	,95883
Valid N (listwise)	32				

41. Excesso de peso/obesidade e locus de controlo externo.

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dignostico_Obeso_ou_ excesso_de_peso * Locus	32	100,0%	0	,0%	32	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,693 <sup>b</sup>	1	,030		
Continuity Correction <sup>a</sup>	2,946	1	,086		
Likelihood Ratio	6,887	1	,009		
Fisher's Exact Test				,066	,035
Linear-by-Linear Association	4,547	1	,033		
N of Valid Cases	32				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,41.

**Dignostico\_Obeso\_ou\_excesso\_de\_peso \* Locus Crosstabulation**

			Locus		Total
			Externo	Interno	
Dignostico_Obeso_ou_excesso_de_peso	Excesso de peso (percentil 85 a 95)	Count	7	0	7
		% within Dignostico_Obeso_ou_excesso_de_peso	100,0%	,0%	100,0%
		% within Locus	33,3%	,0%	21,9%
		% of Total	21,9%	,0%	21,9%
		Adjusted Residual	2,2	-2,2	
	Obesidade (percentil superior a 95)	Count	14	11	25
		% within Dignostico_Obeso_ou_excesso_de_peso	56,0%	44,0%	100,0%
		% within Locus	66,7%	100,0%	78,1%
		% of Total	43,8%	34,4%	78,1%
		Adjusted Residual	-2,2	2,2	
Total		Count	21	11	32
		% within Dignostico_Obeso_ou_excesso_de_peso	65,6%	34,4%	100,0%
		% within Locus	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	65,6%	34,4%	100,0%

**Binomial Test**

		Category	N	Observed Prop.	Test Prop.	Asymp. Sig. (1-tailed)
Locus	Group 1	Externo	21	,656250	,343000	,000 <sup>a</sup>
	Group 2	Interno	11	,343750		
	Total		32	1,000000		

a. Based on Z Approximation.

42. O género influencia o locus de controlo

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sexo * Locus	32	100,0%	0	,0%	32	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,009 <sup>b</sup>	1	,923		
Continuity Correction <sup>a</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,009	1	,923		
Fisher's Exact Test				1,000	,617
Linear-by-Linear Association	,009	1	,925		
N of Valid Cases	32				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,13.

### Sexo \* Locus Crosstabulation

			Locus		Total
			Externo	Interno	
Sexo	Masculino	Count	8	4	12
		% within Sexo	66,7%	33,3%	100,0%
		% within Locus	38,1%	36,4%	37,5%
		% of Total	25,0%	12,5%	37,5%
		Adjusted Residual	,1	-,1	
Feminino	Feminino	Count	13	7	20
		% within Sexo	65,0%	35,0%	100,0%
		% within Locus	61,9%	63,6%	62,5%
		% of Total	40,6%	21,9%	62,5%
		Adjusted Residual	-,1	,1	
Total	Total	Count	21	11	32
		% within Sexo	65,6%	34,4%	100,0%
		% within Locus	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	65,6%	34,4%	100,0%

43. A idade e o locus de controlo.

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
mais_idade_e_menos_idade * Locus	32	100,0%	0	,0%	32	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	13,037 <sup>b</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>a</sup>	10,469	1	,001		
Likelihood Ratio	17,127	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	12,630	1	,000		
N of Valid Cases	32				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,81.

### mais\_idade\_e\_menos\_idade \* Locus Crosstabulation

			Locus		Total
			Externo	Interno	
mais_idade_e_menos_idade	Maior idade (14-17 anos)	Count	14	0	14
		% within mais_idade_e_menos_idade	100,0%	,0%	100,0%
		% within Locus	66,7%	,0%	43,8%
		% of Total	43,8%	,0%	43,8%
		Adjusted Residual	3,6	-3,6	
	Menor idade (11-13anos)	Count	7	11	18
		% within mais_idade_e_menos_idade	38,9%	61,1%	100,0%
		% within Locus	33,3%	100,0%	56,3%
		% of Total	21,9%	34,4%	56,3%
		Adjusted Residual	-3,6	3,6	
Total		Count	21	11	32
		% within mais_idade_e_menos_idade	65,6%	34,4%	100,0%
		% within Locus	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	65,6%	34,4%	100,0%

44. Locus de controlo externo (outros significativos e outros poderosos).

### Tests of Normality

OS_grp		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
LC_c_EXTERNO	valores baixos	,153	13	,200 <sup>*</sup>	,928	13	,326
	valores altos	,111	19	,200 <sup>*</sup>	,966	19	,696

### Tests of Normality

OP_grp		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
LC_c_EXTERNO	valores baixos	,226	16	,028	,920	16	,170
	valores altos	,174	16	,200*	,952	16	,529

### Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	OP - OS	-,09206	,29000	,06328	-,22407	,03994	-1,455	20	,161

### Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	OP	,6508	21	,17404	,03798
	OS	,7429	21	,22039	,04809

### Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	OP & OS	21	-,068	,769

45 – O locus de controlo dos pais e o locus de controlo presente nos filhos.

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Locus_Pais * Locus	32	100,0%	0	,0%	32	100,0%

### Binomial Test

	Category	N	Observed Prop.	Test Prop.	Asymp. Sig. (1-tailed)
Locus Group 1	Externo	21	,656250	,343000	,000 <sup>a</sup>
Locus Group 2	Interno	11	,343750		
Total		32	1,000000		

a. Based on Z Approximation.

### Locus\_Pais \* Locus Crosstabulation

			Locus		Total
			Externo	Interno	
Locus_Pais	Externo	Count	21	11	32
		% within Locus_Pais	65,6%	34,4%	100,0%
		% within Locus	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	65,6%	34,4%	100,0%
		Adjusted Residual	.	.	
Total		Count	21	11	32
		% within Locus_Pais	65,6%	34,4%	100,0%
		% within Locus	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	65,6%	34,4%	100,0%

46 – Relação entre o tempo de diagnóstico e o locus de controlo.

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
tempo_mais_ou_menos_4anos * Locus	32	100,0%	0	,0%	32	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,347 <sup>b</sup>	1	,246		
Continuity Correction <sup>a</sup>	,611	1	,435		
Likelihood Ratio	1,338	1	,247		
Fisher's Exact Test				,283	,217
Linear-by-Linear Association	1,305	1	,253		
N of Valid Cases	32				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,47.

**tempo\_mais\_ou\_menos\_4anos \* Locus Crosstabulation**

			Locus		Total
			Externo	Interno	
tempo_mais_ou_menos_4anos	maior ou igual a 4 anos	Count	7	6	13
		% within tempo_mais_ou_menos_4anos	53,8%	46,2%	100,0%
		% within Locus	33,3%	54,5%	40,6%
		% of Total	21,9%	18,8%	40,6%
	menos de 4	Count	14	5	19
		% within tempo_mais_ou_menos_4anos	73,7%	26,3%	100,0%
		% within Locus	66,7%	45,5%	59,4%
		% of Total	43,8%	15,6%	59,4%
Total		Count	21	11	32
		% within tempo_mais_ou_menos_4anos	65,6%	34,4%	100,0%
		% within Locus	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	65,6%	34,4%	100,0%

47 – O locus de controlo e a adesão terapêutica nas diferentes subescalas.

**Tests of Normality**

	Locus	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IMS_Sub_doença_therapeutica	Externo	,137	21	,200*	,963	21	,586
	Interno	,242	11	,070	,925	11	,361
IMS_Sub_problemas_cognitivos	Externo	,131	21	,200*	,956	21	,445
	Interno	,228	11	,113	,923	11	,342
IMS_Sub_falta_suporte	Externo	,136	21	,200*	,957	21	,458
	Interno	,185	11	,200*	,958	11	,751
IMS_Sub_negação_desconfiança	Externo	,138	21	,200*	,928	21	,123
	Interno	,159	11	,200*	,922	11	,331
IMS_Sub_influência_pares	Externo	,160	21	,170	,942	21	,235
	Interno	,183	11	,200*	,902	11	,195

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
IMS_Sub_doença_terapeutica	Equal variances assumed	1,297	,264	-,521	30	,606	-,09452	,18126	-,46470	,27567
	Equal variances not assumed			-,569	25,871	,574	-,09452	,16598	-,43577	,24674
IMS_Sub_problemas_cognitivos	Equal variances assumed	2,665	,113	,231	30	,819	,05700	,24680	-,44704	,56103
	Equal variances not assumed			,275	29,883	,785	,05700	,20711	-,36605	,48005
IMS_Sub_falta_suporte	Equal variances assumed	1,082	,307	,052	30	,959	,00794	,15402	-,30662	,32249
	Equal variances not assumed			,049	17,353	,962	,00794	,16362	-,33673	,35260
IMS_Sub_negação_desconfiança	Equal variances assumed	,468	,499	,370	30	,714	,07186	,19437	-,32509	,46881
	Equal variances not assumed			,352	17,871	,729	,07186	,20417	-,35730	,50102
IMS_Sub_influência_pares	Equal variances assumed	,044	,836	-1,484	30	,148	-,51948	,35015	-1,23459	,19563
	Equal variances not assumed			-1,461	19,590	,160	-,51948	,35546	-1,26196	,22300

### Group Statistics

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
IMS_Sub_doença_terapeutica	Externo	21	2,4206	,52604	,11479
	Interno	11	2,5152	,39759	,11988
IMS_Sub_problemas_cognitivos	Externo	21	2,9206	,75759	,16532
	Interno	11	2,8636	,41378	,12476
IMS_Sub_falta_suporte	Externo	21	1,6746	,38542	,08410
	Interno	11	1,6667	,46547	,14035
IMS_Sub_negação_desconfiança	Externo	21	2,7810	,49358	,10771
	Interno	11	2,7091	,57525	,17344
IMS_Sub_influência_pares	Externo	21	2,5714	,92582	,20203
	Interno	11	3,0909	,97000	,29247

48 – O tempo de diagnostico e a adesão terapêutica.

**Tests of Normality**

tempo_mais_ou_menos_4anos		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IMS_Sub_doença_terapeutica	maior ou igual a 4 anos	,256	13	,020	,903	13	,149
	menos de 4	,148	19	,200*	,963	19	,633
IMS_Sub_problemas_cognitivos	maior ou igual a 4 anos	,299	13	,002	,834	13	,018
	menos de 4	,155	19	,200*	,936	19	,224
IMS_Sub_falta_suporte	maior ou igual a 4 anos	,125	13	,200*	,972	13	,919
	menos de 4	,130	19	,200*	,956	19	,490
IMS_Sub_negação_desconfiança	maior ou igual a 4 anos	,163	13	,200*	,943	13	,498
	menos de 4	,176	19	,122	,924	19	,132
IMS_Sub_influência_pares	maior ou igual a 4 anos	,239	13	,041	,904	13	,150
	menos de 4	,166	19	,178	,935	19	,216

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
IMS_Sub_doença_terapeutica	Equal variances assumed	2,899	,099	,326	30	,746	,05735	,17577	-,30162	,41633
	Equal variances not assumed			,350	29,997	,729	,05735	,16376	-,27710	,39181
IMS_Sub_falta_suporte	Equal variances assumed	,049	,827	,820	30	,419	,12078	,14732	-,18008	,42164
	Equal variances not assumed			,818	25,768	,421	,12078	,14760	-,18275	,42431
IMS_Sub_negação_desconfiança	Equal variances assumed	1,317	,260	-1,001	30	,325	-,18543	,18533	-,56392	,19307
	Equal variances not assumed			-1,081	29,975	,288	-,18543	,17156	-,53582	,16497
IMS_Sub_influência_pares	Equal variances assumed	2,399	,132	-2,073	30	,047	-,68016	,32811	-1,35025	-,01007
	Equal variances not assumed			-2,255	29,854	,032	-,68016	,30165	-1,29634	-,06398

### Test Statistics

	IMS_Sub_problemas_cognitivos
Mann-Whitney U	103,000
Wilcoxon W	194,000
Z	-,791
Asymp. Sig. (2-tailed)	,429
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,448 <sup>a</sup>

### Group Statistics

	tempo_mais_ou_menos_4anos	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
IMS_Sub_doença_terapeutica	maior ou igual a 4 anos	13	2,4872	,37553	,10415
	menos de 4	19	2,4298	,55086	,12638
IMS_Sub_problemas_cognitivos	maior ou igual a 4 anos	13	2,8718	,51439	,14267
	menos de 4	19	2,9211	,74612	,17117
IMS_Sub_falta_suporte	maior ou igual a 4 anos	13	1,7436	,41172	,11419
	menos de 4	19	1,6228	,40765	,09352
IMS_Sub_negação_desconfiança	maior ou igual a 4 anos	13	2,6462	,38431	,10659
	menos de 4	19	2,8316	,58600	,13444
IMS_Sub_influência_pares	maior ou igual a 4 anos	13	2,3462	,65779	,18244
	menos de 4	19	3,0263	1,04713	,24023

49 – Criança e adolescentes que sente que a sua doença o torna diferente e as barreiras à adesão terapêutica.

#### Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IMS_Sub_doença_therapeutica	Sim	,227	5	,200*	,956	5	,783
	Não	,151	27	,115	,951	27	,228
IMS_Sub_problemas_cognitivos	Sim	,285	5	,200*	,908	5	,457
	Não	,101	27	,200*	,963	27	,430
IMS_Sub_falta_suporte	Sim	,167	5	,200*	,943	5	,685
	Não	,135	27	,200*	,955	27	,285
IMS_Sub_negação_desconfiança	Sim	,310	5	,131	,871	5	,272
	Não	,143	27	,163	,925	27	,051
IMS_Sub_influência_pares	Sim	,254	5	,200*	,914	5	,492
	Não	,160	27	,073	,913	27	,027

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

#### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
IMS_Sub_doença_therapeutica	Equal variances assumed	1,026	,319	-,769	30	,448	-,18148	,23586	-,66317	,30021
	Equal variances not assumed			-,545	4,560	,611	-,18148	,33310	-1,06323	,70027
IMS_Sub_problemas_cognitivos	Equal variances assumed	,137	,714	-,371	30	,713	-,11975	,32239	-,77815	,53865
	Equal variances not assumed			-,287	4,738	,786	-,11975	,41670	-1,20897	,96946
IMS_Sub_falta_suporte	Equal variances assumed	1,727	,199	-,424	30	,675	-,08519	,20089	-,49545	,32508
	Equal variances not assumed			-,308	4,609	,771	-,08519	,27633	-,81406	,64369
IMS_Sub_negação_desconfiança	Equal variances assumed	,017	,896	-1,527	30	,137	-,37481	,24547	-,87613	,12650
	Equal variances not assumed			-1,722	6,289	,134	-,37481	,21770	-,90162	,15199

### Test Statistics

	IMS_Sub_influên cia_pares
Mann-Whitney U	45,000
Wilcoxon W	60,000
Z	-1,188
Asymp. Sig. (2-tailed)	,235
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,263

### Group Statistics

	Sentes_q_a_doenç_ torna_dif_d_teus_amigos	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
IMS_Sub_doença_ terapeutica	Sim	5	2,3000	,72072	,32232
	Não	27	2,4815	,43690	,08408
IMS_Sub_problemas_ cognitivos	Sim	5	2,8000	,89287	,39930
	Não	27	2,9198	,61909	,11914
IMS_Sub_falta_suporte	Sim	5	1,6000	,59628	,26667
	Não	27	1,6852	,37648	,07245
IMS_Sub_negação_ desconfiança	Sim	5	2,4400	,43359	,19391
	Não	27	2,8148	,51419	,09896
IMS_Sub_influência_ pares	Sim	5	2,2000	,75829	,33912
	Não	27	2,8519	,96889	,18646

50 – A auto-estima da criança/adolescente e a adesão terapêutica.

### Tests of Normality

	Em_geral_qd_te_vês_ ao_espelho_gostas	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IMS_Sub_doença_ terapeutica	Sim	,242	10	,100	,819	10	,025
	Não	,155	22	,184	,943	22	,230
IMS_Sub_problemas_ cognitivos	Sim	,200	10	,200*	,905	10	,246
	Não	,117	22	,200*	,961	22	,503
IMS_Sub_falta_suporte	Sim	,137	10	,200*	,923	10	,381
	Não	,118	22	,200*	,975	22	,819
IMS_Sub_negação_ desconfiança	Sim	,228	10	,149	,883	10	,143
	Não	,117	22	,200*	,933	22	,139
IMS_Sub_influência_ pares	Sim	,234	10	,127	,803	10	,016
	Não	,212	22	,011	,893	22	,022

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
IMS_Sub_problemas_cognitivos	Equal variances assumed	,686	,414	-1,495	30	,145	-,36515	,24418	-,86384	,13354
	Equal variances not assumed			-1,562	19,458	,134	-,36515	,23383	-,85378	,12348
IMS_Sub_falta_suporte	Equal variances assumed	,042	,838	-,825	30	,416	-,12879	,15607	-,44753	,18996
	Equal variances not assumed			-,808	16,644	,431	-,12879	,15941	-,46567	,20809
IMS_Sub_negação_desconfiança	Equal variances assumed	,007	,932	1,542	30	,133	,29636	,19215	-,09605	,68878
	Equal variances not assumed			1,483	15,966	,158	,29636	,19990	-,12747	,72020

### Test Statistics<sup>b</sup>

	IMS_Sub_doença_terapeutica	IMS_Sub_influência_pares
Mann-Whitney U	69,500	88,500
Wilcoxon W	124,500	341,500
Z	-1,661	-,889
Asymp. Sig. (2-tailed)	,097	,374
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,100 <sup>a</sup>	,388 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Em\_geral\_qd\_te\_vês\_ao\_espeelho\_gostas

### Group Statistics

		Em_geral_qd_te_vês_ao_espeelho_gostas	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
IMS_Sub_doença_terapeutica	Sim		10	2,3000	,36683	,11600
	Não		22	2,5227	,51767	,11037
IMS_Sub_problemas_cognitivos	Sim		10	2,6500	,59030	,18667
	Não		22	3,0152	,66051	,14082
IMS_Sub_falta_suporte	Sim		10	1,5833	,42492	,13437
	Não		22	1,7121	,40231	,08577
IMS_Sub_negação_desconfiança	Sim		10	2,9600	,53996	,17075
	Não		22	2,6636	,48751	,10394
IMS_Sub_influência_pares	Sim		10	2,8500	,66875	,21148
	Não		22	2,7045	1,07636	,22948

51. Crianças que têm conhecimento do diagnóstico e barreiras á adesão nas diferentes subescalas.

#### Tests of Normality

	Sabe_correctamente_o_diagnostico	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IMS_Sub_doença_terapeutica	sim	,162	15	,200*	,879	15	,045
	nao	,188	17	,114	,959	17	,611
IMS_Sub_problemas_cognitivos	sim	,152	15	,200*	,945	15	,455
	nao	,155	17	,200*	,940	17	,315
IMS_Sub_falta_suporte	sim	,130	15	,200*	,943	15	,417
	nao	,159	17	,200*	,975	17	,897
IMS_Sub_negação_desconfiança	sim	,204	15	,095	,910	15	,134
	nao	,203	17	,061	,886	17	,040
IMS_Sub_influência_pares	sim	,144	15	,200*	,945	15	,446
	nao	,222	17	,026	,901	17	,071

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

#### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
IMS_Sub_doença_terapeutica	Equal variances assumed	,038	,847	,389	30	,700	,06732	,17286	-2,28571	,42035
	Equal variances not assumed			,391	29,837	,699	,06732	,17224	-2,28453	,41917
IMS_Sub_problemas_cognitivos	Equal variances assumed	,171	,682	-,545	30	,590	-,12745	,23395	-,60525	,35035
	Equal variances not assumed			-,547	29,815	,589	-,12745	,23319	-,60381	,34891
IMS_Sub_falta_suporte	Equal variances assumed	,561	,459	-,497	30	,623	-,07255	,14600	-,37073	,22563
	Equal variances not assumed			-,492	28,007	,626	-,07255	,14732	-,37431	,22921
IMS_Sub_negação_desconfiança	Equal variances assumed	,037	,849	1,291	30	,207	,23294	,18047	-,13563	,60152
	Equal variances not assumed			1,287	29,077	,208	,23294	,18104	-,13729	,60318
IMS_Sub_influência_pares	Equal variances assumed	2,730	,109	1,407	30	,170	,47059	,33442	-,21238	1,15356
	Equal variances not assumed			1,371	23,562	,183	,47059	,34326	-,23857	1,17975

### Group Statistics

	Sabe_correctamente_o_diagnostico	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
IMS_Sub_doença_terapeutica	sim	15	2,4889	,47336	,12222
	nao	17	2,4216	,50041	,12137
IMS_Sub_problemas_cognitivos	sim	15	2,8333	,64242	,16587
	nao	17	2,9608	,67580	,16390
IMS_Sub_falta_suporte	sim	15	1,6333	,44186	,11409
	nao	17	1,7059	,38428	,09320
IMS_Sub_negação_desconfiança	sim	15	2,8800	,52263	,13494
	nao	17	2,6471	,49764	,12070
IMS_Sub_influência_pares	sim	15	3,0000	1,13389	,29277
	nao	17	2,5294	,73889	,17921

52. Relação entre excesso de peso/obesidade e conhecimento correcto do diagnóstico.

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Nivel_escolaridade * Sabe_correctamente_o_diagnostico	32	100,0%	0	,0%	32	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,029 <sup>b</sup>	1	,865		
Continuity Correction <sup>a</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,029	1	,865		
Fisher's Exact Test				1,000	,608
Linear-by-Linear Association	,028	1	,867		
N of Valid Cases	32				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,81.

**Nivel\_escolaridade \* Sabe\_correctamente\_o\_diagnostico Crosstabulation**

			Sabe_correctamente_o_diagnostico		Total
			sim	nao	
Nivel_escolaridade	Ensino básico	Count	12	14	26
		% within Nivel_escolaridade	46,2%	53,8%	100,0%
		% within Sabe_correctamente_o_diagnostico	80,0%	82,4%	81,3%
		% of Total	37,5%	43,8%	81,3%
	Ensino Secundário	Count	3	3	6
		% within Nivel_escolaridade	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Sabe_correctamente_o_diagnostico	20,0%	17,6%	18,8%
		% of Total	9,4%	9,4%	18,8%
	Total	Count	15	17	32
		% within Nivel_escolaridade	46,9%	53,1%	100,0%
% within Sabe_correctamente_o_diagnostico		100,0%	100,0%	100,0%	
% of Total		46,9%	53,1%	100,0%	

53. A escolaridade dos pais e o excesso de peso dos filhos.

Mãe:

**Chi-Square Tests (mãe)**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,003	1	,957		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,003	1	,957		
Fisher's Exact Test				1,000	,649
Linear-by-Linear Association	,003	1	,958		
N of Valid Cases	32				

**Diagnóstico Obeso ou excesso de peso \*escolaridade mãe**

			Escolaridade da mãe		Total
			até ao básico.	Secundário ou superior	
Diagnóstico de Excesso de peso Obesidade ou excesso de peso	Count		4	3	7
	% excesso de peso		57,1%	42,9%	100,0%
	%escolaridade da mãe		22,2%	21,4%	21,9%
	% of Total		12,5%	9,4%	21,9%
Obesidade	Count		14	11	25
	% within Diagnóstico Obesidade		56,0%	44,0%	100,0%
	% within escolaridade da mãe		77,8%	78,6%	78,1%
	% of Total		43,8%	34,4%	78,1%
Total	Count		18	14	32
	% within Diagnóstico		56,3%	43,8%	100,0%
	% within escolaridade da mãe		100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total		56,3%	43,8%	100,0%

Pai:

**Chi-Square Tests (pai)**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,562 <sup>a</sup>	1	,454		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,083	1	,773		
Likelihood Ratio	,541	1	,462		
Fisher's Exact Test				,648	,376
Linear-by-Linear Association	,544	1	,461		
N of Valid Cases	32				

**Diagnóstico Obeso ou excesso de peso \*escolaridade pai**

			Escolaridade do Pai		Total
			até ao básico.	Secundário ou superior	
Diagnóstico de Obesidade ou excesso de peso	Excesso de peso	Count	4	3	7
		% excesso de peso	57,1%	42,9%	100,0%
		% escolaridade do Pai	18,2%	30,0%	21,9%
		% of Total	12,5%	9,4%	21,9%
Obesidade		Count	18	7	25
		% within Diagnóstico Obesidade	72,0%	28,0%	100,0%
		% within escolaridade do Pai	81,8%	70,0%	78,1%
		% of Total	56,3%	21,9%	78,1%
Total		Count	18	22	10
		% within Diagnóstico	56,3%	68,8%	31,3%
		% within escolaridade do Pai	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	56,3%	68,8%	31,3%



### Group Statistics

	Relacion_pai	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
IMS_Sub_falta_suporte	Bom	8	1,6458	,28781	,10176
	Muito bom	13	1,6282	,55758	,15465

### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
IMS_Sub_falta_suporte	Equal variances assumed	9,946	,005	,082	19	,935	,01763	,21404	-,43035	,46561
	Equal variances not assumed			,095	18,648	,925	,01763	,18512	-,37033	,40559

55. Relação entre o gênero e a adesão terapêutica nas diferentes subescalas.

### Tests of Normality

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IMS_Sub_doença_therapeutica	Masculino	,210	12	,152	,898	12	,149
	Feminino	,155	20	,200*	,965	20	,642
IMS_Sub_problemas_cognitivos	Masculino	,157	12	,200*	,927	12	,350
	Feminino	,136	20	,200*	,960	20	,542
IMS_Sub_falta_suporte	Masculino	,128	12	,200*	,955	12	,707
	Feminino	,122	20	,200*	,964	20	,635
IMS_Sub_negação_desconfiança	Masculino	,145	12	,200*	,951	12	,659
	Feminino	,161	20	,187	,911	20	,066
IMS_Sub_influência_pares	Masculino	,152	12	,200*	,936	12	,451
	Feminino	,205	20	,027	,934	20	,185

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

### Group Statistics

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
IMS_Sub_doença_terapeutica	Masculino	12	2,4722	,43131	,12451
	Feminino	20	2,4417	,51943	,11615
IMS_Sub_problemas_cognitivos	Masculino	12	2,9028	,51472	,14859
	Feminino	20	2,9000	,73628	,16464
IMS_Sub_falta_suporte	Masculino	12	1,6250	,38353	,11072
	Feminino	20	1,7000	,42783	,09567
IMS_Sub_negação_desconfiança	Masculino	12	2,7000	,37659	,10871
	Feminino	20	2,7900	,58929	,13177
IMS_Sub_influência_pares	Masculino	12	2,9583	1,05439	,30438
	Feminino	20	2,6250	,90139	,20156

### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
IMS_Sub_doença_terapeutica	Equal variances assumed	,108	,745	,171	30	,865	,03056	,17855	-,33408	,39519
	Equal variances not assumed			,179	26,748	,859	,03056	,17027	-,31897	,38008
IMS_Sub_problemas_cognitivos	Equal variances assumed	1,970	,171	,011	30	,991	,00278	,24234	-,49215	,49771
	Equal variances not assumed			,013	29,151	,990	,00278	,22177	-,45070	,45625
IMS_Sub_falta_suporte	Equal variances assumed	,148	,703	-,498	30	,622	-,07500	,15049	-,38235	,23235
	Equal variances not assumed			-,513	25,370	,613	-,07500	,14632	-,37613	,22613
IMS_Sub_negação_desconfiança	Equal variances assumed	1,672	,206	-,473	30	,640	-,09000	,19041	-,47888	,29888
	Equal variances not assumed			-,527	29,811	,602	-,09000	,17083	-,43896	,25896
IMS_Sub_influência_pares	Equal variances assumed	,371	,547	,951	30	,349	,33333	,35066	-,38281	1,04948
	Equal variances not assumed			,913	20,482	,372	,33333	,36506	-,42703	1,09369

56 – A modificação de hábitos alimentares e de exercício físico da criança/adolescente e família e a adesão terapêutica na subescala suporte social.

Modificação de hábitos alimentares:

**Tests of Normality**

Modific_habitos_alimentares	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IMS_Sub_falta_suporte Sim (da Família e da Criança/adolescente)	,130	22	,200*	,959	22	,473
Sim (apenas da Criança/adolescente)	,192	6	,200*	,971	6	,899
Nenhuma modificação nos hábitos alimentares.	,302	4	.	,827	4	,161

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

**ANOVA**

IMS\_Sub\_falta\_suporte

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,000	1	,000	,001	,973
Within Groups	5,138	30	,171		
Total	5,138	31			

Modificação do exercício físico:

**Tests of Normality**

Mod_exerc_fisico	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IMS_Sub_falta_suporte Sim (da Família e da Criança/adolescente)	,199	12	,200*	,933	12	,407
Sim (apenas da Criança/adolescente)	,358	6	,016	,823	6	,094
Nenhuma alteração.	,233	14	,038	,896	14	,098

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

## ANOVA

### IMS\_Sub\_falta\_suporte

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,489	2	,245	1,526	,234
Within Groups	4,649	29	,160		
Total	5,138	31			

57- A idade do jovem e a adesão terapêutica.

### Tests of Normality

	mais_idade_e_menos_idade	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IMS_Sub_doença_terapeutica	Maior idade (14-17 anos)	,184	14	,200*	,914	14	,182
	Menor idade (11-13anos)	,159	18	,200*	,950	18	,430
IMS_Sub_problemas_cognitivos	Maior idade (14-17 anos)	,141	14	,200*	,948	14	,529
	Menor idade (11-13anos)	,110	18	,200*	,969	18	,778
IMS_Sub_falta_suporte	Maior idade (14-17 anos)	,142	14	,200*	,962	14	,757
	Menor idade (11-13anos)	,143	18	,200*	,960	18	,603
IMS_Sub_negação_desconfiança	Maior idade (14-17 anos)	,164	14	,200*	,910	14	,158
	Menor idade (11-13anos)	,120	18	,200*	,933	18	,220
IMS_Sub_influência_pares	Maior idade (14-17 anos)	,177	14	,200*	,961	14	,735
	Menor idade (11-13anos)	,233	18	,011	,885	18	,032

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

### Group Statistics

	mais_idade_e_menos_idade	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
IMS_Sub_doença_terapeutica	Maior idade (14-17 anos)	14	2,4048	,49663	,13273
	Menor idade (11-13anos)	18	2,4907	,47990	,11311
IMS_Sub_problemas_cognitivos	Maior idade (14-17 anos)	14	2,9167	,67225	,17967
	Menor idade (11-13anos)	18	2,8889	,65679	,15481
IMS_Sub_falta_suporte	Maior idade (14-17 anos)	14	1,6905	,39145	,10462
	Menor idade (11-13anos)	18	1,6574	,42959	,10126
IMS_Sub_negação_desconfiança	Maior idade (14-17 anos)	14	2,8143	,53473	,14291
	Menor idade (11-13anos)	18	2,7111	,50977	,12015
IMS_Sub_influência_pares	Maior idade (14-17 anos)	14	2,7143	1,06904	,28571
	Menor idade (11-13anos)	18	2,7778	,89479	,21090

### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
IMS_Sub_doença_terapeutica	Equal variances assumed	,081	,778	-,495	30	,624	-,08598	,17362	-,44056	,26860
	Equal variances not assumed			-,493	27,605	,626	-,08598	,17439	-,44343	,27147
IMS_Sub_problemas_cognitivos	Equal variances assumed	,002	,967	,117	30	,907	,02778	,23645	-,45512	,51067
	Equal variances not assumed			,117	27,765	,908	,02778	,23716	-,45821	,51377
IMS_Sub_falta_suporte	Equal variances assumed	,436	,514	,224	30	,824	,03307	,14735	-,26786	,33400
	Equal variances not assumed			,227	29,181	,822	,03307	,14560	-,26463	,33077
IMS_Sub_negação_desconfiança	Equal variances assumed	,011	,916	,556	30	,582	,10317	,18556	-,27580	,48214
	Equal variances not assumed			,553	27,404	,585	,10317	,18671	-,27966	,48601
IMS_Sub_influência_pares	Equal variances assumed	,800	,378	-,183	30	,856	-,06349	,34713	-,77243	,64545
	Equal variances not assumed			-,179	25,286	,860	-,06349	,35512	-,79447	,66748

### 58. Alpha de Cronbach

Escala de Locus de Controlo da Saúde para Crianças (Almeida & Pereira, 2006)

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,710	27

Escala de Locus de Controlo da Saúde para os Pais (Ribeiro, 1994)

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,752	14

**Illness Management Survey (Logan, 2003)**

**Model Summary**

Dimension	Cronbach's Alpha	Variance Accounted For	
		Total (Eigenvalue)	% of Variance
1	,753	3,282	25,249
Total	,753	3,282	25,249