

ADRIANA ISABEL VIEIRA DA COSTA

**ESTUDO DO FUNCIONAMENTO FAMILIAR DOS UTENTES DA CONSULTA
DE OBESIDADE E DISLIPIDÉMIA INFANTIL (CODI) DO CENTRO
HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2017

ADRIANA ISABEL VIEIRA DA COSTA

**ESTUDO DO FUNCIONAMENTO FAMILIAR DOS UTENTES DA CONSULTA
DE OBESIDADE E DISLIPIDÉMIA INFANTIL (CODI) DO CENTRO
HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE**

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de: Prof.^a Doutora Cláudia Carmo



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2017

**ESTUDO DO FUNCIONAMENTO FAMILIAR DOS UTENTES DA CONSULTA
DE OBESIDADE E DISLIPIDÉMIA INFANTIL (CODI) DO CENTRO
HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE**

Declaração de autoria do trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam na listagem de referências incluída.

Assinatura

(Adriana Costa)

Copyright em nome de Adriana Isabel Vieira da Costa

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Resumo

O excesso de peso tem impacto na saúde dos indivíduos diminuindo a expectativa de vida e a prevalência da obesidade tem alcançado proporções alarmantes (OMS, 2018¹). As crianças obesas apresentam um maior risco de se tornarem adultos obesos (Moglia & Dill, 2016). Os comportamentos das crianças, incluindo os relacionados com a saúde, são influenciados pelo ambiente familiar (Haines et al., 2016). Neste contexto, o presente estudo teve como principal objetivo caracterizar do ponto de vista sociodemográfico e axiológico os utentes da Consulta de Obesidade e Dislipidemia Infantil e conhecer o seu funcionamento familiar.

Participaram neste estudo 31 famílias, 20 com crianças obesas e sete com excesso de peso. O familiar que acompanhava a criança à Consulta preencheu um questionário sociodemográfico e axiológico e o Inventário de Avaliação Familiar (FAD). 21 crianças são do sexo feminino e 10 do sexo masculino com idades compreendidas entre os quatro e os 17 anos. Na análise dos resultados, foi possível observar diferenças significativas entre o padrão de funcionamento familiar das famílias utentes da Consulta e os valores normativos. As famílias da Consulta apresentam maior capacidade em relação à média nos seguintes domínios: Resolução de Problemas e Responsividade Afetiva. Por outro lado denotam menores competências nos domínios Envolvimento Afetivo e Controlo de Comportamentos. No que concerne às diferenças entre rapazes e raparigas, foram encontradas diferenças significativas nos seguintes domínios do FAD: Comunicação, Responsividade Afetiva, Envolvimento Afetivo, Controlo de Comportamentos e Funcionamento Geral. Não foram encontradas diferenças significativas no funcionamento familiar das crianças com excesso de peso e com obesidade.

Palavras-chave: obesidade infantil, funcionamento familiar, CODI.

Abstract

Overweight has an impact on the health of individuals, decreasing life expectancy and the prevalence of obesity has reached alarming proportions (OMS, 2018¹). Obese children are at increased risk of becoming obese adults (Moglia & Dill, 2016). Children's behaviors, including those related to health, are influenced by the family environment (Haines et al., 2016). In this context, the main objective of this study was characterize a sample of users followed in the Childhood Obesity and Dyslipidemia Consultation from a sociodemographic and axiological point of view and understands their family functioning.

Thirty-one families participated in this study, 20 obese and seven overweight children. The family member who accompanied the child to the Consultation filled out a sociodemographic and axiological questionnaire and the Family Assessment Device (FAD). 21 children were female and 10 were male aged between four and 17. In the analysis of the results, we found significant differences between the family functioning pattern of the families of the Consultation and the normative values. Families of the Consultation show greater capacity in relation to the average in the following areas: Problem Solving and Affective Responsiveness. On the other hand they evidence less skills in the areas of Affective Involvement and Behavior Control. Concerning differences between boys and girls, significant differences were found in the following areas of FAD: Communication, Affective Responsiveness, Affective Involvement, Behavior Control, and General Functioning. No significant differences were found in the family functioning of overweight and obese children.

Keywords: childhood obesity, family functioning, CODI.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Conceptual	2
3. Objetivos	18
4. Metodologia	18
4.1 Participantes.....	18
4.2 Instrumentos.....	19
4.3 Procedimentos.....	21
5. Resultados	23
5.1 Caracterização sociodemográfica, fisiológica, axiológica e dos padrões de comportamento	23
5.2 Relação entre o funcionamento familiar e as variáveis sociodemográfico, fisiológicas e axiológicas	29
5.3 Análise do funcionamento familiar.....	32
6. Discussão.....	34
7. Conclusão	43
8. Referências bibliográficas	46
Anexos.....	54

Índice de Tabelas

Tabela 1 <i>Características Sociodemográficas</i>	23
Tabela 2 <i>Variáveis do desenvolvimento</i>	25
Tabela 3 <i>Antecedentes familiares</i>	25
Tabela 4 <i>Causas percebidas da obesidade na criança</i>	26
Tabela 5 <i>Correlação entre as diferentes subescalas do Inventário de Avaliação Familiar e as variáveis sociodemográficas, fisiológicas e axiológicas</i>	30
Tabela 6 <i>Diferenças entre as pontuações das diferentes subescalas do Inventário de Avaliação Familiar e os valores normativos</i>	32
Tabela 7 <i>Diferenças entre os valores médios das dimensões do Inventário de Avaliação Familiar entre raparigas e rapazes</i>	33
Tabela 8 <i>Diferenças entre os valores médio das dimensões do Inventário de Avaliação Familiar entre crianças com excesso de peso e crianças com obesidade</i>	33

Índice de Anexos

Anexo 1 – Consentimento Informado	54
Anexo 2 – Questionário de caracterização sociodemográfico, fisiológico e axiológico	56
Anexo 3 – Inventário de Avaliação Familiar.....	60

Lista de Abreviaturas

ACES Central - Agrupamento de Centros de Saúde do Central.

CODI – Consulta de Obesidade e Dislipidémia Infantil

DGS – Direção-Geral da Saúde

DSC/DHC – Departamento de Saúde e da Criança/ Department of Health and Children

FAD – Inventário de Avaliação Familiar (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983)

IAN-AF - Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física

IMC – Índice de Massa Corporal

IIPPA/IFPRI – Instituto Internacional de Pesquisa em Política Alimentar/International Food Policy Research Institute

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde/ World Health Organization

1. Introdução

De acordo com o Instituto Internacional de Pesquisa em Política Alimentar (2016) (IIPPA), algumas dimensões da globalização, conflitos, desigualdade, instabilidade política e o baixo desenvolvimento económico, favorecem a malnutrição. A mesma entidade sublinha que o conceito malnutrição não se emprega apenas quando falamos de pessoas excessivamente magras ou de crianças com atrasos no desenvolvimento, aplica-se também a pessoas com demasiado açúcar, sal ou colesterol no sangue e excesso de peso e obesidade (IIPPA, 2016).

A obesidade é uma doença crónica que atinge valores epidémicos nos países desenvolvidos e, sobretudo nas zonas urbanas, com elevada prevalência nos países menos desenvolvidos e em desenvolvimento (Neves, Torcato, Urquieta, & Kleiner, 2010; Sahoo et al., 2015). Para além de assumir proporções alarmantes, esta patologia é uma das principais problemáticas no campo da saúde pública (Camolas, Gregório, Sousa, & Graça 2017; Filipe, Godinho, & Graça 2016; Rito, Cruz, Baleia, & Vieira 2016) de tal forma que, para além de colocar em risco a vida de cada indivíduo, coloca em perigo a sustentabilidade do próprio Sistema Nacional de Saúde (Camolas et al., 2017).

A literatura tem vindo a sublinhar a importância dos fatores familiares no desenvolvimento e manutenção da obesidade infantil (Mendelson, White e Shcliecker, 1995). De acordo com Berge, Wall, Larson, Loth e Neumark-Sztainer (2013), os comportamentos de cada membro da família moldam o dos restantes familiares e o regime alimentar e a prática de exercício dos mais novos são influenciados pelo contexto onde estão inseridos. Um componente do ambiente familiar com importante impacto nos comportamentos alimentares das crianças é o funcionamento familiar (Renzaho, Dau, Cyril, & Ayala, 2014). De acordo Halliday, Palma, Mellor, Green e Renzaho (2014), o funcionamento familiar está associado com a obesidade infantil, sendo que crianças com excesso de peso e obesidade têm maiores probabilidades de pertencerem a famílias com baixo funcionamento; e níveis mais baixos de funcionamento estão relacionados com o aumento do risco dos mais novos terem esta patologia.

A presente investigação surge da necessidade expressada por técnicos do Centro Hospitalar Universitário do Algarve de conhecer o funcionamento familiar dos utentes da Consulta de Obesidade e Dislipidémia Infantil (CODI).

Este estudo divide-se em cinco partes, sendo que na primeira é apresentado um breve enquadramento conceptual no qual definiremos obesidade e apresentaremos dados de epidemiologia, fatores etiológicos e modelos explicativos, as consequências físicas, sociais e psicológicas da obesidade e modelo de funcionamento familiar. Este setor termina com a apresentação dos objetivos da investigação. Na segunda parte é detalhada a metodologia, nomeadamente a descrição dos participantes, instrumentos e procedimentos de recolha e de análise de dados. Na terceira parte são apresentados os resultados e numa quarta parte serão discutidos e refletidos os principais resultados. Por fim, será apresentada uma breve conclusão, sublinhando também as principais limitações do presente estudo e contribuições futuras.

2. Enquadramento Conceptual

2.1 Obesidade: Definição e dados de epidemiologia

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a obesidade como a *“acumulação anormal ou excessiva de gordura que representa risco para a saúde”* (OMS, 2018¹), surgindo esta como o resultado de um balanço energético positivo prolongado (quantidade de energia ingerida é mais elevada do que aquela que é utilizada de forma continuada) (Camolas et al., 2017; Rennie, Johnson, & Jebb, 2005). A Direção Geral da Saúde (DGS) acrescenta que a obesidade é *“um importante problema de Saúde Pública e uma doença crónica, com génese multifatorial, que requer esforços continuados para ser controlada, constituindo uma ameaça para a saúde e um importante fator de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças.”* (DGS, 2016).

A OMS (2018¹) estipula que a percentagem de gordura corporal é calculada através do Índice de Massa Corporal (IMC), obtido através da divisão do peso do indivíduo pelo quadrado da sua altura. De acordo com a mesma entidade, um adulto com IMC entre 25 e 30 está acima do peso e quando este valor é superior a 30 a pessoa tem obesidade (OMS, 2018¹). No que concerne às crianças com menos de cinco anos, de acordo com as diretrizes, esta tem excesso de peso quando se encontra dois desvios-padrão acima das médias do Padrão de Crescimento Infantil delineadas pela OMS e obesidade quando se encontra três ou mais desvios-padrão acima destas médias (OMS, 2018¹). Para as crianças e adolescentes entre os cinco e os 19 anos, considera-se excesso

de peso quando o peso se situa um desvio-padrão acima das médias do Padrão de Crescimento Infantil e obesidade quando se encontram dois desvios-padrão acima das médias (OMS, 2018¹).

Segundo a OMS (2018¹), a nível mundial, em 2016, 13% dos adultos eram obesos (cerca de 650 milhões de pessoas) e 39% tinham excesso de peso (cerca de 1,9 bilhões de adultos). Em relação às crianças com idade inferior a cinco anos, os dados da OMS (2018¹) relativos ao mesmo ano, indicam que 41 milhões destas estavam acima do peso ou eram obesas. Sobre os dados nacionais, Rito e Graça (2015), descrevem Portugal como um dos países com maiores índices de excesso de peso e obesidade. Os dados portugueses, presentes no relatório do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF) (Lopes et al., 2017), referem que cerca de 22,3% dos portugueses têm obesidade. De acordo com o mesmo documento, é nas portuguesas onde existe maior prevalência desta patologia estimando-se que cerca de 24,3% dos indivíduos de sexo feminino se encontram neste quadro, sendo esta percentagem inferior para os homens: 20,1%. Os dados do IAN-AF estimam ainda que 34,8% dos portugueses se encontram no quadro de pré-obesidade.

Em relação à obesidade infantil, em Portugal, 7,7% das crianças com menos de 10 anos encontra-se no quadro de obesidade assim como 8,7% dos adolescentes com idades entre os 10 e os 17 anos (Lopes et al., 2017). O relatório do IAN-AF indica ainda que 17% das crianças com menos de 10 anos e 23,6% dos adolescentes com idades entre os 10 e os 17 anos têm pré-obesidade.

De acordo com Lopes et al. (2017), o Algarve é a região do país com menor prevalência ponderada de obesidade, estimando-se que cerca de 19,2% dos indivíduos possuam esta patologia. No entanto, no que diz respeito a pré-obesidade, o Algarve é a segunda região com maior prevalência ponderada precedida apenas pelo Norte, estimando-se que 36,3% dos Algarvios encontram-se neste quadro.

Os dados do Perfil Local de Saúde de 2016 do Agrupamento de Centros de Saúde do Central (ACES Central)¹ revelam que no final de 2015, existiam no ACES Central, 3,4% de indivíduos com diagnóstico ativo com obesidade, sendo a percentagem de mulheres superior à dos homens (3,9% e 2,9% respetivamente) (Neto, Pimentel, Tavares, Araújo, & Guerreiro, 2016), tal como acontece a nível nacional.

¹ O ACES Central tem sede em Faro e para além deste engloba os Centros de Saúde de Albufeira, Loulé, São Brás de Alportel e Olhão (Administração Regional de Saúde do Algarve, 2016)

A obesidade acarreta múltiplas consequências para os indivíduos, sendo que, para Herzer et al. (2010), esta doença é “*uma condição permanente associada a comorbilidades que podem diminuir a esperança de vida*” (Herzer et al., 2010 p. 2). As principais causas de mortes em Portugal têm uma forte componente comportamental (Ribeiro, 2010) tal como acontece como a obesidade que, para além de ser uma doença crónica, favorece o surgimento de outras patologias também crónicas que se constituem como as principais causas de mortalidade de morbidade (Camolas et al., 2017).

2.2 Consequências físicas, sociais e psicológicas da obesidade

A obesidade infantil encontra-se associada a várias doenças físicas e perturbações mentais que tendem a manter-se na adolescência e adultez (Moglia & Dill, 2016).

A nível físico, a obesidade na infância tem várias consequências, como por exemplo: atrasos na capacidade de andar ou sentar do bebé (Dally & Gomes, 1978), hipertensão, hipercolesterolemia; hiperinsulinemia (que aumentam o risco de desenvolvimento doenças coronárias arteriais e diabetes), cálculos biliares, hepatites, apneia do sono, aumento da pressão craniana (Strauss, 1999), diabetes tipo 2, problemas respiratórios, cardiovasculares e ortopédicos (Departamento de Saúde e da Criança, 2005). Reilly e Kelly (2011) defendem existir uma associação entre a morbidade, sobretudo cardiometabólica e a mortalidade prematura com o excesso de peso e obesidade nas crianças e adolescentes.

Ao contrário das consequências físicas que, conforme Strauss (1999), poderão revelar-se apenas anos mais tarde, as consequências psicológicas são imediatas. Schwimmer, Buwinkle e Varni (2003) acreditam que a obesidade na infância é a condição menos aceite nessa faixa etária e a mais estigmatizada. Apesar do impacto psicológico desta patologia, Cornett (2008) considera que a investigação não tem em conta com tanta frequência este aspeto.

Britz et al. (2000) verificaram que os adolescentes e jovens adultos extremamente obesos apresentavam maiores probabilidades de evidenciar alterações a nível do humor, ansiedade e perturbações alimentares e somatoformes do que os seus pares com peso normal. Também Zametkin et al. (2004) destacam a existência, sobretudo nas crianças e adolescentes do sexo feminino obesas, de perturbações psicológicas. Lundstedt, Edlund, Engström Thurfjell e Marcus (2006), num estudo sobre traços de perturbações alimentares nas crianças e adolescentes com obesidade,

notaram a presença destes traços nos adolescentes obesos, tendo sido o grupo das raparigas aquele que se mostrou mais propenso ao desenvolvimento destas características. Por outro lado, Epstein, Klein e Wisniewski (1994), observaram que a maioria das crianças obesas que participaram no seu estudo não apresentava problemas do foro psicológico.

O estudo de Turner, Rose e Cooper (2005) demonstrou que o excesso de peso estava associado a crenças negativas sobre si e maior crença em esquemas mal adaptativos. Por sua vez os estudos de Austin, Haines e Veugelers (2009) e de Gouveia, Frontini, Canavarro e Moreira (2016) constataram que elevados IMC estão associados a níveis mais baixos de satisfação corporal. A obesidade na adolescência está ainda associada a piores níveis de qualidade de vida (Gouveia et al., 2016).

As crianças obesas são frequentemente excluídas das atividades físicas e sociais sobretudo quando a competitividade está envolvida, são menos desejadas para brincar e poderão ser alvo de provocações, discriminação e vitimização (Sahoo et al., 2015; Strauss, 1999; Zametkin et al., 2004). Esta exclusão poderá dificultar o controlo do peso, uma vez que estas crianças poderão refugiar-se em casa para evitar atitudes e comentários negativos por parte dos pares (Sahoo et al., 2015).

A literatura tem vindo a evidenciar também uma relação entre o excesso de peso e a obesidade e o prejuízo académico (Branigan, 2017; DSC, 2005; Taras & Potts-Datema, 2005). De acordo com Departamento de Saúde e da Criança (DSC) (2005), as raparigas obesas apresentam maior probabilidade de terem ficado um ano retidas e os rapazes com obesidade têm menos probabilidade de saírem com os amigos, maior probabilidade de sentirem que os amigos não se preocupam com eles, de desistirem da escola e reportam mais agressões e provocações. Branigan (2017) verificou que nas raparigas brancas, ao contrário dos rapazes da mesma etnia ou crianças negras, a obesidade estava associada a prejuízo na disciplina de inglês mas não na de matemática, o que a autora justifica com possíveis influências de mecanismos sociais como o estigma e a discriminação.

Devido à síndrome metabólica (resultante da combinação da obesidade, dos níveis elevados de insulina, da pressão alta e dos níveis alterados de lípidos) produzida na infância, crianças obesas apresentam um maior risco de se tornarem adultos obesos (Moglia & Dill, 2016). De acordo com o DSC (2005), as consequências da obesidade nos adultos são: morte prematura; diabetes tipo 2; hipertensão; dislipidémia; doença cardíaca coronária; insuficiência cardíaca congestiva; acidente vascular cerebral;

cálculos biliares; gota; osteoartrite; apneia obstrutiva do sono e problemas respiratórios; doenças oncológicas; complicações na gravidez e saúde reprodutiva.

Os custos associados a esta patologia representam entre 5 a 10% dos custos da saúde (DGS, 2016).

A elevada prevalência, as consequências e a complexidade da obesidade justificam uma análise dos fatores na origem desta doença.

2.3 Fatores etiológicos e modelos explicativos da obesidade infantil

A obesidade resulta da excessiva acumulação de energia como células adiposas, sendo que o tecido adiposo normalmente contribui para 12% do peso nos homens e cerca de 14% nas mulheres (Bender et al., 1990; Dally & Gomez, 1980). A genética tem sido um dos fatores mais investigados para a compreensão desta problemática, e os estudos têm demonstrado a sua importância (Maes, Neale, & Eaves, 1997). As Teorias Genéticas assentam no pressuposto de que o peso é uma característica familiar e são reforçadas pelos estudos com gémeos: gémeos monozigóticos que cresceram separados apresentam pesos semelhantes enquanto o peso dos gémeos dizigóticos que foram educados juntos apresentam diferenças (Ogden 2004). De acordo com Zametkin, Zoon, Klein e Munson (2004) este tipo de estudos aponta a genética como responsável por entre 50% a 90% da variância do IMC, contudo estas percentagens modificam-se nos estudos realizados com crianças adotadas: 20% a 80%.

Duas características que têm sido associadas à obesidade infantil de cariz genético dizem respeito ao peso dos pais (Mogoi, Paul, Ilie, Fratila, & Velea, 2015; Muthuri et al., 2016; Keane, Layte, Harrington, Kearney, & Perry, 2012; Moens, Braet, Bosmans, & Rosseel, 2009; Zeller et al., 2007) e ao peso da criança à nascença (Hirschler, Bugna, Roque, Gilligan, & Gonzalez, 2008; Kelly et al., 2008; Huang, Lanza, & Anglin 2014; Oldroyd, Renzaho, & Skouteris, 2015).

No estudo de Zeller et al. (2007), os autores observaram que os progenitores dos jovens com obesidade apresentavam um maior IMC quando comparados com os pais de jovens sem esta patologia. Moens et al. (2009) encontraram também semelhanças entre os IMC das mães e dos filhos, sendo que as crianças cujas mães têm excesso de peso apresentavam uma maior probabilidade de ter também excesso de peso ou obesidade. O estudo de Mogoi et al. (2015) obteve resultados semelhantes: num grupo de 174 crianças e jovens com excesso de peso, 31,03% tinha pelo menos um progenitor ou avô com obesidade, sendo esta relação mais visível nas crianças entre os sete e o 10 anos

onde 43,8% possuía na sua história clínica um progenitor ou avô obeso. Já nos jovens entre os 10 e os 14 anos esta percentagem descia para 33%. De acordo com a investigação de Poeta, Duarte e Giuliano (2010), no historial de crianças obesas, existem ainda antecedentes familiares de diabetes e hipertensão.

Em relação ao peso à nascença, Hirschler et al. (2008) relatam que as crianças do ensino básico que nasceram com maior peso apresentam maior probabilidade de terem excesso de peso ou obesidade e alguma patologia metabólica. Huang et al. (2014), por sua vez, perceberam que a intensidade desta associação diminui ao longo da adolescência. Também Oldroyd et al. (2015) constataram esta relação para as crianças entre os quatro e os cinco anos, sendo esta mais forte para os rapazes. O oposto, de acordo com os mesmos autores, também se aplica: raparigas que nasceram com baixo peso apresentam menor probabilidade de terem excesso de peso ou obesidade na mesma idade. Por oposição às investigações anteriores, Mogoi et al. (2015), num grupo de crianças com peso acima do normal, observaram que a grande maioria ($N = 134$; 84,27%,) tinha nascido com peso dentro da média.

Apesar do claro papel da genética, Mela e Rogers (1998) defendem que é a suscetibilidade e não a obesidade em si que é transmitida de pais para filhos, pelo que para um indivíduo se tornar obeso serão necessárias condições ambientais específicas. Nesta linha, a improvável mudança dos genes e a crescente prevalência da obesidade realçam o contributo da sociedade e do ambiente na génese desta patologia (Hakala, Rissanen, Koskenvuo, Kaprio, & Rönnemaa, 1999). Apesar da importância dos fatores genéticos, o controlo do peso concretiza-se através de alterações ambientais (Moglia & Dill, 2016).

O estilo de vida e os comportamentos são aspetos comuns à maioria das doenças crónicas não transmissíveis, o que evidencia o impacto destas componentes na saúde (DGS, 2015). Tendo em conta a vertente comportamental, a obesidade surge como consequência de alterações nutricionais e motoras (Neves et al., 2010).

A nível nutricional, Rennie et al. (2005), consideram que, devido à ação conjunta das normas culturais, das práticas de marketing e dos preços praticados, tem vindo a verificar-se um aumento das porções de alimentos ingeridos favorecendo o consumo excessivo de calorias (Rennie et al., 2005; Sahoo et al., 2015). O aumento do consumo de bebidas com açúcar é uma outra característica na alimentação que parece associado à obesidade (Rennie et al., 2005). De facto, Anderson e Butcher (2006) admitem que o aumento do número de obesos tanto adultos como crianças tem sido

acompanhado do crescente consumo de refrigerantes, sendo que as escolas, sobretudo através das máquinas de venda automática, facilitaram não só o consumo deste tipo de bebidas mas também de alimentos de alta densidade calórica. Os refrigerantes, os alimentos *fast food* e os *snacks*, são atualmente muito comuns na sociedade e, para além de serem altamente calóricos são saborosos e acessíveis à população (Gaspar, Matos, Santos, & Albergaria, 2012; Gaspar et al., 2015). O consumo deste tipo de alimentos, de acordo Sahoo et al. (2015), apesar de ser difícil estabelecer uma relação causa-efeito, parece associado à obesidade. As gorduras processadas a nível industrial e os alimentos ricos em calorias, com elevados teores de sal ou açúcar são para a DGS (2015) os principais riscos na alimentação.

No que diz respeito às alterações motoras, a tecnologia, a maior passividade das atividades e o maior recurso a transportes, contribuem para o decréscimo da prática de atividades físicas, e, a partir da adolescência, os indivíduos começam a praticar menos exercício físico sendo que a maioria da população não pratica as quantidades mínimas recomendadas e necessárias para combater o excesso de peso (DSC, 2005). De acordo com Anderson e Butcher (2006) as mudanças no ambiente, a maior distância entre a casa e a escola, a falta de rotas seguras e a baixa densidade populacional em alguns meios favoreceram a utilização do carro e diminuíram as caminhadas e o uso de bicicleta.

Para além da diminuição da atividade física tem-se verificado um aumento das atividades de lazer sedentárias e a literatura tem vindo a demonstrar fortes associações entre estas atividades e o excesso de peso e a obesidade (Anderson & Butcher, 2006; DGS, 2015; Vandelanotte, Sugiyama, Gardiner, & Owen, 2009). No estudo conduzido por Vandelanotte et al. (2009), os autores constataram que o tempo de lazer na internet e no computador está associado a elevados IMC, sendo que os participantes que usaram estas tecnologias por mais de três horas na semana anterior ao estudo evidenciavam maior probabilidade de serem obesos.

De acordo com as recomendações da OMS (2010), as crianças e jovens entre os cinco e os 17 deverão praticar 60 minutos diários de atividade física moderada a vigorosa, sobretudo aeróbica, e três vezes por semana atividades vigorosas e intensas. Apesar das recomendações e da importância do exercício, os contextos para a prática desportiva têm vindo a ser reduzidos, favorecendo o sedentarismo através de atividades como ver televisão ou jogar computador ou consolas (Gaspar et al., 2015; Sahoo et al., 2015). Para além da prática de exercício contribuir para a perda do excesso de gordura

corporal, o exercício melhora a taxa metabólica em repouso (McWhorter, Wallmann, & Alpert, 2003), aumenta a massa e densidade óssea (Davis et al., 2007; McWhorter et al., 2003), melhora o funcionamento psicossocial e o humor (Davis et al., 2007; DSC, 2005), promove a qualidade de vida, melhora as complicações físicas, metabólicas e endócrinas (DSC, 2005) e reduz a pressão sanguínea (Davis et al., 2007). De uma forma geral, os benefícios da perda de peso acarretam sobretudo consequências para saúde a longo prazo, melhorando a qualidade de vida e diminuindo a mortalidade (DGS, 2016).

Com base no papel da sociedade e do ambiente, de forma a explicar o excesso de peso e a obesidade infantil, Davison e Birck (2001), desenvolveram o Modelo Preditor do Excesso de Peso. O modelo tem por base a Teoria dos Sistemas Ecológicos que defende que é através da análise do contexto que é possível compreender o desenvolvimento, mudanças e manutenção das características dos indivíduos (Davison & Birck, 2001). De acordo com o modelo, cada criança tem as suas características pessoais que vão influenciar os seus padrões de comportamento que poderão coloca-la em risco de desenvolver excesso de peso (fatores de risco da criança). Estes fatores de riscos, de acordo com os autores, são influenciados pelos estilos parentais e por características familiares como padrões alimentares e hábitos de exercício físico. Por sua vez, para além de terem impacto nos comportamentos alimentares e atividade física da criança, as características da escola influenciam as práticas parentais (Davison & Birck, 2001).

Tentar explicar os complexos mecanismos na génese da obesidade apenas com base na genética ou nos fatores ambientais, é, de acordo com Molle et al. (2017) insuficiente. Para Camolas et al. (2017), o aumento da incidência desta patologia apenas poderá ser entendido tendo em conta a interação entre diversos fatores. O mesmo relatório sublinha a importância do papel da predisposição genética, de componentes socio-ambientais e aspetos psicológicos e comportamentais.

A literatura tem apontado para os seguintes fatores como de risco para a obesidade infantil: duração da amamentação (Mogoi et al., 2015; Owen, Martin, Whincup, Smith, & Cook, 2005; Yan, Liu, Zhu, Huang, & Wang, 2014); padrões de sono (Hart, Cairns, & Jelalian, 2011; Li, Zhang, Huang, & Chen, 2017; Wu, Gong, Zou, Li, & Zhang, 2016); *binge eating* (Ackard, Neumark-Sztainer, Story, & Perry, 2003); características familiares (Chen & Escarce, 2010; Gibson et al., 2016; Keane et al., 2012; Mendelson et al., 1995; Renman, Engström, Silfverdal, & Åman, 1999; Schmeer, 2012); o estatuto socioeconómico (Ball & Crawford, 2005; Gibson et al., 2016; Huang

et al., 2014; Renman et al., 1999; Shrewsbury & Wardle, 2008; Wang & Zhang, 2006); a escolaridade dos pais (Keane et al., 2012; Renman et al., 1999); refeições em família (Rennie et al., 2005); e a percepção dos pais sobre o estado do peso das crianças (Harnack et al., 2009; Lundahl, Kidwell, & Nelson, 2014; Peyer, Welk, Bailey-Davis, Yang, & Kim, 2015).

As primeiras experiências com a comida moldam o comportamento alimentar das crianças (Birch & Fisher, 1998) e a amamentação é o primeiro contacto do bebé com a alimentação (Balaban et al., 2004). A literatura tem evidenciado que as crianças amamentadas por mais tempo apresentam menor risco de se tornarem obesas (Mogoi et al., 2015; Owen et al., Yan et al. 2014). Esta prática, de acordo com Yan et al. (2014), poderá reduzir até 22% do risco de obesidade, sendo a sua proteção significativamente superior quando perdura por mais de sete meses. Numa amostra de crianças com peso a mais, Mogoi et al. (2015) observaram que 55,08% destas não foram amamentadas ou foram apenas por um ou dois meses quando, de acordo com as recomendações da OMS (2017¹; 2017²), a amamentação deverá iniciar-se na primeira hora de vida e manter-se em exclusivo até aos seis meses de idade, altura em que deverá ser complementada com outros alimentos até pelo menos os dois anos da criança. Comparados com bebés alimentados com fórmula após os dois meses de vida, os bebés amamentados têm taxas de crescimento mais lentas, podendo esta ser a justificação para os benefícios da amamentação no peso das crianças (DSC, 2005). Davis et al. (2007) sugerem também que através da amamentação “*o bebé [irá] aprimorar a capacidade de regular o que ingere*” (Davis et al., 2007, p. 236). Apesar dos resultados das investigações anteriores, estudos como o de Moschonis et al. (2017) não encontraram associações significativas entre a amamentação, independentemente da duração, e o excesso de peso e obesidade, sublinhando a falta de consenso ainda existente sobre o assunto.

Nos últimos 100 anos, as horas de sono das crianças têm vindo a diminuir (Matricciani, Olds, & Petkov, 2012) e a investigação tem demonstrado que crianças que dormem pouco encontram-se em maior risco de excesso de peso ou obesidade (Hart et al., 2011; Li et al., 2017; Wu et al., 2016). De acordo com a revisão sistemática e meta-análise conduzida por Li et al. (2017), o risco de desenvolvimento de obesidade é influenciado em cerca de 45% pela duração do sono, embora os mecanismos pelos quais esta relação ocorre não sejam ainda claros. Segundo Hirshkowitz et al. (2015), crianças entre os três e os cinco anos deverão dormir entre 10 e 13 horas; crianças entre os seis e os 13 anos deverão dormir entre nove a 13 horas; entre os 14 e os 17 anos deverão

dormir entre oito a nove horas e jovens adultos com idades entre os 18 e os 25 deverão dormir entre sete a nove horas.

Também o *binge eating* tem sido associado a valores de IMC mais elevados, deitadas frequentes (independentemente do peso), maior insatisfação com o corpo e níveis de *stress* mais elevados (Ackard et al., 2003). Os episódios de *binge eating* caracterizam-se pelo consumo de grandes quantidades de alimentos num curto espaço de tempo (geralmente inferior a 2 horas) e num contexto em que outros indivíduos nas mesmas circunstâncias não o fariam (American Psychiatric Association, 2013). O sentimento de perda de controlo (em evitar iniciar ou parar de comer) e a angústia demarcam este tipo de episódios. Sentimentos negativos, restrições alimentares, e *stressores* intelectuais são alguns dos antecedentes do *binge eating* (American Psychiatric Association, 2013).

Os fatores familiares desempenham um papel fulcral no desenvolvimento e manutenção da obesidade (Mendelson et al., 1995), sendo que, de acordo com Davison e Birch (2001) é no contexto familiar que o comportamento alimentar da criança começa. Os pais são os responsáveis não só pelas porções e tipo de comida, mas também pelo contexto emocional dos seus filhos (Davis et al., 2007) e influenciam não só as suas preferências alimentares mas também a prática de exercício (Budd & Hayman, 2008). O ambiente familiar tem desta forma um grande impacto na saúde e bem-estar dos seus membros (Halliday et al., 2014).

Algumas características familiares como: estrutura familiar (Chen & Escarce, 2010; Gibson et al., 2016; Keane et al., 2012; Renman et al., 1999; Schmeer, 2012); o estatuto socioeconómico (Ball & Crawford, 2005; Gibson et al., 2016; Huang et al., 2014; Renman et al., 1999; Shrewsbury & Wardle, 2008; Wang & Zhang, 2006) e a escolaridade dos pais (Keane et al., 2012; Renman et al., 1999) têm sido associadas com a obesidade infantil.

A literatura tem vindo a evidenciar que as crianças de famílias monoparentais apresentam maior risco de se tornarem obesas (Chen & Escarce, 2010; Gibson et al., 2016; Keane et al., 2012; Renman et al., 1999; Schmeer, 2012). A investigação de Schmeer (2012) demonstrou que crianças que residem apenas com a mãe há mais de dois anos ou cujas mães se separaram recentemente apresentam maiores probabilidades de desenvolverem excesso de peso. De acordo com a mesma investigação, comparando o IMC das crianças filhas destas mães com aquelas cujas mães têm uma nova união, as segundas têm um IMC significativamente mais saudável. Segundo Yelick (2017),

famílias monoparentais consomem mais alimentos não saudáveis, no entanto, a autora sublinha que famílias multigeracionais e famílias com padrastos apresentam também padrões alimentares menos saudáveis. Por oposição, Chen e Escarce (2014), não encontraram associação entre viver num agregado monoparental composto pela mãe e pela criança e a obesidade infantil; verificaram no entanto que as crianças sem irmãos apresentavam IMC's mais elevados e maior probabilidade de serem obesos. Apesar de haver evidência de que a estrutura familiar está significativamente associada aos padrões de consumo, de acordo com Yelick (2017), estes resultados poderão ser influenciados pelos rendimentos familiares.

A associação entre o estatuto socioeconómico e a obesidade é um dos fatores que tem sido largamente estudado, sendo que diversos estudos têm demonstrado uma associação negativa entre estes (Ball & Crawford, 2005; Gibson et al., 2016; Huang et al., 2014; Renman et al., 1999; Shrewsbury & Wardle, 2008; Wang & Zhang, 2006). Importa sublinhar que os estudos têm encontrado diferenças nesta relação influenciadas pela etnia (Ball & Crawford, 2005; Wang & Zhang, 2006); idade (Huang et al., 2014; Wang & Zhang, 2006); e género (Wang & Zhang, 2006). De acordo com Patrick e Nicklas (2005), as crianças que consomem menos vegetais e frutas pertencem a famílias com estatutos socioeconómicos mais baixos. Gibson et al. (2016) sugerem que estas famílias, para além de terem menos capacidade financeira, terão menos tempo para investir em refeições saudáveis, podendo ainda experienciar insegurança alimentar e residir em locais que não permitam a prática segura de exercício físico pelas crianças.

Apesar da investigação de Martínez-Vizcaíno et al. (2015) apoiar a associação negativa entre o estatuto socioeconómico e a obesidade infantil para as crianças nascidas entre 1999 e 2000 em Espanha, os autores verificaram oposto para as crianças nascidas entre 2007 e 2008, apontando o período de crise financeira experienciado em Espanha nessa altura como possível fator promotor desta mudança. Por outro lado não foram encontradas diferenças significativas entre qualquer indicador do estatuto socioeconómico e a obesidade no estudo de Matsudo et al. (2016).

Shrewsbury e Wardle (2008) constataram no seu estudo que o indicador do estatuto socioeconómico que se apresenta como mais preponderante na relação entre o estatuto socioeconómico e a obesidade infantil é a educação parental. No que concerne este ponto, os estudos têm destacado uma associação negativa entre a escolaridade da mãe e a obesidade infantil (Keane et al., 2012; 2012; Renman et al., 1999). Por outro lado, o estudo de Keane et al. (2012) evidencia que são as crianças cujos pais pertencem

a classes profissionais mais baixas que apresentam maiores probabilidades de se tornarem obesas do que aquelas cujas mães têm um baixo grau de literacia.

O facto de atualmente os dois pais das crianças trabalharem poderá ter também favorecido o aumento da prevalência da obesidade infantil (Anderson & Butcher, 2006). Caso ambos os progenitores passem o dia no emprego o número de refeições fora de casa e o consumo de refeições pré-preparadas poderá aumentar (Anderson & Butcher, 2006; Patrick & Nicklas, 2005) e, de acordo com Rennie et al. (2005) fazer refeições fora de casa favorece o consumo de *snacks* e de refeições com maiores porções, ricas em densidade energética e gordura e pobres em fibra. Por oposição, as refeições em famílias favorecem a ingestão de cálcio, ferro, vitaminas e fibras através de alimentos como frutas, vegetais e leite (Davis et al., 2007; Gillman et al., 2010; Videon & Manning, 2003); limitam a ingestão de fritos, gorduras saturadas e refrigerantes (Davis et al., 2007; Gillman et al., 2010) e diminuem a probabilidade dos membros da família não tomarem o pequeno-almoço (Videon & Manning, 2003). Para além destes benefícios das refeições em família, Wrotniak, Epstein, Paluch, e Roemmich (2004), numa investigação com 142 famílias de crianças obesas que participavam no programa de perda de peso, perceberam que durante a intervenção e *follow-up*, as mudanças no IMC dos pais são um forte preditor de mudanças no IMC das crianças promovendo também a própria relação entre progenitores e criança. De acordo com os autores, os pais ao introduzirem mudanças no ambiente familiar (diminuir comportamentos sedentários e alterando a qualidade dos alimentos), providenciam um ambiente e modelos de comportamentos mais saudáveis.

Um outro dado importante sobre o peso das crianças diz respeito à forma como os adultos percecionam o peso dos seus filhos, uma vez que muitos pais têm a perceção errada sobre o estado atual do peso dos menores (Harnack et al., 2009; Lundahl et al., 2014; Peyer et al., 2015). Esta temática adquire maior relevância uma vez que, se os pais não identificarem o excesso de peso nos seus filhos, a probabilidade de intervirem para prevenir a obesidade é menor (Harnack et al., 2009) e, mesmo que exista intervenção esta apresenta menor probabilidade de prosperar se os pais não estiverem conscientes ou preocupados com o estado do peso das crianças (Lundahl et al., 2014). De acordo com, Harnack et al. (2009), os pais poderão estar mais atentos à desnutrição do que a sobrenutrição, uma vez que, na sua investigação, grande parte das figuras parentais de crianças com peso normal percebia os filhos como estando abaixo do peso. O mesmo aconteceu na investigação de Lundahl et al. (2014), onde foi observado que

que um em cada sete pais de crianças com peso normal subestima o peso dos filhos, principalmente nos rapazes. Os mesmos autores acrescentam que os pais tendem a perceber o excesso de peso quando este é extremo, não estando preocupados quando são poucos quilos acima do normal. Peyer et al. (2015) verificaram que apesar de cerca de um terço da amostra ter excesso de peso ou obesidade, apenas 18% dos pais percebia a criança como tendo excesso de peso. A mesma investigação indica que 81% dos pais de crianças com excesso de peso não apresentam preocupações sobre o problema. Os autores notaram ainda que os progenitores que consideravam ter excesso de peso, comparativamente com aqueles que referiram ter peso normal, apresentavam maior probabilidade de reconhecer o excesso de peso nos seus filhos. No que diz respeito à percepção dos adolescentes sobre a sua obesidade, no estudo de Sousa (2008) apenas 46.7% dos adolescentes obesos se caracteriza como tal.

2.4 Funcionamento familiar: Modelo

Andolfi e Zwerling (1985) definem a família como “*entidade social supraordenada como um sistema com propriedades e características que vão mais além do que a mera soma dos membros constituintes*” (Andolfi & Zwerling, 1985, p. 19). De acordo com Caldas (1993), para além de existirem membros na família, existem sobretudo relações. A família constitui-se como a base da vida social e é o lugar onde nascemos, crescemos e morremos (Alarcão, 2000).

De acordo com David (1978), as mudanças a que as famílias são sujeitas promovem *stress* e este tem impacto nos seus valores, estrutura e capacidade de adaptação. Para o mesmo autor, o funcionamento familiar diz respeito à capacidade de cada família lidar eficazmente com os *stressores* que vai experienciando. Esta característica é independente da composição familiar (McFarlane, Bellissimo, & Norman, 1995), estando o baixo funcionamento familiar associado a dificuldades emocionais e comportamentais (Zubrick et al., 2005). Por outro lado, o alto funcionamento familiar pode constituir-se como um fator protetor nos adolescentes em risco (Annunziata, Hogue, Faw, & Liddle, 2006); promover a construção da resiliência e a diminuição de riscos no desenvolvimento; está associado a modelos mais positivos de construção de relações; contribui para um ambiente propício à promoção de autoestima e influencia o bem-estar físico e emocional da criança (Walker & Shepherd, 2008). O funcionamento familiar pode ser afetado pelas interações entre os pais, pelas relações

intrafamiliares e vivências familiares por *stressores* externos como a situação económica e de emprego (Walker & Shepherd, 2008).

De acordo com Kitzman-Ulrich et al. (2010), apesar de, tal como os estilos parentais, o funcionamento familiar se aludir à família, e de existir uma relação entre os dois constructos, importa distingui-los. Darling e Steinberg, (1993) defendem que os estilos parentais dizem respeito aos comportamentos e atitudes dos pais resultantes do clima emocional gerado pela interação entre a díade pais-criança. Já o funcionamento familiar, para Kitzman-Ulrich et al. (2010), caracteriza-se pela interação entre os vários membros da família e pela forma como estas interações influenciam as famílias enquanto unidade.

Um grupo de investigadores, entre as décadas de 50 e de 70, sob a orientação de Nathan Epstein, desenvolveu o Modelo McMaster de Funcionamento Familiar, tendo sido este modelo desenvolvido com base na investigação de famílias não clínicas e com a análise do processo e resultados da terapia familiar (Ryan, Epstein, Keitner, Miller, & Bishop, 2005). O modelo é ainda hoje ensinado, estudado e utilizado com efeitos na prática clínica e na investigação pelos membros do Family Research Program (Ryan, et al., 2005). O presente modelo descreve a família como *“um sistema aberto constituído por sistemas dentro de sistemas que se relacionam com outros sistemas”* (Ryan et al., 2005) e pressupõe que todas as partes do sistema familiar estão interrelacionadas, não sendo possível perceber-se uma parte isolada; a compreensão do funcionamento familiar não é possível através da compreensão das partes; para ser possível a compreensão dos comportamentos familiares é fundamental perceber a organização e a estrutura do sistema; os padrões transacionais do sistema familiar assumem-se como variáveis fundamentais na modelação do comportamento dos membros da família (Ryan et al., 2005).

Enquanto sistema e organismo vivo, a família passa por um processo de desenvolvimento (Ryan et al., 2005). Segundo Relvas (1996), para que a família possa evoluir, esta sofre alterações a três níveis: funcional, internacional e estrutural. Ryan et al. (2005) afirmam que, para que haja desenvolvimento social, psicológico e biológico, o sistema familiar precisa de responder a três tipos de tarefas: Tarefas Básicas (inclui providenciar dinheiro, alimentos, abrigo e transporte); Tarefas de Desenvolvimento (englobam problemas com etiologia no desenvolvimento da própria família, tal como a primeira gravidez e o ninho vazio); e Tarefas de Perigo (inclui situações como doenças, acidentes, perdas de emprego, etc.). Para os mesmos autores, quando as famílias não são

capazes de lidar eficazmente com os problemas englobados nestas tarefas, existe uma maior probabilidade de surgirem comportamentos mal adaptativos ou problemas significativos. De acordo com este modelo, famílias com bom funcionamento familiar, serão capazes de resolver os problemas que vão surgindo de forma produtiva, eficaz e relativamente mais fácil do que as famílias com funcionamento familiar mais baixo (Ryan et al., 2005). O modelo tem por base seis dimensões do funcionamento familiar que os autores consideraram ter maior impacto nos problemas e saúde física e emocional da família, sendo que cada dimensão contribui para compreender a complexidade da família (Ryan et al., 2005). Deste modo, as seis dimensões são: Resolução de Problemas (diz respeito à capacidade da família resolver situações que ameaçam a sua integridade e capacidade funcional); Comunicação (definida pelos autores como a troca de informação entre os membros da família); Papéis (está relacionado com a existência ou não de padrões de comportamento para lidar com funções familiares como provisão de recursos e de afeto); Responsividade Afetiva (concerne à experienciação apropriada de afeto entre membros da família); Envolvimento Afetivo (diz respeito ao interesse e valorização dos interesses e preocupações entre os membros); e Controlo de Comportamentos (refere-se à forma como são expressados e regulados os padrões de comportamento na família) (Epstein et al., 1983). Estas seis dimensões permitem perceber a estrutura, organização e padrões transacionais da família e cada uma varia da mais ineficaz (mais favorável ao surgimento de situações clínicas) à mais eficaz (maior promotora de saúde física e emocional) e é a partir da avaliação destas dimensões que é possível procurar o processo que originou os comportamentos disfuncionais nas famílias (Ryan et al., 2005).

Satter (1986) descreve a alimentação como o “barómetro” do estado emocional e das interações entre pais e crianças. Segundo este autor, as alterações na alimentação são uma tentativa do sistema familiar para a resolução de problemas, existindo diferentes tipos de funcionamento familiar associados à existência de perturbações alimentares. O funcionamento familiar tem um grande impacto no bem-estar e na qualidade de vida dos jovens com condições de saúde crónicas (Herzer et al., 2010). Embora ainda não esteja totalmente clara a sua função no desenvolvimento do excesso de peso e da obesidade, a investigação tem atribuído um papel importante a esta dimensão (Kitzman-Ulrich et al., 2010; Wen, Simpson, Baur, Rissel, & Flood, 2011).

De acordo com Wen et al. (2011), quando as famílias têm baixo funcionamento familiar e os pais adotam comportamentos de risco à obesidade (como o sedentarismo,

por exemplo), as crianças apresentam maior probabilidade de desenvolverem obesidade. Por outro lado, Haines et al. (2016) verificaram que as famílias com maiores níveis de funcionamento familiar e maior qualidade de relacionamento entre os adolescentes e os progenitores, apesar do papel do género, apresentavam menor probabilidade de adotar comportamentos não saudáveis à manutenção do peso. Segundo os mesmos autores, com exceção dos casos dos rapazes obesos, quando comparado o funcionamento familiar com a qualidade da relação, a primeira variável parece surgir como maior determinante do peso e dos comportamentos relacionados com a saúde (Haines et al., 2016).

Mendelson et al. (1995), num estudo sobre o funcionamento familiar nos adolescentes, perceberam que, nas raparigas com excesso de peso, o funcionamento familiar percebido pelas mesmas caracteriza-se pela baixa coesão e expressividade. Já no estudo de Zeller et al. (2007), os autores, de acordo com a perceção das mães dos jovens com obesidade e comparativamente com a perceção das mães de jovens com peso normal, para além de detetarem níveis mais baixos de coesão, observaram a existência de menos estrutura e mais conflitos interpessoais.

No estudo de Berge et al. (2013), os investigadores perceberam que o funcionamento familiar está relacionado com o peso e com os comportamentos relacionados com o peso de forma fraca a moderada: nas raparigas, elevado funcionamento familiar está associado a IMC mais baixos; menor risco de comportamentos sedentários; maior probabilidade de consumo de pequeno-almoço e refeições em família e ingestão de frutas; para os rapazes elevado funcionamento familiar surge associado a: maior probabilidade de consumir pequeno-almoço e refeições em família; menos comportamentos sedentários e maior atividade física e menor consumo de *fast food*. O estudo de Cyrill, Halliday, Green e Renzaho (2016) encontrou também uma associação positiva entre o baixo funcionamento familiar e o IMC das crianças africanas a residir na Austrália.

Huang et al. (2014), ao estudarem diversas dimensões parentais, perceberam a existência de uma relação (para as crianças de 10 anos) entre a falta de regras e a obesidade. Já o envolvimento parental, no mesmo estudo, tem maior impacto na obesidade aquando da adolescência. Por outro lado não foram encontradas nesta investigação associações entre o Controlo Parental e a obesidade nos adolescentes.

Em oposição nos estudos de Mellor, Renzaho, Swinburn, Green e Richardson (2012) e de Gibson et al. (2016), o funcionamento familiar não surge como um forte preditor do IMC.

3. Objetivos

O excesso de peso tem impacto na saúde dos indivíduos e contribui para uma diminuição da expectativa de vida, uma vez que estes apresentam uma maior probabilidade de sofrerem de diversas doenças, o que sublinha a urgência da intervenção e prevenção desta problemática (OMS, 2018¹). Dado que o ambiente familiar tem um papel preponderante nos comportamentos das crianças, incluindo nos hábitos alimentares e na prática de atividade física, torna-se fundamental perceber os fatores familiares associados à obesidade infantil (Haines et al., 2016).

O presente estudo foi delineado em resposta a uma necessidade que surgiu no âmbito da Consulta de Obesidade e Dislipidemia Infantil (CODI) de conhecer e compreender o funcionamento familiar dos utentes.

Neste contexto, definimos como objetivos principais caracterizar do ponto de vista sociodemográfico, desenvolvimental e axiológico a família e a criança com obesidade ou excesso de peso e compreender o funcionamento familiar dos utentes desta Consulta. Para responder aos objetivos principais, estabelecemos os seguintes objetivos específicos: (1) analisar as variáveis sociodemográficas, fisiológicas e axiológicas; (2) caracterizar os valores sociodemográficos, fisiológicos e axiológicos; (3) caracterizar o funcionamento familiar; (4) averiguar se existem relações entre os domínios do funcionamento familiar e as variáveis sociodemográficas, fisiológicas e axiológicas; (5) averiguar a existência de diferenças entre o funcionamento familiar de crianças com excesso de peso e com obesidade e, por fim (6) verificar se existem diferenças entre o sexo da criança em relação ao funcionamento familiar.

4. Metodologia

4.1 Participantes

Foram convidadas a participar na investigação apenas as famílias cujas crianças foram encaminhadas para a consulta devido à obesidade. O protocolo foi respondido por

31 famílias sendo que destas, 20 crianças estão no quadro de obesidade (percentil do peso superior a 95) e sete já não estão no quadro, mas continuam com excesso de peso (percentil do peso entre 85 e 95)². Não foi possível obter dados relativos ao percentil do peso de quatro crianças.

Das 31 famílias abrangidas, 21 das crianças ou jovens seguidos na consulta CODI são do sexo feminino (67,7%), e 10 do sexo masculino (32,3%) com idades compreendidas entre os quatro e os 17 anos ($N = 30$; $M = 12,00$; $DP = 3,37$). Nove crianças frequentam o ensino primário (29%), o mesmo número, o 2º ciclo (29%), seis frequentam o 3º ciclo (19,4%), seis o ensino secundário (19,4%) e uma frequenta a pré-escola (3,2%).

De forma a abranger o maior número de famílias possível, optou-se por solicitar apenas a um dos adultos que acompanhava a criança à consulta o preenchimento do protocolo. A grande maioria dos protocolos foi preenchido pela mãe (77,4%), quatro (12,9%), foram preenchidos pelo pai e os restantes por avós ou irmãos mais velhos (9,7%).

No que diz respeito ao tempo de acompanhamento nas consultas de obesidade infantil, 71% das crianças são acompanhadas há mais de 6 meses ($N = 22$), 16,1% entre 3 e 6 meses ($N = 5$), 3,2% frequenta a consulta à menos de 3 meses ($N = 1$) e 9,7% preencheram o protocolo aquando da primeira consulta ($N = 3$). Sobre as consultas de nutrição, 58,1% frequentam a consulta à mais de um ano ($N = 18$), 19,4% entre seis e 12 meses ($N = 6$), 12,9% há menos de seis meses ($N = 4$) e 9,7% vão à primeira consulta aquando do preenchimento do protocolo ($N = 3$).

4.2 Instrumentos

De acordo com os objetivos do presente estudo, foi elaborado um questionário de caracterização sociodemográfica, fisiológica e axiológica.

Para caracterizar o funcionamento familiar das crianças utentes da consulta foi utilizado o FAD (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983).

Questionário de caracterização sociodemográfico, fisiológico e axiológico

O questionário de caracterização sociodemográfico, fisiológico e axiológico (Anexo 2) foi elaborado no âmbito da CODI do Centro Hospitalar Universitário do

² Os dados sobre o estado do peso foram obtidos através do cálculo do IMC de acordo com as diretrizes da OMS (2018¹).

Algarve pela Psicóloga e pela Nutricionista responsáveis pelas consultas nestes domínios e pela autora da presente investigação.

Inventário de Avaliação Familiar (Epstein et al., 1983; Pereira & Silva, 1998)

O FAD tem por objetivo avaliar a estrutura, a organização e os padrões transacionais familiares (Ryan et al., 2005). A escala avalia a perceção do indivíduo sobre várias dimensões da família. Este instrumento é constituído por sete subescalas, sendo que uma delas avalia o Funcionamento Geral da família (e.g., "Somos capazes de tomar decisões sobre como solucionar problemas") e as restantes avaliam as dimensões do funcionamento familiar previstas no Modelo McMaster do Funcionamento Familiar: Resolução de Problemas (e.g., "Resolvemos a maior parte dos problemas em família"); Comunicação (e.g., "É difícil falar uns com os outros sobre sentimentos delicados"); Papéis (e.g., "As tarefas da família não são distribuídas adequadamente"); Responsividade Afetiva (e.g., "O afeto fica em segundo lugar na nossa família"); Envolvimento Afetivo (e.g., "Mesmo que com boas intenções intrometemo-nos demais nas vidas uns dos outros"); e Controlo de Comportamentos (e.g., "Se não se cumprem as regras, não sabemos o que pode vir a acontecer"). Este instrumento é constituído por 60 afirmações e o avaliado deverá expressar o seu grau de concordância sobre cada uma ("Discordo Fortemente" "Discordo" "Concordo" "Concordo Fortemente") (Epstein et al., 1983). Depois de recodificar os itens negativos, a classificação de cada subescala resulta da média das respostas e as pontuações variam entre 1 (saudável) e 4 (não saudável) para cada subescala (Ryan et al., 2005).

A versão Portuguesa do FAD foi disponibilizada por Abigail K. Mansfield Marcaccio, atualmente responsável pela distribuição do documento, via e-mail após a aquisição do manual *Evaluating and Treating Families: The McMaster Approach* de Ryan et al. (2005). Foram realizadas algumas alterações na tradução por duas juízas especialistas na língua portuguesa (Anexo 3). Está em processo de conclusão a adaptação da subescala do Funcionamento Geral na Universidade do Minho.

A versão original do FAD é composta por 53 itens divididos pelas sete subescalas sendo que o instrumento revelou valores de consistência interna aceitáveis para as diferentes escalas: Funcionamento Geral da família $\alpha = ,92$ Resolução de Problemas $\alpha = ,74$; Comunicação $\alpha = ,75$; Papéis $\alpha = ,72$; Responsividade Afetiva $\alpha = ,83$; Envolvimento Afetivo $\alpha = ,78$; e Controlo de Comportamentos $\alpha = ,72$ (Epstein et

al., 1983). Posteriormente, de forma a aumentar a confiança foram acrescentados sete itens à escala que não afetam a intercorrelação entre elas (Ryan et al., 2005).

Os primeiros resultados da validação espanhola da escala FAD revelaram os seguintes valores de consistência interna: Funcionamento Geral da família $\alpha = ,86$; Resolução de Problemas $\alpha = ,69$; Comunicação $\alpha = ,75$; Papéis $\alpha = ,65$; Responsividade Afetiva $\alpha = ,78$; Envolvimento Afetivo $\alpha = ,82$; e Controlo de Comportamentos $\alpha = ,73$ (Barroilhet, Cano-Prous, Cervera-Enguix, Forjaz, & Guillén-Grima, 2009).

Os valores de consistência interna observados para as diferentes subescalas do FAD na presente investigação, foram os seguintes: Funcionamento Geral da família $\alpha = ,78$; Resolução de Problemas $\alpha = ,61$; Comunicação $\alpha = ,33$; Papéis $\alpha = ,73$; Responsividade Afetiva $\alpha = ,49$; Envolvimento Afetivo $\alpha = ,49$; e Controlo de Comportamentos $\alpha = ,50^3$.

4.3 Procedimentos

Procedimentos de recolha de dados

Foi solicitado ao Centro Hospitalar Universitário do Algarve permissão para recolha de dados no serviço de pediatria no âmbito da consulta CODI. O pedido foi enviado para o Centro de Formação, Investigação e Conhecimento no Centro Hospitalar que reencaminhou o pedido para os Diretores de Serviço, para a Comissão de Ética e para a Administração.

As famílias das crianças com obesidade foram triadas pela Psicóloga e pela Nutricionista da CODI procurando-se sobretudo famílias acompanhadas pela consulta de nutrição. O procedimento decorreu na sala de espera e iniciou-se com o preenchimento do Consentimento Informado (Anexo 1). Optou-se por solicitar o preenchimento do protocolo a um dos progenitores ou cuidadores durante o período de espera pré-consulta de nutrição e/ou psicologia das consultas de apoio à CODI. No final, os documentos preenchidos foram entregues à responsável pela investigação. Nos casos em que não foi possível concluir o preenchimento do protocolo no período anterior à consulta, solicitou-se aos pais que continuassem o preenchimento no período pós-consulta de modo a não interferir com a agenda médica. Quando não foi possível

³ A análise da consistência tem por base as seguintes diretrizes: valores inferiores a ,50 indicam uma consistência baixa; entre ,50 e ,70 moderada; valores entre ,70 e ,90 dizem respeito a uma consistência elevada e valores superiores a ,90 traduzem-se numa excelente consistência (Hinton, McMurray, & Brownlow, 2014).

concluir o preenchimento nestes parâmetros, foi permitido aos participantes levar o questionário para casa para devolver aquando de uma próxima consulta no serviço de pediatria do hospital.

A presença da investigadora durante a aplicação do protocolo permitiu o esclarecimento de eventuais dúvidas. Importa referir que quando os participantes manifestaram dificuldades visuais ou de escrita que impossibilitavam o preenchimento, os protocolos foram preenchidos pela investigadora.

Procedimentos de análise estatística

Os dados resultantes do procedimento de recolha do presente estudo exploratório foram analisados com recurso ao programa SPSS 24 (*Statistical Package for the Social Sciences*) de acordo com os objetivos da presente investigação.

Procedemos à análise dos dados sociodemográficos e de caracterização fisiológica, axiológicos e de padrões de comportamento, utilizado nas variáveis quantitativas os seguintes valores de estatística descritiva: média, medianas e desvio-padrão. Para as variáveis nominais serão apresentados dados referentes ao tamanho da amostra e distribuição de percentagens.

Com o objetivo de analisar a associação entre as subescalas do funcionamento familiar e as variáveis sociodemográficas, fisiológicas e axiológica da presente investigação recorreremos ao Coeficiente de Correlação de *Pearson*⁴.

De forma a compararmos o funcionamento familiar dos utentes da CODI com os valores médios estabelecidos pelos autores, recorreremos ao Teste *t* de Student. Em seguida recorreremos ao teste *U* de Mann-Whitney de forma a detetarmos eventuais diferenças entre rapazes e raparigas. Recorreremos ao mesmo procedimento para avaliar possíveis diferenças entre as crianças com excesso de peso e as do quadro de obesidade.

Utilizamos o programa Microsoft Office Excel 2010 para estimar a medida do efeito⁵.

⁴ Na análise das associações consideramos um coeficiente de ,10 uma correlação negligenciável, um coeficiente de ,30 uma correlação de intensidade média e correlações superiores a ,50 correlações fortes (Cohen, 1988).

⁵ A análise do tamanho do efeito tem por base as seguintes diretrizes: um coeficiente abaixo de ,10 indica um tamanho de efeito pequeno; um coeficiente entre ,10 e ,30 um tamanho do efeito de intensidade média e coeficientes superiores a ,50 um efeito forte (Cohen, 1988).

5. Resultados

Neste ponto iremos proceder à descrição e análise dos resultados de acordo com os objetivos definidos no âmbito desta investigação.

5.1 Caracterização sociodemográfica, fisiológica, axiológica e dos padrões de comportamento

Na Tabela 1 estão presentes dados sociodemográficos.

Tabela 1
Características Sociodemográficas

		<i>N (%)</i>
Estrutura Familiar	Pais e irmãos	18 (58,1)
	Monoparental: mãe e irmãos	9 (29)
	Agregado multigeracional (pais e avós) e irmãos	3 (9,7)
	Avós	1 (3,2)
Habilitações Literárias do pai	Ensino primário	7 (22,6)
	2º Ciclo	8 (25,8)
	3º Ciclo	7 (22,6)
	Ensino Secundário	6 (19,4)
	Licenciatura	1 (3,2)
	Mestrado	1 (3,2)
Habilitações Literárias da mãe	Ensino primário	2 (6,5)
	2º Ciclo	3 (9,7)
	3º Ciclo	11 (35,5)
	Ensino Secundário	6 (19,4)
	Licenciatura	8 (25,8)
Classificação das profissões paternas ⁶	Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas	1 (3,6)
	Técnicos de Profissões de Nível Intermédio	3 (10,7)
	Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores	4 (14,3)
	Agricultores e Trabalhadores qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta	2 (7,1)
	Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices	12 (42,9)
	Operadores de Instalação e Máquinas e	6 (21,4)

⁶ As profissões dos pais foram categorizadas de acordo a classificação portuguesa das profissões 2010 (Carvalho, 2011).

Trabalhadores da Montagem		
Classificação das profissões maternas ⁶	Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos executivos, dirigentes, Diretores e Gestores Executivos	2 (6,9)
	Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas	5 (17,2)
	Técnicos de Profissões de Nível Intermédio	1 (3,4)
	Pessoal Administrativo	2 (6,9)
	Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores	9 (31)
	Operadores de Instalação e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	2 (6,9)
	Trabalhadores Não Qualificados	8 (27,6)

Nota. *N* = número de participantes; % = percentagem.

A idade dos pais varia entre os 30 e os 60 anos ($M = 44,17$; $DP = 6,51$) enquanto as mães apresentam idades compreendidas entre os 30 e os 51 anos ($M = 41,84$; $DP = 4,69$). Em relação aos rendimentos, os valores máximos anuais verificados por agregado situam-se entre os 20 000 e os 40 000 euros, sendo que apenas 3,3% ($N = 1$) atinge este valor. A maioria das famílias participantes, 53,3%, tem rendimentos anuais entre os 7 000 e os 20 000 euros ($N = 16$) e 43,3% tem rendimentos até 7000 euros ($N = 13$).

De forma a melhor caracterizar a amostra, foram recolhidos dados relativos ao desenvolvimento da criança. O tempo de gestação varia entre as 32 e as 43 semanas ($N = 25$; $M = 39,2$; $DP = 2,6$), sendo que 84% das crianças nasceram após as 37 semanas ($N = 21$) e 16% destas crianças nasceram antes das 37 semanas gestacionais ($N = 4$)⁷. O peso à nascença varia entre os 2 kg e os 4,5 kg ($N = 30$; $M = 3,45$; $DP = ,58$) sendo que 80% das crianças nasceram com pesos dentro da média ($N = 24$); 10% nasceram com peso acima da média ($N = 3$); 6,5% nasceram com peso baixo e 3,2% com peso excecionalmente elevado ($N = 1$)⁸. O comprimento das crianças à nascença varia entre os 40 cm e os 57 cm ($N = 24$; $M = 48,98$; $DP = 3,71$) sendo que duas das crianças nasceram com comprimentos superiores à média e duas crianças nasceram com comprimentos inferiores à média⁹.

⁷ De acordo com a classificação da OMS (2017³), crianças que nasceram antes das 37 semanas nasceram prematuramente.

⁸ De forma a classificar o peso dos recém-nascidos recorreremos às diretrizes da OMS (2016), sendo que menos de 2499g corresponde a peso abaixo da média; entre 2499g e 3999g peso dentro da média; entre 4000 e 4500 peso acima da média; e peso superior a 4500g corresponde a peso excecionalmente elevado.

⁹ De forma a classificar o comprimento dos recém-nascidos recorreremos às tabelas dos Padrões de Crescimento da Criança da OMS (2018²).

Tabela 2
Variáveis do desenvolvimento

		<i>N (%)</i>
Período de aleitamento	Nenhum a seis meses	15 (51,72)
	Entre seis meses e dois anos	10 (34,48)
	Mais de dois anos	4 (13,79)
Primeiros alimentos	Fácil	27 (90)
	Difícil	3 (10)
Patologias	Não tem	20 (64,5)
	Respiratórias	3 (9,7)
	Cardíacas	1 (3,2)
	Sono	1 (3,2)
	Psicológicas	1 (3,2)
	Renais	1 (3,2)
	Défices Cognitivos	1 (3,2)
	Outras	3 (9,7)

Nota. *N* = número de participantes; % = percentagem.

No que diz respeito ao sono, 80,6% dos participantes consideram que a criança dorme bem ($N = 25$), 12,9% que dormem pouco ($N = 4$) e 6,5% que dorme mal ($N = 2$). O número de horas de sono das crianças variava entre cinco e 10 horas ($N = 31$; $M = 8,57$; $DP = 1,17$) e 70% das crianças ($N = 21$) dorme as horas necessárias de acordo com a idade e as diretrizes de Hirshkowitz et al. (2015).

Ao nível do aproveitamento escolar, 48,4%, apresentam um nível alto de rendimento escolar ($N = 15$), 45,2% nível médio ($N = 14$) e 3,2% nível baixo ($N = 1$).

Quanto aos antecedentes familiares, verificou-se que 45,2% dos participantes relataram a existência de doenças na família ($N = 14$) enquanto 54,8% responderam negativamente ($N = 17$). Em relação à presença de obesidade na família, 61,3% dos participantes indicam ter pelo menos uma pessoa com obesidade na família ($N = 19$). Na Tabela 3 estão representados os antecedentes familiares.

Tabela 3
Antecedentes familiares

		<i>N (%)</i>
Obesidade na família	Pai e mãe	3 (15,79)
	Pai	2 (10,53)
	Mãe	4 (21,05)
	Progenitor e irmão(s)	2 (10,53)
	Avó(s)	5 (26,32)

	Outros familiares	3 (15,79)
Doenças na família	Hipertensão	2 (6,5)
	Diabetes	7 (22,6)
	Colesterol	3 (9,7)
	Cardíacas	2 (6,5)
	Asma	3 (9,7)
	Parkinson	1 (3,2)
	Cancro	2 (6,5)
	Depressão	1 (3,2)
	Défice Cognitivo	1 (3,2)

Nota. *N* = número de participantes; % = percentagem.

Os dados evidenciam que mais de metade das mães no momento da recolha (54,8%) pratica algum regime alimentar (*N* = 17). Também a maioria das mães, 90,3%, encontra-se disponível para alterar os próprios hábitos alimentares para ajudar a criança no processo de perda de peso (*N* = 28), assim como 45,2% dos pais (*N* = 14).

Foi possível observar que 54,8% das mães (*N* = 17) e 48,4% dos pais (*N* = 15) consideram que o seu filho tem obesidade. Quando se analisam separadamente os protocolos das crianças com excesso de peso (*N* = 7), verifica-se que 71,4%, reconhece que a criança já não está no quadro de obesidade (*N* = 5) enquanto que em 28,6% dos casos (*N* = 2) alguém na família caracteriza a criança como obesa. Relativamente às crianças com obesidade, 15% dos inquiridos reportam que a criança não tem obesidade (*N* = 3).

Na Tabela 4 são apresentadas as causas da obesidade das crianças participantes, identificadas pelos adultos.

Tabela 4
Causas percebidas da obesidade na criança

	<i>N</i> (%)
Ingestão excessiva de alimentos	14 (45,2)
Ingestão de alimentos de má qualidade	12 (38,7)
Falta de exercício físico	15 (48,4)
Preguiça	10 (32,3)
Constituição física da criança	7 (22,6)
Constituição semelhante à da família	4 (12,9)
Tristeza e depressão	6 (19,4)
Intervenção cirúrgica	1 (3,2)
Uso de Medicação	9 (29)

Nota. *N* = número de participantes; % = percentagem.

Relativamente à necessidade da criança perder peso, na grande maioria dos casos ($N = 26$; 83,9%) alguém na família declara que a criança precisa de perder peso enquanto que 16,1% dos participantes ($N = 5$) relatam que não é necessário. As mães são quem identifica com mais frequência que a criança precisa de perder peso ($N = 19$; 61,3%), seguidas dos pais ($N = 13$; 41,9%), das próprias crianças ($N = 9$; 29%) e dos avós maternos ($N = 9$; 29%), dos irmãos das crianças ($N = 4$; 12,9%) e dos avós paternos ($N = 1$; 3,2%). Analisando separadamente as crianças com excesso de peso ($N = 7$), três dos participantes, reportam que o menor não precisa de perder peso (42,9%) enquanto 57,1% reportam ser necessário ($N = 4$). No caso das crianças obesas, em 10% dos casos, ninguém indica ser necessário que a criança perca peso ($N = 2$).

Sobre aos motivos do acompanhamento na consulta de nutrição, 44,4% dos participantes manifestam que a criança é acompanhada por esta consulta por ter “peso acima do normal ou excesso de peso” ($N = 12$), a mesma percentagem revela que a criança é seguida para “controlar a alimentação e o peso” ($N = 12$), 7,4% referem que outras doenças levaram as crianças à consulta ($N = 2$) e 3,7% referem que são seguidas devido ao uso de medicação ($N = 1$).

De forma a avaliar a motivação da criança para a perda de peso, na perspetiva do adulto, numa escala do tipo *likert*, entre 1 (pouco motivado) e 6 (muito motivado), os resultados variam entre os dois extremos ($M = 3,84$; $DP = 1,39$).

Quanto ao local do almoço, 61,3% almoça habitualmente na escola ($N = 19$), 20% em casa ($N = 6$) e 16,7% alternam entre casa, escola e/ou ATL ($N = 5$). A nível do local de jantar, 96,7% das crianças janta diariamente em casa ($N = 29$) e 3,2% alterna em sair para jantar e jantar em casa ($N = 1$).

Relativamente aos hábitos alimentares, 74,2%, considera necessário estes serem alterados ($N = 23$); por oposição, 25,8% julga desnecessário ($N = 8$). Analisando em separado o grupo das crianças com excesso de peso, dois dos casos (28,6%) relatam não haver necessidade de alterar os hábitos alimentares das crianças, sendo que, em contrapartida 71,4% ($N = 5$) indica ser necessário. Já no caso das crianças com obesidade, apesar da maioria reportar que sejam necessárias alterações ($N = 14$), seis participantes expressam não haver necessidade.

Verificamos também que 69% dos adultos experiencia “tristeza” “insatisfação”, “preocupação” e “pena” quando tem que limitar a alimentação da criança ($N = 20$), 20,7% sentem-se “bem” ($N = 6$), 6,9% sentem-se “zangados” ($N = 2$) e 3,4% sentem-se “cansados”. Por outro lado, 32,3% das crianças reage à limitação de forma depressiva:

“aborrecido” “triste” e “choro” ($N = 10$), 29% reage “bem” ($N = 9$), 19,4% tem reações negativas externalizantes como “revolta” e “zangado” ($N = 6$), 12,9% alterna entre obedecer e ignorar o adulto ($N = 4$) e 6,5% ignora o adulto ($N = 2$).

Mais de metade dos participantes, 63,3%, manifesta ser necessário alterar os hábitos de exercício das suas crianças ($N = 19$). Por oposição, 36,7% defende não serem necessárias alterações neste domínio ($N = 11$). Analisando o grupo das crianças com excesso de peso, 71,4%, alega ser necessário mudar os hábitos de exercício da criança ($N = 5$) e 14,3% dos indivíduos declara que a criança não necessitava de alterar estes hábitos ($N = 5$). Um dos participantes não respondeu a esta questão. No que concerne às crianças com obesidade, 60% determinam que é necessário que ocorram alterações a este nível ($N = 12$), e 40%, por oposição, não julgam necessário ($N = 8$).

Sobre a frequência semanal da prática de exercício, observamos que esta varia entre zero e sete ($M = 3,18$; $DP = 1,81$). Mais de metade dos participantes, 71,4% expressa que cada sessão de exercício ocupa entre 30 minutos a uma hora ($N = 20$); para 25% dos participantes cada sessão ocupa mais de uma hora ($N = 7$) e para 3,2% menos de 30 minutos ($N = 1$). O meio de transporte mais utilizado para realizar o percurso casa-escola é o carro tendo sido este o meio escolhido por 41,9% dos participantes ($N = 13$); 25,8% referem que as crianças vão a pé ($N = 8$), 19,4% utilizam o autocarro ($N = 6$), 6,5% alternam entre ir a pé e autocarro ($N = 2$) e 3,2% alterna entre usar o carro ou o autocarro ($N = 1$). O tempo que demora a realizar o percurso casa-escola varia entre os dois minutos e os 60 ($M = 16,23$; $DP = 12,21$). Já o tempo de exposição a ecrãs varia entre os 30 minutos e as 5 horas ($M = 2,46$; $DP = 1,27$).

A maioria dos participantes, 58,1%, reportam ser necessário apoio psicológico para a criança ($N = 18$) sendo que 25,8% explicam que este apoio é importante para “ajudar a criança a lidar com as consequências psicológicas da obesidade para a criança” ($N = 8$), 16,1% consideram importante a ajuda do psicólogo no controlo e acompanhamento alimentar ($N = 5$); e 9,7% nomeiam aspetos psicoeducativos como benéficos ao processo de perda de peso ($N = 3$). Por oposição, 41,9% descrevem não precisar de apoio psicológico ($N = 13$), sendo que 5% dos participantes justificam: “a criança tem boa autoestima” ($N = 1$) e 5% argumenta que “a criança está a reagir bem” ($N = 1$).

Em relação à necessidade de apoio psicológico para a família, 67,7% dos participantes diz não ser necessário ($N = 21$), sendo que 21,4% justificam que “a criança tem o apoio e a estrutura necessária” ($N = 3$) e 7,1% indicam que “todos estão

bem” ($N = 3,2\%$). Por oposição, 32,3% relatam sentir necessidade de apoio psicológico para a família ($N = 10$), sendo que 22,6% apontam como motivo o “*apoio emocional*” ($N = 7$), e 9,7% defendem a importância da ajuda do psicólogo no “*controlo do peso da criança*” ($N = 3$).

5.2 Relação entre o funcionamento familiar e as variáveis sociodemográfico, fisiológicas e axiológicas

O resultado das análises do Coeficiente de Correlação de *Pearson* entre as diferentes subescalas do Inventário de Avaliação Familiar e as variáveis sociodemográfico, fisiológicas e axiológicas encontra-se na Tabela 5.

Importa sublinhar que, de acordo com as diretrizes dos autores (Ryan et al., 2005), valores no FAD mais próximos de 1 representam níveis de funcionamento mais saudáveis, enquanto valores mais próximos de 4 simbolizam níveis de funcionamento pouco saudáveis.

Tabela 5

Correlação entre as diferentes subescalas do Inventário de Avaliação Familiar e as variáveis sociodemográficas, fisiológicas e axiológicas

	RP	C	P	RA	EA	CC	FG
Idade do pai	,45*	,46**	,51**	,36	,31	,33	,51**
Escolaridade do pai	-,28	-,47**	-,29	-,49**	-,44*	-,48**	-,37*
Idade da mãe	,55**	,46**	,40*	,40*	,29	,29	,52**
Escolaridade da mãe	-,35	-,51**	-,33	-,34	-,54**	-,54**	-,41*
Classe profissional da mãe	,33	,58**	,31	,24	,43*	,59**	,41*
Rendimentos	,09	-,30	-,07	-,45*	-,17	-,08	-,13
Sexo da criança	,14	,45	,23	,52**	,31	,39*	,42*
Idade da criança	,15	,41*	,25	,31	,08	,11	,34
Classe do peso à nascença	,14	,23	,28	,42*	,20	,04	,21
Motivação	-,31	-,27	-,39*	-,06	-,21	-,27	-,41*
Exercício físico semanal	-,45*	-,05	-,17	,08	-,19	-,13	-,24
Duração das sessões de exercícios	-,43*	-,43*	-,61**	-,42*	-,34	-,48**	-,55**
Falta de exercício como causa da obesidade	-,15	-,41*	-,39*	-,15	-,13	-,10	-,38*
Uso de medicação como causa da obesidade	-,23	-,22	-,29	,07	-,28	-,49**	-,28
Introdução dos primeiros alimentos difícil	-,21	-,14	-,15	-,12	-,31	-,52**	-,19
Horas do sono	-,26	-,36*	-,20	-,42*	-,33	-,18	-,28

Tabela 5 (continuação)

Correlação entre as diferentes subescalas do FAD e as variáveis sociodemográficas, fisiológicas e axiológicas

	RP	C	P	RA	EA	CC	FG
Criança considera necessário perder peso	,09	-,16	-,04	-,39*	-,09	,04	-,11
Tempo acompanhamento na consulta	,17	,35	,15	,41*	,33	,39*	,35
Necessidade de apoio psicológico criança	-,09	-,05	-,44*	,04	-,37	-,16	-,30
Pai disponível mudar hábitos alimentares	,13	,24	,19	,38*	,22	,17	,25
Irmão disponível mudar hábitos alimentares	,17	,23	,33	,16	,38*	,57**	,26
Avó M disponível mudar hábitos alimentares	,36*	,28	,23	,12	,36*	,43*	,27
Avós maternos fazem regime alimentar	,42*	,23	,43*	,06	,38*	,53**	,46**
Outros na família fazem regime alimentar	,12	,08	,17	,28	,21	,40*	,25
Hipertensão na família	,31	,57**	,40*	,40*	,26	,50**	,49**
Diabetes na família	,28	,17	-,17	,33	,20	,36*	,12

Nota. Assinalam-se a negrito as correlações moderadas e fortes estatisticamente significativas ($r > .3$). RP = Resolução de Problemas; C = Comunicação; P = Papéis; RA = Responsividade Afetiva; EA = Envolvimento Afetivo; CC = Controlo de Comportamentos; FG = Funcionamento Geral.

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$.

5.3 Análise do funcionamento familiar

Comparando os nossos resultados com as pontuações de corte estabelecidas pelos autores da escala (Ryan et al., 2005), constatamos que os participantes obtiveram pontuações saudáveis em todos os domínios com exceção de Controlo de Comportamentos.

Quanto às diferenças entre os valores normativos das subescalas e o resultado da presente investigação, conforme a Tabela 6, obtivemos diferenças significativas nos seguintes domínios: Resolução de Problemas ($t_{30} = -3,25$, $p = ,003$), Responsividade Afetiva ($t_{(30)} = -2,04$, $p = ,05$), Envolvimento Afetivo ($t_{(30)} = 2,36$, $p = ,025$) e Controlo de Comportamentos ($t_{(30)} = 2,83$, $p = ,008$).

Em relação ao tamanho do efeito, observamos um efeito forte na dimensão Resolução de Problemas ($d = ,51$) e efeito médio nas seguintes: Responsividade Afetiva ($d = ,35$); Envolvimento Afetivo ($d = ,40$); e Controlo de Comportamentos ($d = ,46$).

É importante relembrar que no FAD, níveis de funcionamento mais saudáveis têm valores mais próximos de 1 enquanto valores mais próximos de 4 traduzem-se em níveis de funcionamento pouco saudáveis (Ryan et al., 2005).

Tabela 6

Diferenças entre as pontuações das diferentes subescalas do Inventário de Avaliação Familiar e os valores normativos

Subescalas	Amostra		VN	d	t	p
	M	DP	M			
RP	1,72	,33	1,91	,51	-3,25	,003**
C	2,02	,29	2,09	,25	-1,40	,172
P	2,27	,39	2,16	,28	1,58	,126
RA	1,93	,40	2,08	,35	-2,04	,050*
EA	2,17	,40	2,00	,40	2,36	,025*
CC	2,13	,36	1,94	,46	2,83	,008**
FG	1,81	,35	1,84	,08	-,42	,676

Nota. M = Média; DP = Desvio Padrão; d = d de Cohen; t = Teste t de Student; gl = graus de liberdade; VN = Valores Normativos; RP = Resolução de Problemas; C = Comunicação; P = Papéis; RA = Responsividade Afetiva; EA = Envolvimento Afetivo; CC = Controlo de Comportamentos; FG = Funcionamento Geral.

* $p < ,05$; ** $p < ,01$.

Verificamos, de acordo com a Tabela 7, que existem diferenças significativas entre géneros nas seguintes dimensões do FAD: Comunicação ($U = 46$, $p = ,012$), Responsividade Afetiva ($U = 37$, $p = ,003$), Envolvimento Afetivo ($U = 56$, $p = ,038$), Controlo de Comportamentos ($U = 51$, $p = ,022$) e Funcionamento Geral ($U = 47$, $p = ,015$) ($p < ,05$).

Sobre o tamanho do efeito, observamos um efeito forte na dimensão da Responsividade Afetiva ($d = - ,53$) e efeito médio nas seguintes: Comunicação ($d = - ,45$); Envolvimento Afetivo ($d = - ,37$); Controlo de Comportamentos ($d = - ,41$); e Funcionamento Geral ($d = - ,44$).

Tabela 7

Diferenças entre os valores médios das dimensões do Inventário de Avaliação Familiar entre raparigas (n = 21) e rapazes (n = 10)

	Feminino			Masculino			U test		
	M	Mdn	DP	M	Mdn	DP	r	U	p
RP	1,68	1,67	,35	1,78	1,92	,31	-,13	88	,458
C	1,93	2,00	,30	2,21	2,17	,18	-,45	46	,012*
P	2,21	2,18	,42	2,40	2,45	,32	-,23	74	,196
RA	1,79	2,00	,38	2,23	2,17	,29	-,53	37	,003*
EA	2,09	2,00	,43	2,34	2,29	,27	-,37	56	,038*
CC	2,03	2,11	,38	2,33	2,33	,22	-,41	51	,022*
FG	1,71	1,83	,35	2,03	2,08	,27	-,44	47	,015*

Nota. M = Média; Mdn = Mediana; DP = Desvio Padrão; U = teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes; r = r de Cohen; RP = Resolução de Problemas; C = Comunicação; P = Papéis; RA = Responsividade Afetiva; EA = Envolvimento Afetivo; CC = Controlo de Comportamentos; FG = Funcionamento Geral.

* $p < ,05$

Quando analisados os resultados das diferentes subescalas do funcionamento familiar, segundo a categoria do Peso (Excesso de peso/Obesidade), não foram encontradas diferenças significativas (Tabela 8).

Tabela 8

Diferenças entre os valores médios das dimensões do Inventário de Avaliação Familiar entre crianças com excesso de peso (n = 7) e crianças com obesidade (n = 20)

	Excesso de Peso			Obesidade			U test		
	M	Mdn	DP	M	Mdn	DP	r	U	p
RP	1,62	1,67	3,43	1,71	1,83	,34	-,14	57,5	,476
C	1,98	2,00	,21	2,01	2,11	,33	-,15	56,5	,450
P	2,19	2,18	,46	2,28	2,27	,41	-,05	65,5	,803
RA	1,93	2,00	,35	1,95	2,00	,46	-,07	64,00	,732
EA	2,29	2,00	,55	2,08	2,08	,36	-,13	58,00	,502
CC	2,13	2,11	,39	2,10	2,22	,38	-,01	69,00	,956
FG	1,69	1,75	,32	1,83	1,87	,39	-,21	50,00	,266

Nota. M = Média; Mdn = Mediana; DP = Desvio Padrão; U = teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes; r = r de Cohen RP = Resolução de Problemas; C = Comunicação; P = Papéis; RA = Responsividade Afetiva; EA = Envolvimento Afetivo; CC = Controlo de Comportamentos; FG = Funcionamento Geral.

* $p < ,05$.

Depois de descritos e analisados os resultados, será apresentada em seguida a Discussão.

6. Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo caracterizar uma amostra de utentes da Consulta de Obesidade e Dislipidémia Infantil e foi delineado em resposta a uma necessidade que surgiu no âmbito da Consulta de Obesidade e Dislipidémia Infantil (CODI). Definimos como principais objetivos caracterizar do ponto de vista sociodemográfico, fisiológico e axiológico a criança com obesidade ou excesso de peso e a família e compreender o funcionamento familiar dos utentes. Participaram na investigação 31 famílias, das quais 20 com crianças obesas e sete com excesso de peso.

A generalidade das crianças do nosso estudo reside num agregado com a mãe, o pai e os irmãos. Tal como aconteceu na investigação de Chen e Escare (2014), não encontramos relação entre a estrutura familiar e o IMC das crianças participantes. De acordo com os autores, o efeito da estrutura parental na obesidade infantil poderá ser superior para crianças entre os quatro e os cinco anos diminuindo o seu impacto à medida que as crianças se tornam mais independentes o que poderá explicar os resultados uma vez que as crianças da nossa amostra têm em média 12 anos. Os nossos resultados não corroboram desta forma as investigações de Chen e Escarce (2010), Gibson et al. (2016), Keane et al. (2012), Renman et al. (1999) e Schmeer (2012),

A maioria dos agregados participantes no estudo possui rendimentos entre os 7 000 e os 20 000 euros, o segundo escalão nacional mais baixo. Os rendimentos mais elevados verificados na investigação dizem respeito ao terceiro escalão mais baixo. Observamos também que a maioria dos pais apresenta profissões que se incluem na categoria de Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices enquanto a maioria das profissões das figuras maternas se insere-se na categoria de Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores. Estes dados parecem corroborar os dados apresentados por vários autores no âmbito do estudo da obesidade: Ball e Crawford (2005), Gibson et al. (2016), Huang et al. (2014), Renman et al. (1999), Shrewsbury e Wardle (2008) e Wang e Zhang (2006). Tal como sugerido por Patrick e Nicklas (2005) e Gibson et al. (2016), estes resultados podem dever-se ao facto das famílias com rendimentos mais baixos não poderem proporcionar regularmente refeições equilibradas. Não obstante Portugal também ter passado por um período de crise financeira, não encontramos evidências de uma associação positiva entre o estatuto socioeconómico e a obesidade infantil.

Referente às habilitações literárias, a maioria dos pais tem o 2º ciclo de escolaridade, embora a frequência de pais que concluíram o ensino primário e o 3º ciclo sejam semelhantes. A maioria das mães tem como habilitações o 3º ciclo, contudo, é de notar que a licenciatura é a segunda habilitação materna mais frequente na amostra. Estes resultados são discordantes com os de Renman et al. (1999) e Keane et al. (2012), que constataram níveis de escolaridade mais baixos nas mães das adolescentes obesas.

A grande maioria das crianças da amostra nasceu de gravidezes de termo e nasceu com comprimentos dentro da média. Também o peso à nascença da maioria das crianças encontra-se dentro dos valores médios, sendo que apenas 10% das crianças abrangidas nasceram acima do peso e apenas uma criança nasceu com peso exceccionalmente elevado, resultados estes semelhantes aos de Mogoi et al. (2015). Pelo contrário a presente investigação não parece corroborar as investigações de Hirschler et al. (2008) e de Huang et al. (2014).

Em relação à amamentação, mais de metade das crianças abrangidas pela investigação não foram amamentadas durante o tempo mínimo recomendado pela OMS (2017¹; 2017²), o que as colocaria em risco de excesso de peso. Apenas quatro participantes foram amamentados por mais de dois anos, cumprindo assim as diretrizes da OMS (2017¹; 2017²). De acordo com Yan et al. (2014) a proteção da amamentação será significativamente superior quando a sua durabilidade ultrapassar os sete meses. No entanto, na presente investigação, 51,72% das crianças não ultrapassou este tempo. Em relação à introdução dos primeiros alimentos, 90% dos adultos não experienciaram dificuldades nesta fase.

A maioria dos inqueridos relata que a criança dorme bem. Atendendo às idades e às diretrizes da Fundação Nacional do Sono (Hirshkowitz et al., 2015), 70% das crianças participantes dorme a quantidade de horas recomendadas. No entanto, importa referir que 30% dos respondentes indicam que as crianças dormem menos horas do que aquelas que são preconizadas, fator este que tem sido associado a um maior risco de excesso de peso ou obesidade (Hart et al., 2011; Li et al., 2017; Wu et al., 2016).

A grande maioria das crianças da amostra apresenta um nível alto ou médio de aproveitamento escolar, o que parece contrariar os estudos de Branigan (2017); DSC (2005) e Taras e Potts-Datema (2005). Estas diferenças poderão dever-se à medida de autorrelato utilizada podendo também a desajustabilidade social ter influenciado os resultados. Um outro aspeto que poderá ter influenciado a resposta dos adultos diz respeito à presença da criança na sala de espera onde os protocolos foram preenchidos.

Existem na amostra três crianças com doenças respiratórias, e uma com cada uma das seguintes patologias: doenças cardíacas, doenças do sono, doenças do foro psicológico, doenças renais e três crianças têm outro tipo de doenças. As doenças do sono, cardíacas e renais, de acordo com DSC (2005), têm sido associadas à obesidade infantil, sendo que esta condição poderá estar a manifestar consequências físicas ou exacerbar algumas condições pré-existentes nas crianças do nosso estudo. Tal como aconteceu no estudo de Epstein et al. (1994) a maioria das crianças analisadas não apresenta doenças do foro psicológico. Este resultado poderá dever-se à triagem realizada aquando da seleção das famílias para a participação no estudo, sendo que integramos na investigação sobretudo crianças seguidas na consulta de nutrição.

Quanto aos antecedentes familiares, cerca de 45,2% refere a existência de alguma patologia na família (e.g., diabetes, dislipidémia, asma, hipertensão, cancro e doenças cardíacas). Importa realçar que o grupo de doenças citados pelos participantes, de acordo com o DSC (2005), parece associado à obesidade. Estes resultados assemelham-se aos de Poeta et al. (2010) que verificaram na história clínica dos seus doentes antecedentes familiares de hipertensão e diabetes.

Mais de metade dos participantes definiu a obesidade como o “excesso de peso”. Apenas três dos participantes descrevem a obesidade como uma doença, no entanto, quando questionados sobre se a criança ou algum membro da família têm alguma patologia, ninguém considerou esta doença nas suas respostas, o que poderá levar-nos a acreditar que a perceção desta problemática enquanto patologia ainda é baixa. Questionados diretamente sobre a presença de obesidade na família, mais de metade dos participantes responderam afirmativamente, apontando avós e progenitores como sendo os familiares mais frequentemente obesos. Estes resultados assemelham-se aos de Mogoi et al. (2015), onde 31,03% da amostra tinha pelo menos um progenitor ou avô com obesidade. Os nossos resultados indicam assim uma relação entre o IMC das crianças e o dos progenitores.

A maioria das mães da nossa amostra realiza algum tipo de regime alimentar e são também as progenitoras que relatam estar mais disponíveis para alterar os próprios hábitos alimentares para ajudar o/a filho(a) no processo de perda de peso. De acordo com Wrotniak et al. (2004), no decorrer de um programa de perda de peso, mudanças no IMC dos pais são um forte preditor de mudanças no IMC nos filhos. Uma vez que existe uma elevada prevalência de obesidade nos familiares mais próximos da criança e cerca de 90,3% das mães encontra-se disponível para modificar os próprios hábitos

alimentares, a envolvimento sobretudo das progenitoras poderá ser benéfica para a intervenção para a perda de peso e poderá potencializar mudanças positivas no ambiente familiar.

Apesar da maioria dos inquiridos com crianças com obesidade reconhecerem esta patologia nos menores, 15% não reconhece a sua criança como obesa. Por outro lado, no que concerne às crianças com excesso de peso, a maioria dos participantes, identifica que a criança já não está no quadro de obesidade. Estes resultados são discordantes dos de Peyer et al. (2015) que verificaram que maioria dos adultos não reconhece o excesso de peso e a obesidade nas crianças. Esta diferença entre os resultados poderá dever-se ao facto das crianças abrangidas pela investigação estarem a ser seguidas na CODI devido ao estado do peso, podendo este fator ser indicador de uma maior consciencialização dos adultos envolvidos.

A generalidade dos participantes defende ser necessário alterar os hábitos alimentares da criança. A percepção de que não são necessárias alterações no regime alimentar da criança poderá advir do facto das crianças já estarem a ser acompanhados pela consulta de nutrição e considerarem que as crianças já seguem as indicações nutricionais. No entanto, apesar de todas as crianças se encontrarem no quadro de obesidade ou possuírem excesso de peso, apenas 61,3% das mães, 41,9% dos pais e 29% das crianças referem que a criança precisa de perder peso. Por outro lado, em 16,1% dos casos ninguém indica que a criança precisa de perder peso. Apesar de apenas 29% das crianças sentirem que necessitam de perder peso, os resultados da escala de motivação construída do tipo *likert* revelam um valor médio de respostas de 3,84 ($DP = 1,39$).

Os nossos resultados demonstram que a grande maioria das crianças almoça na escola e janta em casa, o que poderá funcionar com um fator protetor uma vez que, de acordo com Davis et al. (2007); Gillman et al. (2010); Videon e Manning, (2003) as refeições em família estão associadas com a maior ingestão de cálcio, ferro, vitaminas e fibras e diminuem o consumo de gorduras saturadas, fritos e refrigerantes (Davis et al., 2007; Gillman et al., 2010).

A maioria dos participantes descreve que a criança é acompanhada pela consulta de nutrição por ter “*peso acima do normal ou excesso de peso*” e para “*controlar a alimentação e o peso*”.

Em média as crianças abrangidas pela investigação praticam atividades físicas três vezes por semana, sendo que, de acordo com as recomendações da OMS (2010),

deveriam praticar 60 minutos diários de atividade física moderada a vigorosa e três vezes por semana atividades vigorosas e intensa. Em média as crianças da presente investigação passam 2,46 horas ($DP = 1,27$) expostas a ecrãs. Mais de metade dos participantes indicam ser necessário introduzir alterações nos hábitos de exercício da criança. A resposta negativa a esta questão poderá resultar do facto das crianças já estarem a ser seguidas nas consultas e considerarem que estão a seguir as recomendações à data do preenchimento do protocolo.

Tal como sugerido por Anderson e Butcher (2006), o meio de transporte mais utilizado para realizar o percurso casa-escola é o carro sendo que apenas cerca de $\frac{1}{4}$ das crianças abrangidas pelo estudo vão exclusivamente a pé para a escola. Este facto, tal como Anderson e Butcher (2006) defendem, poderá dever-se à maior distância entre a casa e a escola e à falta de rotas seguras.

As causas mais frequentemente apontadas para a obesidade no presente estudo são: a falta de exercício físico, a ingestão excessiva de alimentos, a ingestão de alimentos de má qualidade, “preguiça”, uso de medicação, a constituição física da criança e tristeza e depressão.

A maioria dos participantes refere ser importante o apoio psicológico para as crianças, sobretudo para a gestão das consequências psicológicas da obesidade e para ajudar no processo de controlo e acompanhamento alimentar. Por outro lado, mais de metade dos participantes relata não ser necessário apoio psicológico para família.

A análise da relação entre os diferentes domínios do funcionamento familiar, avaliados pelo Inventário de Avaliação Familiar, e as principais variáveis sociodemográficas, fisiológicas e axiológicas permite-nos destacar um elevado número de associações moderadas e fortes. O elevado número de variáveis em análise e a carência de suporte teórico dificultaram a análise e a discussão/problematização dos nossos resultados. Assim, e sublinhando mais uma vez o elevado número de associações iremos focar-nos sobretudo na discussão daquelas que se apresentam como sendo mais fortes e com maior interesse científico na resposta aos objetivos estabelecidos.

Em relação às associações entre a subescala Resolução de Problemas e as diversas dimensões em estudo, verificamos uma associação forte positiva entre este domínio e a idade da mãe, sendo que, considerando a definição desta subescala proposta por Epstein et al. (1983), famílias com mães mais jovens foram aquelas que se apresentaram com mais aptidão para resolver situações que ameaçam a integridade capacidade funcional da família.

No domínio Comunicação, observamos uma associação forte negativa entre este e a escolaridade da mãe e uma associação positiva entre o primeiro e a classe profissional materna, o que traduz-se em níveis mais baixos de funcionamento na dimensão da Comunicação estão relacionados com habilitações literárias maternas mais baixas e classes profissionais da figura materna menos qualificadas. Curiosamente, elevados níveis de funcionamento nesta subescala estão associados à presença de hipertensão na família. Uma possível explicação para esta relação poderá ser que a presença desta doença na família tenha favorecido a troca de informações entre os diferentes membros.

No que diz respeito à subescala Papéis, notamos relações fortes positivas entre esta e a idade do pai, sendo que são os pais mais jovens aqueles que apresentam maiores níveis de funcionamento neste domínio. Ou seja, é nas famílias cujos pais são mais jovens que, de acordo com a definição proposta por Epstein et al. (1983), existem padrões de comportamento que integram não só a provisão de recursos, mas também de afetos. Esta associação poderá estar ligada com a mudança que se tem vindo a manifestar na definição dos papéis tradicionais masculinos e femininos. Níveis elevados nesta subescala estão ainda associados à maior duração das sessões de exercício físico, resultado este que se assemelha ao obtido por Berge et al. (2013): uma associação entre níveis mais elevados neste domínio do funcionamento familiar e a diminuição de comportamentos sedentários para as raparigas.

Quanto à subescala da Responsividade Afetiva pudemos constatar que níveis mais elevados nesta subescala estão associados às crianças do sexo feminino, ou seja, de acordo com a definição de Epstein et al. (1983), a experienciarão apropriada de afeto nas famílias é superior para as raparigas. Este resultado poderá estar relacionado com os estereótipos muitas vezes verificados que atribuem aos rapazes menos necessidade de afeto.

Referente ao Envolvimento Afetivo, notamos uma relação negativa entre esta variável e a escolaridade materna, sendo que níveis literários maternos mais baixos estão associados também a níveis mais baixos de funcionamento neste domínio. Tendo por base a definição deste domínio proposta por Epstein et al. (1983), famílias cujas mães têm maior habilitação literária são aquelas que evidenciam níveis de interesse, valorização dos interesses e preocupação com os membros da família mais adequados.

Foi com a subescala Controlo de Comportamentos que observamos um maior número de associações fortes entre as variáveis em estudo. Percebemos que níveis mais

elevados de funcionamento nesta dimensão estão associados a maior literacia e classes profissionais superiores maternas e à disponibilidade dos irmãos da criança mudarem os hábitos alimentares para ajudar a criança no processo de perda de peso. Esta dimensão do funcionamento familiar, de acordo com Epstein et al. (1983) diz respeito à forma como são expressados e regulados os padrões de comportamento, sendo que são as famílias cujas mães têm maior nível literário e/ou profissões de classes superiores que exibem maior funcionamento neste domínio. É também nestas famílias que os irmãos apresentam maiores probabilidades de mudarem os próprios hábitos alimentares para ajudar a criança com excesso de peso ou obesidade. Níveis superiores de funcionamento na subescala surgem ainda associados a dificuldades na introdução dos primeiros alimentos; e ao facto dos avós maternos se encontrarem a realizar algum tipo de regime alimentar.

Finalmente, quando analisamos as associações entre o Funcionamento Geral e as restantes variáveis, encontramos associações fortes positivas entre esta subescala e as idades do pai e da mãe, sendo que níveis mais elevados de funcionamento estão associados a pais mais jovens. Encontramos ainda uma relação negativa entre esta subescala e a duração do exercício físico, sendo que a níveis de funcionamento mais elevados estão associadas sessões de exercício praticadas pela criança com maior durabilidade. Estes resultados vão de encontro à investigação de Berge et al. (2013), uma vez que o funcionamento familiar parece associado a comportamentos relacionados com o peso.

Apesar de não serem associações fortes, de forma semelhante ao verificado no estudo de Berge et al. (2013) para as raparigas, verificamos uma associação negativa moderada entre a duração do exercício físico e as seguintes dimensões do funcionamento familiar: Resolução de Problemas, Comunicação e Controlo de Comportamentos. Percebemos também uma tendência semelhante à descrita por Herzer et al. (2010): uma associação entre a idade da criança e as subescalas Comunicação, Responsividade Afetiva e Funcionamento Geral, sendo que níveis de funcionamento mais elevados nestas subescalas surgem associados a crianças mais jovens.

No que concerne à comparação entre os valores normativos do FAD e das pontuações obtidas pelos participantes, notamos que a amostra obteve valores significativamente mais saudáveis nos domínios Resolução de Problemas e Responsividade Afetiva. Estes dados contrariam os resultados de Wen et al. (2011) e de Haines et al. (2016), que relatam que níveis de funcionamento familiares mais elevados

estavam associados a menor probabilidade de adoção de comportamentos não saudáveis à manutenção do peso. Estes valores poderão ser explicados pelo facto das famílias já estarem a ser acompanhadas pela equipa da Consulta de Obesidade e Dislipidemia Infantil. Os resultados poderão dever-se também ao contexto de aplicação, sendo que, embora os fins da investigação tivessem sido explicados, os participantes poderão ter-se sentido observados e avaliados. Também a deseabilidade social e a possível ocultação do problema podem ter tido influência. Por outro lado obtivemos níveis de funcionamento mais baixos nos domínios Envolvimento Afetivo e Controlo de Comportamentos, sendo que, atendendo às pontuações de corte, apenas o domínio Controlo de Comportamentos caracteriza-se como não saudável. A baixa pontuação obtida pelos participantes no domínio Controlo de Comportamentos assemelha-se aos resultados de Huang et al. (2014) que verificaram que a falta de regras estava ligada à obesidade. Tendo em conta os resultados e levando em consideração as indicações de interpretação dos resultados do FAD de Ryan et al. (2005), as baixas pontuações na subescala Controlo de Comportamentos poderão estar na base do processo que originou os comportamentos disfuncionais nas famílias que antecederam a obesidade das suas crianças. Por outro lado, é possível que o excesso de peso ou obesidade das crianças tenha tido impacto nos níveis de funcionamento familiar, uma vez que esta componente familiar, de acordo com Walker e Shepherd (2008), poderá ser afetada, entre outras, pelas circunstâncias familiares e outros *stressores*, sendo importante futuras investigações incidirem sobre esta temática. O Controlo de Comportamentos poderá estar ainda associada com o facto de no presente estudo a maioria dos adultos experienciar sentimentos negativos quando tem que limitar a alimentação da criança. Também um grande número de crianças tende a reagir de forma negativa quando o adulto impõe limites na sua alimentação. Esta situação poderá estar a dificultar a implementação das medidas necessárias ao controlo do peso.

Apesar de não terem sido observadas diferenças entre o grupo das crianças com excesso de peso e as crianças com obesidade, foram encontradas diferenças entre o grupo dos rapazes e o grupo das raparigas nas seguintes dimensões: Comunicação, Responsividade Afetiva, Envolvimento Afetivo, Controlo de Comportamentos e Funcionamento Geral. Apesar de apontarem diferenças entre géneros, estes resultados diferem dos encontrados na literatura (Berge et al., 2013; Haines et al., 2016; Mendelson et al., 1995). De acordo com as investigações de Berge et al. (2013) e Haines et al. (2016) o funcionamento familiar na sua investigação surge apenas

associado ao estado do peso das raparigas. Já Mendelson et al. (1995) verificaram que as raparigas que ganham mais peso manifestam menos coesão e expressividade nas suas famílias.

O principal contributo deste estudo diz respeito ao facto de se tratar de uma amostra clínica. Por outro lado, deparamo-nos com um conjunto de limitações que poderão ter conduzido à baixa expressividade dos resultados. A principal limitação diz respeito não só ao facto da validação para a população portuguesa do instrumento ainda estar a decorrer, mas também ao facto de terem sido encontrados baixos valores de consistência. Estes valores poderão encontrar fundamento na conjugação entre o reduzido número de itens por subescala e a amostra de tamanho reduzido. Outras possíveis explicações dizem respeito à baixa escolaridade e rendimentos dos participantes observados. Foram evidentes as dificuldades de alguns participantes no preenchimento do protocolo. A atenção e o empenho de cada participante poderão ter sido influenciados uma vez que o procedimento decorreu no contexto de sala de espera. O curto espaço de tempo para o preenchimento dos protocolos foi outra das dificuldades com que nos deparamos. Uma vez que a maioria dos participantes manifestou indisponibilidade para o preenchimento do protocolo após as consultas, a participação na investigação ocorreu no período entre consultas, limitando o estudo de outras variáveis. Numa tentativa de contornar esta situação, foi permitido aos agregados levarem os questionários para casa, no entanto, poucos destes foram retornados.

O facto da grande maioria das questões desta investigação serem de autorrelato e a ausência de um grupo de controlo, são outros aspetos negativos deste estudo. Também a ausência de um suporte teórico dificultou algumas das nossas análises.

Uma outra limitação diz respeito ao facto de apenas um familiar da criança responder ao instrumento, sendo que poderia ter sido uma mais-valia a comparação entre as diferentes perceções do funcionamento familiar dentro de cada agregado.

Um outro aspeto negativo diz respeito ao facto dos participantes já estarem a ser acompanhados na CODI e em diferentes estádios de evolução. Uma sugestão interessante seria a realização da avaliação do funcionamento familiar aquando da primeira consulta e posteriormente durante a intervenção por forma a detetar eventuais diferenças nesta variável.

Não obstante às dificuldades, o presente estudo exploratório permitiu sobretudo, tal como o seu principal objetivo propunha, caracterizar uma amostra de utentes da Consulta de Obesidade e Dislipidémia Infantil do Centro Hospitalar Universitário do

Algarve do ponto de vista sociodemográfico, desenvolvimental e axiológico e compreender o funcionamento familiar das crianças com esta patologia. Os dados resultantes da investigação permitiram uma compreensão abrangente das diferentes variáveis em estudo podendo ainda contribuir para o desenvolvimento de programas de intervenção direcionados à temática da obesidade infantil.

7. Conclusão

A obesidade constitui-se como uma das problemáticas mais proeminentes no campo da saúde na atualidade dada a elevada prevalência (Filipe et al., 2016; Rito et al., 2016). Esta doença tem um grave impacto na saúde dos indivíduos estando associada a patologias físicas e mentais (Moglia & Dill, 2016) acarretando vários custos para o Sistema Nacional de Saúde (DGS, 2016).

Na infância, esta doença é uma das mais estigmatizantes e menos aceites (Schwimmer et al., 2003) podendo acarretar prejuízos em várias dimensões. Os menores que sofrem de obesidade apresentam uma maior probabilidade de permanecerem adultos obesos devido à síndrome metabólica produzida na infância (Moglia & Dill, 2016) e na idade adulta a obesidade para além de estar associada a várias doenças como a diabetes tipo 2, hipertensão, dislipidémia, doenças cardíacas, alguns tipos de cancro entre outras, está associada à morte prematura (DSC, 2005).

De acordo com Ogden (2004) uma vez que tratamentos de obesidade mal sucedidos acarretam consequências mais negativas do que não intervir nesta problemática, perceber os fatores associados à obesidade é fundamental para desenvolver-se programas que promovam, não só a perda de peso, mas também a prática de exercício físico e um regime alimentar equilibrado (Kitzman-Ulrich et al., 2010). Também Rito et al. (2016) consideram essencial uma análise contínua e abrangente das várias dimensões associadas à obesidade, incluindo o ambiente familiar de forma a desenvolver programas de prevenção e intervenção adequados a esta problemática e faixa etária.

Em suma podemos concluir que as crianças da amostra em estudo vivem com os pais, com um rendimento anual abaixo da média nacional e pais com profissões que se incluem sobretudo na categoria de Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices e mães com profissões que se inserem principalmente no grupo de Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores.

Quanto aos dados de desenvolvimento destas crianças é de sublinhar apenas o menor tempo de amamentação, tendo em conta as recomendações da Organização Mundial de Saúde (2017²; 2017³).

Em relação aos antecedentes, importa referir que existe na família destas crianças, pelo menos um familiar (avós ou pais) com obesidade.

Para a maioria dos respondentes os hábitos alimentares da criança e as práticas de exercício necessitam de ser alterados, sendo as mães quem está mais disponível para alterar os próprios hábitos alimentares para ajudar as crianças no processo de perda de peso, pelo que, introduzir mudanças nos hábitos da mãe poderá ser uma forma de promover uma alimentação mais saudável junto dos filhos.

A análise da relação entre os domínios do funcionamento familiar e variáveis sociodemográficas, fisiológicas e axiológicas resulta num elevado número de associações. O domínio da Resolução de Problemas encontra-se associado à idade da mãe; o Envolvimento Afetivo, a Comunicação e o Controlo de Comportamentos à escolaridade materna; a Comunicação e o Controlo de Comportamentos à classe profissional materna; a Resolução de Problemas, Comunicação, Papéis, Responsividade Afetiva, Controlo de Comportamentos e Funcionamento Geral à duração das sessões de exercício físico; e o Funcionamento Geral está ainda relacionado com a idade de ambos os pais.

Em comparação com os valores normativos do FAD, as famílias evidenciaram maior capacidade a nível da Resolução de Problemas e Responsividade Afetiva e obtiveram valores mais baixos de funcionamento nas dimensões do Envolvimento Afetivo e Controlo de Comportamento. As famílias manifestam níveis não saudáveis na dimensão do funcionamento Controlo de Comportamento sendo que problemas neste domínio poderão ter gerado comportamentos disfuncionais que antecederam a obesidade, ou por outro lado as baixas pontuações neste domínio poderão ter resultado da problemática da obesidade na família, uma vez que o funcionamento familiar poderá ser influenciado por exemplo pelas circunstâncias familiares e outros *stressores* (Walker & Shepherd, 2008), sendo pertinente a continuação do estudo do funcionamento familiar afim de uma melhor compreensão dos mecanismos através dos quais o Controlo de Comportamentos poderá contribuir para o desenvolvimento do excesso de peso e obesidade.

A presente investigação permitiu sobretudo caracterizar uma amostra de utentes da CODI, do âmbito sociodemográfico fisiológico e axiológico e do funcionamento

familiar, o que poderá favorecer o desenvolvimento de programas de intervenção que invistam na regulação dos padrões de comportamento das famílias (por exemplo definição de regras e treino de assertividade etc.) e que potenciem o envolvimento parental no processo de perda de peso da criança através da introdução de mudanças nos hábitos alimentares e na prática de exercício físico dos pais das crianças com excesso de peso e obesidade. A investigação, tendo em conta a elevada percentagem de pais de crianças obesas ou com excesso de peso que referem não haver necessidade da criança perder peso sublinha a necessidade de uma maior consciencialização de todos os membros da família, não só do estado atual do peso da criança mas também das consequências do excesso de peso e benefícios da perda do mesmo.

8. Referências bibliográficas

- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Perry, C. (2003). Overeating among adolescents: prevalence and associations with weight-related characteristics and psychological health. *Pediatrics*, *111*(1), 67-74.
- Administração Regional de Saúde do Algarve (2016). Cuidados de Saúde Primários. Retrieved from <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/cuidados-de-saude-primarios/aces-algarve-i-central/>
- Alarcão, M. (2000). *(Des) equilíbrios familiares: uma visão sistemática* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, P. M., & Butcher, K. F. (2006). Childhood obesity: trends and potential causes. *The Future of children*, 19-45.
- Andolfi, M., & Zwerling, I. (1985). *Dimensiones de la Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.
- Annunziata, D., Hogue, A., Faw, L., & Liddle, H. A. (2006). Family functioning and school success in at-risk, inner-city adolescents. *Journal of youth and adolescence*, *35*(1), 100-108.
- Austin, S. B., Haines, J., & Veugelers, P. J. (2009). Body satisfaction and body weight: gender differences and sociodemographic determinants. *BMC public health*, *9*(1), 313.
- Balaban, G., Silva, G. A. P. D., Dias, M. L. C. D. M., Dias, M. C. D. M., Fortaleza, G. T. D. M., Morotó, F. M. M., & Rocha, E. C. V. (2004). O aleitamento materno previne o sobrepeso na infância? *Rev. bras. saúde matern. infant*, *4*(3), 263-268.
- Ball, K., & Crawford, D. (2005). Socioeconomic status and weight change in adults: a review. *Social science & medicine*, *60*(9), 1987-2010.
- Barroilhet, S., Cano-Prous, A., Cervera-Enguix, S., Forjaz, M. J., & Guillén-Grima, F. (2009). A Spanish version of the family assessment device. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *44*(12), 1051-1065.
- Bender, A. E., Gurr, M. I., Leeds, A. R., Richardson, D. P., Sinclair, H. M., & Walker, A. F. (1990). Obesity and its implications for health *Applied Human Nutrition for food scientists and home economists* (pp. 97-116). West Sussex: Ellis Horwood.
- Berge, J. M., Wall, M., Larson, N., Loth, K. A., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Family functioning: associations with weight status, eating behaviors, and physical activity in adolescents. *Journal of adolescent health*, *52*(3), 351-357.
- Birch, L. L., & Fisher, J. O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, *101*(Supplement 2), 539-549.
- Branigan, A. R. (2017). (How) Does Obesity Harm Academic Performance? Stratification at the Intersection of Race, Sex, and Body Size in Elementary and High School. *Sociology of Education*, *90*(1), 25-46.
- Britz, B., Siegfried, W., Ziegler, A., Lamertz, C., Herpertz-Dahlmann, B. M., Remschmidt, H., ... & Hebebrand, J. (2000). Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. *International journal of obesity*, *24*(12), 1707.
- Budd, G. M., & Hayman, L. L. (2008). Addressing the childhood obesity crisis: A call to action. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, *33*(2), 111-118.

- Caldas, J. (1993). *Terapia familiar: psicoanálise sistémica*.
- Camolas, J., Gregório, M. J., Sousa, S. M., Graça, P. (2017). *Obesidade: otimização da abordagem terapêutica no serviço nacional de saúde*. Disponível via Direção Geral da Saúde em: http://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2017/10/Obesidade_otimizacao-da-abordagem-terapeutica-no-servi%C3%A7o-nacional-de-saude.pdf
- Carvalho, A. C. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Chen, A. Y., & Escarce, J. J. (2010). Family Structure and Childhood Obesity, Early Childhood Longitudinal Study — Kindergarten Cohort. *Preventing Chronic Disease, Public Health Research, Practice, and Policy*, 7(3).
- Chen, A. Y., & Escarce, J. J. (2014). Family structure and childhood obesity: an analysis through 8th grade. *Maternal and child health journal*, 18(7), 1772-1777.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2 ed.). New York: Academic Press.
- Cornette, R. (2008). The emotional impact of obesity on children. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(3), 136-141.
- Cyril, S., Halliday, J., Green, J., & Renzaho, A. M. N. (2016). Relationship between body mass index and family functioning, family communication, family type and parenting style among African migrant parents and children in Victoria, Australia: a parent-child dyad study. *BMC public health*, 16(1), 707.
- Dally, P., & Gomez, J. (1978). Pleasures and Complications of Obesity *Obesity and Anorexia Nervosa: A Question of Shape* (pp. 39-44). London: Faber and Faber Limited.
- Dally, P., & Gomez, J. (1980). Why do some people put on weight? *Food, Eating and Obesity The psychobiological basis of appetite and weight control* (pp. 24-38). London: Faber and Faber Limited.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological bulletin*, 113(3), 487.
- David, H. P. (1978). Healthy family functioning: A cross-cultural appraisal. *Bulletin of the World Health Organization*, 56(3), 327.
- Davis, M. M., Gance-Cleveland, B., Hassink, S., Johnson, R., Paradis, G., & Resnicow, K. (2007). Recommendations for prevention of childhood obesity. *Pediatrics*, 120(Supplement 4), S229-S253.
- Davison, K. K., & Birch, L. L. (2001). Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obesity reviews*, 2(3), 159-171
- Department of Health and Children. *Obesity: The policy challenges: The report of the national taskforce on obesity 2005*. Dublin: Department of Health and Children.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *A saúde dos Portugueses: perspetiva 2015*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde. (2016). *A obesidade como doença crónica*. Retrieved from <http://www.dgs.pt/doencas-cronicas/a-obesidade.aspx>
- Epstein, L. H., Klein, K. R., & Wisniewski, L. (1994). Child and parent factors that influence psychological problems in obese children. *International Journal of Eating Disorders*, 15(2), 151-158.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180.

- Filipe, J., Godinho, C. A., & Graça, P. (2016). Intervenções Comportamentais de Prevenção da Obesidade Infantil: Estado da Arte em Portugal. *Psychology, Community & Health, 5*(2), 170.
- Gaspar, T., Matos, M., Santos, T., & Albergaria, F. (2012). O Projeto Europeu TEMPEST (Auto-Regulação para a Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes) - Análise de Esquemas de Incentivo em Portugal. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente, 3*(1), 169-185.
- Gaspar, T., Matos, M. G., Santos, T., Albergaria, F., Tomé, G., & Ferreira, M. (2015). Incentive schemes for prevention of overweight and systems information: Tempest case study. [Sistemas de incentivo para prevenção de sobre peso e sistemas de informação: Tempest estudo de caso]. *Psicologia, Saúde & Doenças, 16*(1), 112-128. doi:10.15309/15psd160211
- Gibson, L. Y., Allen, K. L., Byrne, S. M., Clark, K., Blair, E., Davis, E., & Zubrick, S. R. (2016). Childhood Overweight and Obesity: Maternal and Family Factors. *Journal of Child and Family Studies, 25*(11), 3236-3246.
- Gillman, M. W., Rifas-Shiman, S. L., Frazier, A. L., Rockett, H. R., Camargo Jr, C. A., Field, A. E., ... & Colditz, G. A. (2000). Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Archives of family medicine, 9*(3), 235.
- Gouveia, M. J., Frontini, R., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2016). Imagem corporal e qualidade de vida na obesidade pediátrica. *Psicologia, Saúde & Doenças, 17*(1), 52-59.
- Haines, J., Rifas-Shiman, S. L., Horton, N. J., Kleinman, K., Bauer, K. W., Davison, K. K., ... & Gillman, M. W. (2016). Family functioning and quality of parent-adolescent relationship: cross-sectional associations with adolescent weight-related behaviors and weight status. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 13*(1), 68.
- Hakala, P., Rissanen, A., Koskenvuo, M., Kaprio, J., & Rönnemaa, T. (1999). Environmental factors in the development of obesity in identical twins. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders, 23*(7).
- Halliday, J. A., Palma, C. L., Mellor, D., Green, J., & Renzaho, A. M. N. (2014). The relationship between family functioning and child and adolescent overweight and obesity: a systematic review. *International journal of obesity, 38*(4), 480-493.
- Hart, C. N., Cairns, A., & Jelalian, E. (2011). Sleep and obesity in children and adolescents. *Pediatric Clinics of North America, 58*(3), 715-733.
- Harnack, L., Lytle, L. Himes, J.H., Story, M., Taylor, T., & Bishop, D. (2009). Low Awareness of Overweight Status Among Parents of Preschool-Aged Children, Minnesota, 2004-2005. *Preventing Chronic Disease, Public Health Research, Practice, and Policy, 6*(2).
- Herzer, M., Godiwala, N., Hommel, K. A., Driscoll, K., Mitchell, M., Crosby, L. E., ... & Modi, A. C. (2010). Family functioning in the context of pediatric chronic conditions. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP, 31*(1), 26.
- Hinton, P. R., McMurray, I., & Brownlow, C. (2014). *SPSS explained*. Routledge.
- Hirschler, V., Bugna, J., Roque, M., Gilligan, T., & Gonzalez, C. (2008). Does low birth weight predict obesity/overweight and metabolic syndrome in elementary school children? *Archives of medical research, 39*(8), 796-802.
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., ... & Neubauer, D. N. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health, 1*(1), 40-43.

- Huang, D. Y., Lanza, H. I., & Anglin, M. D. (2014). Trajectory of adolescent obesity: exploring the impact of prenatal to childhood experiences. *Journal of child and family studies*, 23(6), 1090-1101.
- International Food Policy Research Institute. (2016). Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030. Washington, DC
- Keane, E., Layte, R., Harrington, J., Kearney, P. M., & Perry, I. J. (2012). Measured parental weight status and familial socio-economic status correlates with childhood overweight and obesity at age 9. *PLoS one*, 7(8), e43503.
- Kelly, L. A., Lane, C. J., Ball, G. D., Weigensberg, M. J., Vargas, L. G., Byrd-Williams, C. E., ... & Goran, M. I. (2008). Birth weight and body composition in overweight Latino youth: a longitudinal analysis. *Obesity*, 16(11), 2524-2528.
- Kitzman-Ulrich, H., Wilson, D. K., George, S. M. S., Lawman, H., Segal, M., & Fairchild, A. (2010). The integration of a family systems approach for understanding youth obesity, physical activity, and dietary programs. *Clinical child and family psychology review*, 13(3), 231-253.
- Li, L., Zhang, S., Huang, Y., & Chen, K. (2017). Sleep duration and obesity in children: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of paediatrics and child health*, 53(4), 378-385.
- Lopes C., Torres D., Oliveira A., Severo M., Alarcão V., Guiomar S., ... Ramos, E. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF), 2015-2016. Parte II*. [versão 1.5 Setembro, 2017 (versão revista)]. Porto, 2017.
- Lundahl, A., Kidwell, K. M., & Nelson, T. D. (2014). Parental underestimates of child weight: a meta-analysis. *Pediatrics*, peds-2013.
- Lundstedt, G., Edlund, B., Engström, I., Thurfjell, B., & Marcus, C. (2006). Eating disorder traits in obese children and adolescents. *Eating and weight disorders: EWD*, 11(1), 45-50.
- Maes, H. H., Neale, M. C., & Eaves, L. J. (1997). Genetic and environmental factors in relative body weight and human adiposity. *Behavior genetics*, 27(4), 325-351.
- Martínez-Vizcaíno, V., Solera-Martínez, M., Cervero-Redondo, I., García-Prieto, J. C., Arias-Palencia, N., Notario-Pacheco, B., ... & Sánchez-López, M. (2015). Association between parental socioeconomic status with underweight and obesity in children from two Spanish birth cohorts: a changing relationship. *BMC public health*, 15(1), 1276.
- Matricciani, L., Olds, T., & Petkov, J. (2012). In search of lost sleep: secular trends in the sleep time of school-aged children and adolescents. *Sleep medicine reviews*, 16(3), 203-211.
- Matsudo, V. K. R., de Moraes Ferrari, G. L., Araújo, T. L., Oliveira, L. C., Mire, E., Barreira, T. V., ... & Katzmarzyk, P. (2016). Indicadores de nível socioeconômico, atividade física e sobrepeso/obesidade em crianças brasileiras. *Revista Paulista de Pediatria*, 34(2), 162-170.
- McFarlane, A. H., Bellissimo, A., & Norman, G. R. (1995). Family Structure, Family Functioning and Adolescent Well-Being: the Transcendent Influence of Parental Style. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(5), 847-864.
- McWhorter, J. W., Wallmann, H. W., & Alpert, P. T. (2003). The obese child: Motivation as a tool for exercise. *Journal of Pediatric Health Care*, 17(1), 11-17.
- Mendelson, B.K, White, D. R., Schliecker, E. (1995). Adolescents weigh sex family functioning. *International Journal of Eating Disorders*, 17 (1), 73-79.

- Mela, D. J., & Rogers, P. J. (1998). Genetics of obesity and energy balance *Food, Eating and Obesity The psychobiological basis of appetite and weight control* (pp. 62-73). London: Chapman & Hall.
- Mellor, D., Renzaho, A., Swinburn, B., Green, J., & Richardson, B. (2012). Aspects of parenting and family functioning associated with obesity in adolescent refugees and migrants from African backgrounds living in Australia. *Australian and New Zealand journal of public health, 36*(4), 317-324.
- Moens, E., Braet, C., Bosmans, G., & Rosseel, Y. (2009). Unfavourable family characteristics and their associations with childhood obesity: A cross-sectional study. *European Eating Disorders Review, 17*(4), 315-323.
- Moglia, P. P., & Dill, K. M. (2016). Childhood obesity. *Magill'S Medical Guide (Online Edition)*.
- Mogoi, M., Paul, C., Ilie, C., Fratila, A., & Velea, I. (2015). The dynamic of obesity epidemiology and risk factors involved in the development of child obesity in a group of children from Timis county. *Jurnalul Pediatrului, 18*.
- Molle, R., Fatemi, H., Dagher, A., Levitan, R. D., Silveira, P. P., & Dubé, L. (2017). Gene and environment interaction: Is the differential susceptibility hypothesis relevant for obesity? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 73*, 326-339.
- Moschonis, G., de Lauzon-Guillain, B., Jones, L., Oliveira, A., Lambrinou, C. P., Damianidi, L., ... & Charles, M. A. (2017). The effect of early feeding practices on growth indices and obesity at preschool children from four European countries and UK schoolchildren and adolescents. *European journal of pediatrics, 176*(9), 1181-1192.
- Muthuri, S. K., Onywera, V. O., Tremblay, M. S., Broyles, S. T., Chaput, J. P., Fogelholm, M., ... & Maher, C. (2016). Relationships between parental education and overweight with childhood overweight and physical activity in 9–11 year old children: results from a 12-country study. *PloS one, 11*(8), e0147746.
- Neves, P. M. J., Torcato, A. C., Urquieta, A. S., & Kleiner, A. (2010). Importância do tratamento e prevenção da obesidade infantil. *Educação Física em Revista, 4*(2).
- Neto, M., Pimentel, J.P, Tavares, A., Araújo F.O., & Guerreiro, A.C. (2016). Perfil Local de Saúde 2016 ACeS Central. Disponível via Administrações Regionais de Saúde (ARS) em: http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/PLS2015_A50.pdf
- Ogden, J. E. (2004). *Psicologia da saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Oldroyd, J., Renzaho, A., & Skouteris, H. (2011). Low and high birth weight as risk factors for obesity among 4 to 5-year-old Australian children: does gender matter?. *European journal of pediatrics, 170*(7), 899-906.
- Owen, C. G., Martin, R. M., Whincup, P. H., Smith, G. D., & Cook, D. G. (2005). Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. *Pediatrics, 115*(5), 1367-1377.
- Patrick, H., & Nicklas, T. A. (2005). A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *Journal of the American College of Nutrition, 24*(2), 83-92.
- Pereira, M.G. & Silva, N.S. (1998). Family Assessment Device. Versão Experimental. Braga: Universidade do Minho.
- Peyer, K. L., Welk, G., Bailey-Davis, L., Yang, S., & Kim, J. K. (2015). Factors associated with parent concern for child weight and parenting behaviors. *Childhood Obesity, 11*(3), 269-274.

- Poeta, L. S., Duarte, M. D. F. D. S., & Giuliano, I. D. C. B. (2010). Qualidade de vida relacionada à saúde de crianças obesas. *Rev Assoc Med Bras*, 56(2), 168-72.
- Reilly, J. J., & Kelly, J. (2011). Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *International journal of obesity*, 35(7), 891-898.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família* (2ª.ed.) Porto: Edições Afrontamento.
- Renman, C., Engström, I., Silfverdal, S. A., & Åman, J. (1999). Mental health and psychosocial characteristics in adolescent obesity: a population-based case-control study. *Acta Paediatrica*, 88(9), 998-1003.
- Rennie, K. L., Johnson, L., & Jebb, S. A. (2005). Behavioural determinants of obesity. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 19(3), 343-358.
- Renzaho, A. M., Dau, A., Cyril, S., & Ayala, G. X. (2014). The influence of family functioning on the consumption of unhealthy foods and beverages among 1-to 12-y-old children in Victoria, Australia. *Nutrition*, 30(9), 1028-1033.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Psicologia e Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Placebo Editora.
- Rito, A. I., Cruz, R., Baleia, J., & Vieira, I. (2016). História familiar de diabetes e outras co-morbilidades em crianças portuguesas com excesso de peso e obesidade: COSI Portugal 2013. *Boletim Epidemiológico Observações*, 5, 6-8.
- Rito, A., & Graça, P. (2015). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2013.
- Ryan, C., Epstein, N., Keitner, G., Miller, I., & Bishop, D. (2005). *Evaluating and Treating Families: The McMaster Approach*. New York: Routledge.
- Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, A. K., Sofi, N. Y., Kumar, R., & Bhadoria, A. S. (2015). Childhood obesity: causes and consequences. *Journal of family medicine and primary care*, 4(2), 187.
- Satter, E. (1986). Childhood eating disorders. *American Dietetic Association*, 86, 357-361.
- Schmeer, K. K. (2012). Family structure and obesity in early childhood. *Social Science Research*, 41(4), 820-832.
- Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M., & Varni, J. W. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *Jama*, 289(14), 1813-1819.
- Shrewsbury, V., & Wardle, J. (2008). Socioeconomic status and adiposity in childhood: a systematic review of cross-sectional studies 1990–2005. *Obesity*, 16(2), 275-284.
- Sousa, P. M. L. (2008). Body-image and obesity in adolescence: a comparative study of social-demographic, psychological, and behavioral aspects. *The Spanish journal of psychology*, 11(02), 551-563.
- Strauss, R. (1999). Childhood obesity. *Current problems in pediatrics*, 29(1), 5-29.
- Taras, H., & Potts-Datema, W. (2005). Obesity and student performance at school. *Journal of School Health*, 75(8), 291-295.
- Turner, H. M., Rose, K. S., & Cooper, M. J. (2005). Schema and parental bonding in overweight and nonoverweight female adolescents. *International Journal of Obesity*, 29(4), 381-387.
- Vandelanotte, C., Sugiyama, T., Gardiner, P., & Owen, N. (2009). Associations of leisure-time internet and computer use with overweight and obesity, physical activity and sedentary behaviors: cross-sectional study. *Journal of medical Internet research*, 11(3).
- Videon, T. M., & Manning, C. K. (2003). Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. *Journal of adolescent health*, 32(5), 365-373.

- Walker R, Shepherd C. (2008).yan Strengthening Aboriginal family functioning: What works and why? AFRC Briefing No. 7. Published by Australian Institute of Family Studies. Disponivel em: <http://www.aifs.gov.au/afrc/pubs/briefing/briefing7.html>
- Wang, Y., & Zhang, Q. (2006). Are American children and adolescents of low socioeconomic status at increased risk of obesity? Changes in the association between overweight and family income between 1971 and 2002. *The American journal of clinical nutrition*, 84(4), 707-716.
- Wen, M., Simpson, J. M., Baur, L. A., Rissel, C., & Flood, V. M. (2011). Family functioning and obesity risk behaviors: implications for early obesity intervention. *Obesity*, 19(6), 1252-1258.
- World Health Organization. (2010). Global recommendations on physical activity for health.
- World Health Organization. (2013). Nutrition, Physical Activity and Obesity: Portugal. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/243318/Portugal-WHO-Country-Profile.pdf
- World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems* (Vol. 10). World Health Organization.
- World Health Organization. (2018)¹. Obesity and Overweight. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- World Health Organization. (2018)². The WHO Child Growth Standards. Retrieved from <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>
- World Health Organization. (2017)¹. Breastfeeding. Retrieved from <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>
- World Health Organization. (2017)². Infant and young child feeding. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/>
- World Health Organization. (2017)³. Preterm birth. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
- Wrotniak, B. H., Epstein, L. H., Paluch, R. A., & Roemmich, J. N. (2004). Parent weight change as a predictor of child weight change in family-based behavioral obesity treatment. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 158(4), 342-347.
- Wu, Y., Gong, Q., Zou, Z., Li, H., & Zhang, X. (2017). Short sleep duration and obesity among children: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Obesity research & clinical practice*, 11(2), 140-150.
- Yan, J., Liu, L., Zhu, Y., Huang, G., & Wang, P., P. (2014) The association between breastfeeding and childhood obesity: a meta-analysis. *BMC Public Health*, 14(1267).
- Yelick, A. (2017). The Effects of Family Structure on Consumption and Exercise Patterns for Adolescent Youth. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 34(4), 381-395.
- Zametkin, A. J., Zoon, C. K., Klein, H. W., & Munson, S. (2004). Psychiatric aspects of child and adolescent obesity. *Focus*.
- Zeller, M. H., Reiter-Purtill, J., Modi, A. C., Gutzwiller, J., Vannatta, K., & Davies, W. (2007). Controlled study of critical parent and family factors in the obesigenic environment. *Obesity*, 15(1), 126-126.
- Zubrick S., Silburn S.R., Lawrence D., Mitrou F.G., Dalby R.B., Blair E., ... Li J. (2005). The Western Australian Aboriginal Child Health Survey: The Social and

Emotional Wellbeing of Aboriginal Children and Young People. Perth: Curtin University of Technology and Telethon Institute for Child Health Research.

Anexos

Anexo 1

Consentimento Informado

Consentimento Informado

O meu nome é Adriana Costa e encontro-me a realizar uma investigação no âmbito da minha dissertação de mestrado do curso de Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade do Algarve sob a orientação da Prof.^a Doutora Cláudia Carmo.

O presente estudo tem como objetivo compreender o funcionamento familiar das crianças seguidas por este serviço.

De forma a colaborar neste estudo, pedimos a um dos pais (pai/ mãe) ou ao responsável pela criança que responda a um breve questionário sobre a família.

Depois de preenchido, este documento deverá ser depositado numa caixa junto à secretaria da Pediatria. Obrigada!

A sua participação é voluntária e de extrema importância para a compreensão do funcionamento familiar na obesidade. Importa referir que os dados recolhidos serão utilizados de forma estritamente confidencial e utilizados apenas para fins de investigação.

Eu, _____ declaro
que tomei conhecimento das informações acima descritas e aceito participar nesta
investigação.

Assinatura do Participante

Anexo 2

Questionário de caracterização sociodemográfico, fisiológico e axiológico.

QUESTIONÁRIO

CONSULTA DE OBESIDADE E DISLIPIDÉMIA INFANTIL (CODI)

Este questionário foi elaborado com o objetivo de conhecer melhor a realidade das crianças/jovens que vivem a Obesidade e assim caracterizar a população da CODI.

Deve ser preenchido pelo adulto responsável da criança/jovem, que o acompanha habitualmente às consultas. Pode ser preenchido em sala de espera, mas deve ser preenchido individualmente. Os dados são confidenciais e serão rigorosamente respeitados. Assinale apenas uma resposta para cada afirmação. Seja sincero(a) e espontâneo(a), sem se preocupar com repetições ou contradições. Não há respostas certas ou erradas, a resposta adequada será aquela que melhor descrever o que pensa e sente em relação a cada assunto.

Dados Sociodemográficos

Data de hoje: __/__/____ DN da criança: __/__/____ Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
Ano Escolar: _____ Aproveitamento escolar: Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Com quem vive a criança? _____ _____
Pai: Idade: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____ Ativo/Desemprego
Mãe: Idade: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____ A tivo/Desemprego
Rendimento anual do agregado familiar: Até 7000€ <input type="checkbox"/> 7000€-20.000€ <input type="checkbox"/> 20.000€-40.000€ <input type="checkbox"/> 40.000€-80.000€ <input type="checkbox"/> +80 000€
Há quanto tempo a criança é acompanhada na consulta de Obesidade Infantil? Primeira Consulta <input type="checkbox"/> Há menos de 3 meses <input type="checkbox"/> Entre 3 e 6 Meses <input type="checkbox"/> Entre 6 meses e 1 ano <input type="checkbox"/> Há mais de 1 ano
Quem, habitualmente, acompanha a criança/jovem à consulta? _____
Questionário preenchido por: Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> _____

Desenvolvimento da Criança/Jovem

Na gravidez, quantos quilos aumentou a mãe de peso? Menos de 9 Kg 9-12Kg Mais de 12Kg

A criança nasceu com quantas-semanas de gravidez? _____ semanas

À nascença a criança tinha: Peso: _____ g; Comprimento: _____ cm

Fez aleitamento materno? Não Sim Quanto tempo? _____ meses

A criança/jovem: Dorme bem Dorme pouco Dorme mal

Quantas horas dorme a criança por noite? _____ horas

A criança tem alguma patologia ou doença? Não Sim Qual? _____

Existe alguma doença ou patologia na família? Não Sim Qual? _____

Algum membro da família com obesidade? Não Sim Qual? _____

O que é para si a obesidade?

Porque razão considera que a criança é seguida na consulta de nutrição?

Quem, na vossa família, considera que a criança/jovem tem obesidade?

Ninguém Criança/Jovem Irmãos Mãe Pai Avós maternos Avós paternos

Na sua opinião, porquê que a criança/jovem tem obesidade (pode assinalar mais do que uma opção)?

Porque come muito	<input type="checkbox"/>
Porque come alimentos de má qualidade (sumos, <i>fast food</i> , entre outros)	<input type="checkbox"/>
Porque toma/tomou medicação	<input type="checkbox"/>
Porque fez uma intervenção cirúrgica	<input type="checkbox"/>
Porque tem falta de exercício físico	<input type="checkbox"/>
Por causa da tristeza/depressão	<input type="checkbox"/>
Porque é preguiçoso	<input type="checkbox"/>
Porque é a sua constituição física	<input type="checkbox"/>
Porque a família também é assim	<input type="checkbox"/>

Outra _____

Quem, na vossa família, considera que a criança/jovem precisa de perder peso?

Ninguém Criança/Jovem Irmãos Mãe Pai Avós maternos Avós paternos

Onde almoça habitualmente a criança? _____

Onde janta habitualmente a criança? _____

Acha que há necessidade de alterar os hábitos alimentares da criança/jovem? Sim Não

Quem, na família, faz dieta?

Ninguém Algum Irmão Mãe Pai Avós maternos Avós paternos Outros _____

Quem, na família, lhe parece estar disponível para mudar os seus próprios hábitos alimentares e assim ajudar a criança/jovem neste processo?

Ninguém Algum Irmão Mãe Pai Avós maternos Avós paternos Outros _____

A que nível considera que a criança/jovem está motivada para a mudança de hábitos alimentares:

Muito motivado

6
<input type="checkbox"/>

5
<input type="checkbox"/>

4
<input type="checkbox"/>

3
<input type="checkbox"/>

2
<input type="checkbox"/>

1
<input type="checkbox"/>

 Pouco motivado

Como se sente quando tem que limitar a alimentação da criança/jovem (por exemplo proibi-lo de comer qualquer coisa)?

E como é que a criança/jovem reage à limitação alimentar

Quando começou a dar-lhe os primeiros alimentos, era fácil de alimentar/tinha apetite?

Sim Não Se não, que estratégia usava para lhe dar de comer? _____

Quantas vezes por semana a criança pratica exercício físico? _____

Quanto tempo dura cada sessão de exercício físico?

Menos de 30 min Entre 30 min a 1 hora Mais do que uma hora

Como é que a criança se desloca para a escola habitualmente?

A pé Bicicleta Autocarro Carro Motorizada Outros

Quanto tempo demora a criança a chegar de casa à escola? _____ minutos.

Acha que há necessidade de alterar os hábitos de exercício físico da criança/jovem? Sim Não

Quanto tempo, por dia, a criança está exposta a ecrãs (no total - TV, tablet, computador, telemóvel)? _____ horas.

Há quanto tempo é acompanhado na consulta de nutrição?

É a primeira consulta Há menos de 6 meses Entre 6 e 12 meses Há mais de 1 ano

Considera necessário haver apoio psicológico para a criança? Sim Não

Porquê?

Considera necessário haver apoio psicológico para a família? Sim Não

Porquê?

ATENÇÃO: Verifique, por favor, se respondeu a todas as questões e deixe o questionário a caixa presente no secretariado da Pediatria.

Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração!

Anexo 3

Inventário de Avaliação Familiar (Epstein et al., 1983)

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR, (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983).

As próximas páginas contêm afirmações sobre famílias. Por favor leia cada afirmação cuidadosamente e decida o quanto ela descreve a sua família.

Para cada afirmação há quatro respostas possíveis:

Concordo fortemente	A afirmação descreve fortemente a sua família.
Concordo	A afirmação descreve a sua família na maior parte das vezes.
Discordo	A afirmação não descreve a sua família na maior parte das vezes
Discordo fortemente	A afirmação não descreve a sua família.

Tente não pensar muito tempo sobre cada afirmação, responda tão rapidamente e tão honestamente quanto possível. Se tiver dúvidas sobre alguma resposta, responda com a sua primeira reação.

		Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
1	Planear atividades de família é difícil porque não nos compreendemos uns aos outros.				
2	Resolvemos a maior parte dos problemas diários em família.				
3	Quando alguém está aborrecido os outros sabem o porquê.				
4	Quando pedimos a alguém para fazer alguma coisa, tem que verificar se foi feita.				
5	Se alguém está com um problema, os outros ficam demasiado envolvidos.				
6	Em situações de crise podemos procurar apoio uns nos outros.				
7	Não sabemos o que fazer numa situação de emergência.				
8	Às vezes não conseguimos as coisas que necessitamos.				
9	Somos relutantes para mostrar afetos uns pelos				

	outros.				
10	Certificamo-nos que os membros da família cumprem as suas responsabilidades familiares.				
11	Não podemos falar uns com os outros sobre a tristeza que sentimos.				
12	Geralmente tomamos decisões considerando os problemas.				
13	Só obtemos o interesse dos outros quando algo é importante para eles.				
14	Não podemos dizer como uma pessoa está a sentir-se a partir do que está a dizer.				
15	As tarefas da família não são distribuídas adequadamente.				
16	Os indivíduos são aceites pelo que são.				
17	Podemos facilmente escapar se desrespeitarmos as regras.				
18	As pessoas dizem a verdade cara a cara em vez de insinuá-las.				
19	Alguns de nós simplesmente não reagem de forma emocional.				
20	Sabemos o que fazer numa emergência.				
21	Evitamos discutir os nossos medos e preocupações.				
22	É difícil falar uns com os outros sobre sentimentos delicados.				
23	Temos dificuldades para pagar as nossas contas.				
24	Depois da nossa família tentar resolver um problema, nós geralmente discutimos se funcionou ou não.				
25	Somos muito centrados em nós mesmos.				
26	Podemos exprimir sentimentos uns aos outros.				
27	Não temos expectativas claras sobre hábitos de higiene.				

28	Não mostramos afeto uns pelos outros.				
29	Falamos com as pessoas diretamente ao invés de conversas indiretas.				
30	Cada um de nós tem deveres e responsabilidades específicos.				
31	Existem muitos sentimentos maus na família.				
32	Temos regras sobre bater nas pessoas.				
33	Envolvemo-nos uns com os outros só quando algo nos interessa.				
34	Há pouco tempo para explorar interesses pessoais.				
35	Frequentemente não dizemos o que queremos dizer.				
36	Sentimo-nos aceites pelo que somos.				
37	Mostramos interesse uns pelos outros quando podemos extrair algo para nós.				
38	Resolvemos a maioria dos problemas emocionais que surgem.				
39	O afeto fica em segundo lugar na nossa família.				
40	Discutimos quem deve fazer as tarefas da casa.				
41	Tomar decisões é um problema para a nossa família.				
42	A nossa família mostra interesse mútuo só quando pode obter algo com isso.				
43	Somos sinceros uns com os outros.				
44	Não nos prendemos a nenhuma regra ou padrão.				
45	Se pedirmos às pessoas para fazerem algo, elas precisam de ser lembradas.				
46	Somos capazes de tomar decisões sobre como solucionar problemas.				
47	Se não se cumprem as regras, não sabemos o que pode vir a acontecer.				
48	Tudo pode acontecer na nossa família.				

49	Expressamos afeto.				
50	Enfrentamos os problemas que envolvem sentimentos.				
51	Não nos damos todos bem.				
52	Não falamos uns com os outros quando estamos zangados.				
53	Geralmente não estamos satisfeitos com as obrigações que temos na família.				
54	Mesmo que com boas intenções, nós intrometemo-nos demais nas vidas uns dos outros.				
55	Há regras sobre situações perigosas.				
56	Confiamos uns nos outros.				
57	Choramos abertamente.				
58	Não temos um suporte familiar razoável.				
59	Quando não gostamos do que alguém fez, nós dizemos-lhe.				
60	Tentamos pensar sobre várias maneiras para resolver os problemas.				

Por favor, certifique-se que respondeu a todas as afirmações!