

EFEITOS DA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA COMPETÊNCIA SOCIAL DE ADOLESCENTES OBESOS

Graziela Sapienza¹✉, Teresa Schoen² & Mauro Fisberg²

¹Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Departamento de Psicologia, Curitiba (PR), Brasil; ²Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Pediatria, São Paulo (SP), Brasil.

RESUMO- Adolescentes obesos têm dificuldades no engajamento em atividades físicas, na conscientização acerca dos problemas e consequências da obesidade e apresentam problemas psicológicos que prejudicam a competência social. Esse artigo descreve os efeitos de intervenção psicológica, concomitante à orientação de pais, na competência social e na redução do IMC de adolescentes obesos que participaram de um programa de intervenção multidisciplinar (psicológica, nutricional e física) para controle e redução de peso. Participaram 39 adolescentes separados em três grupos de intervenção: grupo experimental completo (intervenção psicológica com adolescentes e pais) – G1, grupo experimental simples (intervenção psicológica com os pais) – G2 e grupo controle (sem intervenção psicológica) – G3. Os adolescentes dos três grupos praticavam atividade física e tiveram orientação nutricional. Foram realizadas avaliação antropométrica e avaliação de competência social. Nove meses após intervenção, adolescentes de todos os grupos tornaram-se mais socialmente competentes segundo os pais, mas os do G2 apresentaram uma percentagem maior de mudança (33%, $n=5$). A intervenção psicológica voltada ao desenvolvimento da competência social trouxe benefícios para os adolescentes que participaram do programa para prevenção e tratamento da obesidade, pois influencia positivamente na aprendizagem de habilidades importantes para o funcionamento social, para a adesão às atividades do programa e para a manutenção dos resultados após um ano de tratamento. Os pais devem ser incluídos nas ações do programa de tratamento.

Palavras-chave - Adolescência, Obesidade, Intervenção psicológica, Competência social, Habilidades sociais.

EFFECTS OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTION ON SOCIAL COMPETENCE OF OBESE ADOLESCENTS

ABSTRACT- Obese adolescents have difficulties engaging in physical activities, becoming aware of the problems and consequences concerning obesity, as well as present psychological issues that harm social competence. The purpose of this study was to examine the effects of a psychological intervention, concomitant to parents counseling, in social competence and in the reduction of BMI of adolescents who participated a program of multidisciplinary intervention (psychological, nutritional and physical) for weight loss. 39 adolescents separated in 3 intervention groups: Complete experimental group (psychological intervention with adolescents and parents) – G1, Simple experimental group

✉ Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Departamento de Psicologia, Curitiba (PR), Brasil. Rua Itupava, 509 – apartamento 36, Curitiba, PR, Brasil, CEP 80040-134. Telef. 41-88370976/41-30245082. E-mail: graziela_sapienza@yahoo.com.br

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM ADOLESCENTES OBESOS

(psychological intervention with the parents) – G2 and control group (not having psychological intervention) – G3. All adolescents from the three groups practiced physical activities and had nutritional orientation. Anthropometric and nutritional evaluations were performed. Nine months after the intervention, adolescents from all groups have become more socially competent according to the parents, however those from G2 presented a higher percentage of alteration (33%, $n=5$). The psychological intervention focused on the development of social competence benefited the adolescents who attended programs for prevention and treatment of obesity, thus it influences positively the learning of important skills toward the social functioning, the adherence to the program activities and the maintenance of results after a year of treatment. Parent must be included in the actions of the treatment program.

Key- words - Adolescence, Obesity, Psychological intervention, Social Competence, Social Skills.

Recebido em 01 de Julho de 2014/ Aceite em 09 de Setembro de 2014

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998) considera a obesidade uma epidemia mundial e um grande problema de saúde pública. A estimativa mundial da International Obesity Task force- IOTF é de que até 2005 havia 155 milhões de escolares acima do peso, considerando sobrepeso e obesidade e, cinco anos depois, seriam mais de 200 milhões (IOTF, 2010). A maior prevalência ainda está em países desenvolvidos, mas no Brasil também se verifica uma tendência ao aumento da obesidade em crianças e adolescentes de 4,1% para 13,9% no período entre 1975 e 1997 (Wang, Monteiro, & Popkin, 2002). Essa prevalência aumentou mais entre as meninas do que entre os meninos: eram 10-14,9% de obesos (meninos e meninas) entre 1990 e 1999 e hoje essa percentagem está entre 15-19,9% para os meninos e 20-24,9% para as meninas (IOTF, 2010).

A variabilidade de fatores etiológicos torna difícil o tratamento e o controle do excesso de peso. Programas de tratamento para obesidade devem envolver profissionais de diferentes especialidades (Braga, Molina, & Cade, 2007), tornando mais prováveis as mudanças nos hábitos alimentares e de vida dos adolescentes e de sua família, o engajamento em atividades físicas, a conscientização acerca dos problemas e consequências da obesidade, a redução de problemas psicológicos e a aprendizagem de habilidades importantes para o funcionamento social. Dificuldades na competência social, envolvendo autoestima, autoconceito e autocontrole, estão entre os principais fatores psicológicos que interferem no tratamento da obesidade. Falhas nessas habilidades levam à desistência do tratamento (Niet, Timman, Jongejan, Passchier, & Akker, 2011) e influenciam negativamente na escolha de um estilo de vida saudável e na adesão às orientações médicas e nutricionais.

Programas multiprofissionais que incluem ações no âmbito da psicologia, especialmente para desenvolvimento de componentes da competência social têm aumentado e mostram benefícios (Meyer & Barbosa, 2010; Walpole, Dettmer, Morrongiello, McCrindle, & Hamilton, 2011). Adolescentes obesos que participaram de tratamento para obesidade que incluía intervenção psicológica reduziram o peso e os problemas de comportamento e aumentaram o nível de competência social (Meyer & Barbosa, 2010; Niet, Timman, Rokx, et al., 2011). Em

um programa de tratamento que desenvolveu autocontrole, os adolescentes estabeleceram um padrão mais adequado na escolha de alimentos e de atividades físicas (Riggs, Sakuma, & Pentz, 2007). A percepção de bem-estar dos adolescentes obesos aumenta em consequência do aprimoramento da competência social e contribui para a manutenção dos resultados na redução do índice de massa corporal (IMC) por pelo menos um ano após o tratamento, principalmente entre aqueles que mantiveram maior escore de competência social nesse período (Gunnarsdottir, Njardvik, Olafsdottir, Craighead, & Bjarnason, 2012; Niet, Timman, Rokx, et al., 2011).

Este trabalho apresenta alguns efeitos de intervenção psicológica de abordagem comportamental, com foco no treino de habilidades sociais, na competência social e na redução do IMC de adolescentes obesos que participam de um programa multiprofissional para controle de peso.

MÉTODO

Trata-se de um estudo longitudinal aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP/Unifesp 0406/10).

Participantes

Participaram desse estudo 39 adolescentes que procuraram tratamento para obesidade em uma clínica-escola da cidade de Curitiba, no Paraná (Brasil). Esses adolescentes chegaram através de procura espontânea ao Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Paraná (UFPR) ou por encaminhamento pelas escolas públicas e Unidades Básicas de Saúde da cidade de Curitiba (Paraná).

Todos os inscritos atenderam aos seguintes *critérios de inclusão*: IMC superior ao percentil 95 para a faixa etária caracterizando obesidade de acordo com as curvas do *Center for Disease Control and Prevention/National Center for Health Statistic* - CDC/NCHS (CDC, 2000); idade entre 10 e 19 anos; e disponibilidade para participar de todas as atividades do programa. Entre os critérios de exclusão estavam presença de transtornos psicológicos; uso de medicamentos que pudessem interferir nas variáveis estudadas; bem como dificuldades físicas que impediam o desenvolvimento de todas as atividades, como cadeirantes. Nenhum adolescente foi excluído pelos critérios de exclusão.

Os 39 adolescentes foram separados randomicamente para um dos três grupos de intervenção (G1, G2 e G3) através de números aleatórios fornecidos por um programa de computador, o que gerou diferenças no número de integrantes dos grupos, sendo: G1 - grupo experimental completo ($n=13$), G2 - grupo experimental simples ($n=15$) e G3 - grupo controle ($n=11$). As atividades dos grupos são descritas em procedimentos.

Material

a) Avaliação antropométrica foi realizada por médico através da aferição de peso e estatura. O IMC foi calculado como massa corporal em quilos dividido pela estatura em metro elevada

ao quadrado (kg/m^2). A classificação do estado nutricional foi feita de acordo com os critérios propostos pelo CDC/NCHS (2000). Também foi calculado o percentual de adequação do IMC em relação ao percentil 95 para definição do índice de obesidade usado como critério de inclusão ao programa. Utilizou-se o critério do CDC por ser este o usado pelos pesquisadores do Departamento de Educação Física da UFPR e verificou-se que não haveria diferenças no número de participantes de acordo com a curva da WHO (2007).

b) Avaliação da competência social: o Child Behavior Checklist – CBCL (Achenbach & Rescorla, 2001) foi respondido pelos pais. Nesse inventário, a competência social é medida através de 20 itens que investigam a participação dos adolescentes em atividades (esportes, brincadeiras, jogos, passatempos, trabalhos e tarefas), em organizações (clubes e times), seu relacionamento (família e amigos), independência para brincar e realizar tarefas e se divertir. Essas áreas juntas fornecem um escore de Total de Competência Social.

Procedimento

Antes do início das intervenções os adolescentes passaram por avaliação médica, nutricional e psicológica, incluindo a avaliação antropométrica, exames laboratoriais, cardiológicos, aplicação de inventários comportamentais e registros de alimentação e de prática de atividades físicas. Os pais também responderam a alguns inventários. Mas somente os dados dos instrumentos descritos foram utilizados neste trabalho. Os pais dos adolescentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os adolescentes assinaram o Termo de Assentimento.

Todas as atividades de intervenção foram realizadas em grupo e duraram três meses consecutivos (de abril a junho de 2010). Foram formados três grupos (G1, G2 e G3) com igual duração e atividades para as orientações nutricionais (60 minutos cada sessão) e para as sessões atividades físicas (90 minutos semanais, três vezes por semana). O que variava entre eles era a presença de intervenção psicológica que, quando presente, foi realizada com duração de 60 minutos cada encontro. Abaixo as descrições dos grupos de intervenção.

- G1 – Grupo experimental completo ($n=13$). Incluiu 20 encontros com os adolescentes divididos em 16 para intervenção psicológica (duas vezes por semana) e quatro mensais para orientações nutricionais; nove encontros com os pais, sendo seis quinzenais com psicóloga, dois encontros com nutricionista (um no início e outro após 30 dias) e um encontro com educador físico na primeira semana de intervenção, além de 36 sessões de exercício físico (caminhada e bike indoor) para os adolescentes, realizados três vezes por semana.

- G2 – Grupo experimental simples ($n=15$): quatro encontros mensais com os adolescentes para orientações nutricionais, nove encontros com os pais (seis quinzenais com psicóloga, dois com nutricionista e um com educador físico) e 36 sessões de exercício físico para os adolescentes.

- G3 – Grupo controle ($n=11$): sem intervenções psicológicas, apenas os encontros com nutricionista e com educador físico para os adolescentes e seus pais e as sessões de exercício físico para os adolescentes.

Na intervenção psicológica, com fundamentação na Análise do Comportamento, utilizou-se treino de habilidades sociais, com atividades vivenciais e troca de papéis para a aprendizagem ou o aprimoramento de habilidades como autocontrole, assertividade e resolução de problemas,

procurando desenvolver a competência social. Trabalhou-se, também, a autovalorização (autoestima e autoeficácia). Esses temas foram trabalhados sempre em relação à alimentação, mas incluindo também situações do dia-a-dia.

A orientação de pais foi igual para os pais do G1 e G2 e teve como objetivo ensinar a prover condições antecedentes e reforçadoras de comportamentos socialmente aceitos para seus filhos, além de discutir formas positivas de estabelecer regras e limites em relação à alimentação e a outras questões do dia-a-dia.

A orientação nutricional para adolescentes e pais foi realizada por nutricionista e incluiu informações com material ilustrativo adequado à idade, mostrando os grupos alimentares e identificando aqueles que devem ser incluídos ou evitados pelo alto teor calórico. As orientações foram iguais para os três grupos de intervenção.

A orientação com o educador físico para os pais incluiu informações sobre a importância da prática de exercícios físicos para a perda de peso e para a saúde geral, além de dicas de atividades e jogos para que incentivem seus filhos. Essas orientações foram as mesmas para os três grupos de intervenção.

Todos os procedimentos de avaliação para os adolescentes e seus pais foram aplicados antes da intervenção (março de 2010) e nove meses após o final da intervenção (março de 2011), caracterizando um ano de acompanhamento. Em algumas situações, foram necessários diversos contatos por telefone ou mesmo visitas em domicílio para coletar os dados de acompanhamento dos participantes.

Para análise dos dados, as respostas do CBCL foram cadastradas em software específico, o Assessment Data Manager (ADM) versão 3.20, desenvolvido por Achenbach e Rescorla (2001) e que fornece os T scores para a competência social. Os dados foram analisados quantitativamente utilizando a ANOVA e, quando necessário, a Comparação Múltipla de *Tukey* para comparar os três grupos no Pós-intervenção (nove meses após a intervenção) em relação à Pré-avaliação com procedimentos estatísticos realizados através dos programas *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 16, Minitab 15 e Excel Office 2007. O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

Os grupos foram considerados homogêneos em relação ao sexo (percentagem de meninos – G1: 46,2%; G2: 53,3%; G3: 45,5%; $p=0,78$), faixa etária (média de idade – G1: 11,8 anos; G2: 11,9 anos; G3: 11,7 anos; $p=0,91$), IMC (Quadro 1) e competência social medida pelo CBCL (score T médio - G1: 34,2; G2: 31,3; G3: 35,7; $p=0,26$) ao início do estudo. A caracterização detalhada dos participantes pode ser encontrada em Sapienza, Schoen, Fisberg, Milano e Leite (2011).

O quadro 1 apresenta o total de competência social, medido pelo CBCL, e o IMC em cada grupo, comparando dados da pré-avaliação com dados pós-intervenção (09 meses após o término da intervenção).

Quadro 1.

Total de competência social, medidos pelo CBCL, e IMC nos tempos pré-intervenção e pós-intervenção em cada grupo.

	Pré-intervenção		Pós-intervenção		Ganho	
	Média (DP)	<i>p</i>	Média (DP)	<i>p</i>	Média	<i>p</i>
Índice de Massa Corporal						
G1	29,9 (3,5)	0,99	27,0 (3,5)	0,33	-2,84	<0,001
G2	29,9 (3,2)		28,1 (3,0)		-1,76	
G3	29,8 (3,8)		29,1 (3,8)		-0,69	
CBCL - Total de Competência Social						
G1	34,2 (7,4)	0,26	41,2 (4,1)	0,06	7,00	<0,05
G2	31,3 (6,2)		38,8 (4,2)		7,47	
G3	35,7 (7,3)		36,7 (5,0)		1,00	

Mudanças no Índice de Massa Corporal (IMC)

Após nove meses da intervenção, mais adolescentes dos grupos G1 e G2 reduziram ou mantiveram o IMC comparando com dados iniciais (pré-intervenção), sendo 94% ($n=12$) e 80% ($n=12$), respectivamente. Apenas 36% ($n=4$) dos adolescentes do G3 reduziram ou mantiveram o IMC abaixo do inicial.

Verificou-se que cinco adolescentes do grupo de intervenção completa (G1) reduziram o percentil para IMC de acordo com a idade (CDC, 2000) e foram reclassificados na faixa “excesso de peso” (percentil ≥ 85 e < 95). Entre os adolescentes que participaram do grupo com intervenção psicológica apenas para os pais (G2), somente três reduziram a faixa de percentil para “excesso de peso” e nenhum adolescente do grupo sem intervenção psicológica (G3) reduziu a faixa de percentil de “obeso” para “excesso de peso”.

Mudanças na percepção dos pais (CBCL)

O número de adolescentes cuja competência social foi classificada pelos pais como clínica (o adolescente apresenta muitos problemas nesta área) reduziu em todos os grupos após nove meses de intervenção. Entretanto, diferente do esperado, G2 apresentou uma percentagem maior de mudança: 33% ($n=5$) dos adolescentes passaram a serem percebidos pelos pais como mais socialmente competentes (Figura 1). Essa percentagem foi de 23% ($n=3$) para G1 e de 9% ($n=1$) para G3.

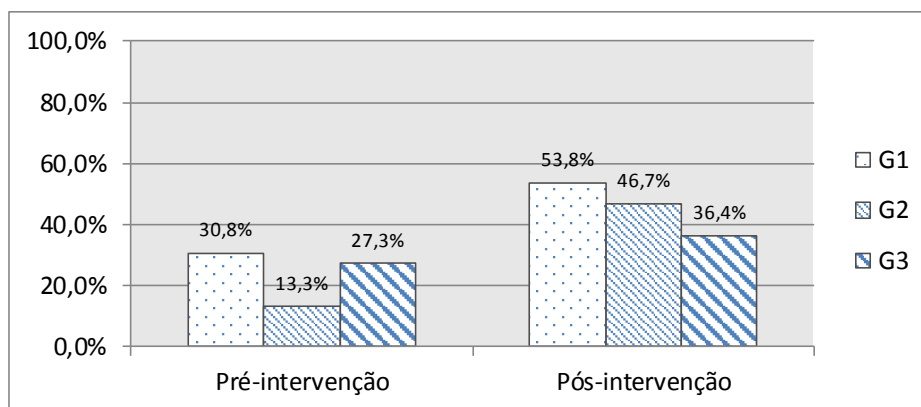


Figura 1. Percentagem de adolescentes cujo comportamento foi considerado não-clínico pelos pais na pré e pós-intervenção.

DISCUSSÃO

O aumento na prevalência da obesidade na infância e na adolescência e a negatividade do seu impacto no indivíduo e na sociedade requerem a criação de programas preventivos e a aplicação de estratégias terapêuticas eficientes. Pesquisas sugerem que a competência social deve ser alvo de intervenções para prevenção ou tratamento da obesidade (Hill, 2005; Roth, Munsch, Meyer, Isler, & Schneider, 2008; Vos, Wit, Pijl, Kruyff, & Houdijk, 2011), já que seu desenvolvimento é inversamente proporcional ao ganho de peso (Meyer & Barbosa, 2010; Niet, Timman, Rokx, et al., 2011). Este estudo descreve alterações na competência social e no IMC dos adolescentes que buscaram um programa de tratamento multiprofissional para obesidade, a fim de analisar os efeitos de intervenção psicológica de base comportamental com ênfase no desenvolvimento da competência social para os adolescentes e orientação de pais, concomitante à orientação nutricional e prática de atividade física.

Os primeiros contatos com as famílias que se inscreveram para atendimento já indicavam possíveis dificuldades na adesão desses indivíduos a programas de tratamento oferecidos por Universidades ou Clínicas-Escola. As famílias, já na inscrição, eram avisadas acerca da necessidade de disponibilidade de horário para as atividades previstas, como reuniões, preenchimento dos instrumentos em todas as vezes que estes fossem solicitados e os encontros para intervenção propriamente ditos. Para este programa, os participantes de G1, grupo de maior carga horária, precisaram disponibilizar no mínimo 6,5 horas semanais para as atividades do programa. Além disso, por se tratar de adolescentes mais novos (11 a 14 anos), alguns pais levavam e buscavam seus filhos e, muitos ficavam no local esperando durante a atividade. Isso contribuiu para aumentar a adesão dos pais à orientação psicológica e nutricional; porém, os pais se queixavam frequentemente dizendo ser muito cansativo aguardar as atividades da parte física. Tentando prevenir desistências, a psicóloga sugeriu que os pais que aguardavam os adolescentes se organizassem para caminhadas no campus da UFPR, onde havia um bosque bastante agradável para esse fim. Essas caminhadas eram acompanhadas, quando possível, por

um educador físico. Isso mostra a importância de haver atividades para os pais, concomitante ao atendimento do filho, o que contribui para a adesão ao programa.

Alguns dados coletados já na inscrição mostraram que a procura pelo programa de tratamento para a obesidade oferecido pelo Núcleo de Pesquisa em Qualidade de Vida (NPQV) do Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Paraná (UFPR) foi bem semelhante em relação ao sexo (19 meninos e 20 meninas), sendo possível considerar que meninos e meninas estão preocupados e desejam emagrecer. Parece que o interesse por emagrecer acontece já no início da adolescência, atingindo um pico, neste estudo, perto dos 12 anos, idade da maior parte dos participantes deste trabalho, e diminuindo com a idade. Vale a pena investigar se esse interesse: pode ser que seja mais fácil para os pais levarem adolescentes mais novos para esse tipo de atividade, ou que adolescentes mais velhos estejam engajados em muitas atividades extracurriculares, o que dificultaria a participação em programas tão completos, que demandam muitas horas semanais.

O programa do NPQV (UFPR) contava anteriormente apenas com atividade física. A inclusão dos serviços de nutrição e de psicologia tornaram o programa multiprofissional e parece ter contribuído para melhores resultados, de acordo com as mudanças na percepção da competência social dos adolescentes por seus pais e na redução do IMC, que foi maior para os grupos que passaram por intervenção psicológica e/ou orientação de pais (G1 e G2). A permanência dos adolescentes no programa até o término dos três meses de intervenção também pode ser um indicador dos benefícios de um programa multiprofissional.

O aumento maior no escore de total de competência social na percepção dos pais e a maior redução no IMC quando comparados os adolescentes do G1 com os do G2 e G3, indicam que a intervenção psicológica proposta, envolvendo adolescentes e seus pais em ações, foi eficaz. Além de contribuir para a redução do IMC, a intervenção psicológica para o incremento da competência social auxiliou no uso adequado de habilidades sociais para o manejo de situações interpessoais, normalmente prejudicadas nos adolescentes acima do peso (Niet, Timman, Rokx, et al., 2011) e pode levar a uma percepção mais positiva dos pais em relação aos filhos na sua participação em atividades sociais, tais como passatempos e esportes, no cumprimento de tarefas e no relacionamento interpessoal.

A associação da intervenção com adolescentes e a orientação com os pais foi diferencial para os resultados positivos, isso porque os participantes do G2, cuja orientação psicológica foi realizada apenas para os pais, não tiveram modificações no IMC ou no Total de Competência Social tão importantes quando as apresentadas pelos adolescentes do G1, embora suas modificações tenham sido melhores que no G3. Além disso, cinco adolescentes do G1 e três do G2 reduziram o percentil para IMC de acordo com a idade (CDC, 2000), passando da faixa “obesidade” para “excesso de peso”. O fato de nenhum adolescente do G3, grupo sem intervenção psicológica, reduzir a faixa de IMC reforça a ideia da eficácia do trabalho psicológico concomitante à atividade física.

A organização de um trabalho psicológico em grupo foi fundamental, não apenas do ponto de vista do desenvolvimento do adolescente e de mudanças comportamentais neles e nos pais, mas na observação de aspectos que poderiam prejudicar a adesão ao tratamento, convivendo com pares que apresentam dificuldades semelhantes, e propondo ações para reduzi-las, como, por exemplo, as caminhadas para os pais.

É importante destacar que não houve perda na amostra em nenhum dos grupos de intervenção e em nenhum momento da coleta de dados, ainda que na pós-intervenção tenha sido necessário a psicóloga enviar os questionários pelo correio para algumas famílias e depois buscá-los respondidos na residência da família ou na unidade de saúde mais próxima. Essa ação da psicóloga contribuiu para garantir 100% de participação na coleta dos dados antes e após as intervenções, enriquecendo o estudo e podendo comprovar a eficácia de um trabalho dessa magnitude com adolescentes. Considera-se relevante a ampliação da amostra, atuando com grupos maiores e de faixa etárias diferentes, para fortalecer alguns dados encontrados e verificar se a estratégia aqui utilizada é eficaz para outras populações. De qualquer forma, os dados obtidos neste trabalho contribuem para a ampliação de estratégias de prevenção à obesidade, incluindo não apenas questões nutricionais (diminuição da ingestão calórica) e físicas (aumento do gasto energético), como a maior parte dos programas propostos, mas também aspectos psicológicos relacionados aos comportamentos que favorecem a qualidade das relações interpessoais, a saúde, a qualidade de vida, o bem-estar biopsicossocial e que trazem felicidade. Nesse sentido, a competência social atua como fator de proteção para a redução e prevenção da obesidade e contra uma série de problemas de comportamento e de saúde de forma geral (Bertoletti & Garcia-Santos, 2012; Del Prette & Del Prette, 2008; Luiz, Gorayeb, Liberatore, & Domingos, 2010; Meyer & Barbosa, 2010; Murta, 2005), melhorando o autocontrole, a autoestima, o senso de autoeficácia e a capacidade de resolução de problemas de interpessoais.

Para finalizar, destaca-se que os profissionais devem trabalhar integrados, envolvendo os pais, para que estes compreendam a complexidade da obesidade e não sabotem o tratamento. O adolescente, por sua vez, precisa conhecer as causas e consequências da obesidade, ser incentivado para a prática de atividades físicas prazerosas, descobrir novas formas de fazer e manter amigos, saber lidar com o preconceito, conhecer formas de controlar seus impulsos e ser um membro participante dos grupos sociais que frequenta, ou seja, que ele se torne o responsável pelo seu próprio desenvolvimento e cuidados.

Este estudo foi elaborado com três grupos de adolescentes obesos, sendo G1 (intervenção psicológica para os adolescentes e seus pais), G2 (intervenção psicológica para os pais) e G3 (sem intervenção psicológica). Todos os grupos passaram pelo mesmo número de encontros e tipos de atividades para orientação nutricional e para prática de atividade física. Os grupos avaliados apresentaram características semelhantes, ao início do estudo, em relação à faixa etária, sexo, IMC e nível de competência social, o que trouxe maior consistência aos dados. A intervenção psicológica incluindo adolescentes e seus pais mostrou maior eficácia em relação aos outros dois grupos para modificações na percepção dos pais acerca da competência social de seus filhos e para a redução do IMC dos adolescentes, nove meses após o encerramento do programa.

Após a finalização da pesquisa, os adolescentes que solicitaram, independente do grupo de pesquisa que participaram, foram encaminhados a uma clínica-escola para acompanhamento psicológico. Todos os participantes foram convidados a continuar sua participação em atividades físicas mantidas pelo Departamento de Educação Física da UFPR ou encaminhados para alguma atividade próxima de sua residência.

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Bertoletti, J., & Garcia-Santos, S. C. (2012). Avaliação de estresse em crianças obesas. *Psico*, 43, 32-38. doi:org/10.15448/1980-8623.2012.1.11091.
- Braga, P. D., Molina, M. C. B., & Cade, N. V. (2007) Expectativas de adolescentes em relação a mudanças no perfil nutricional. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 1221-1228. doi: 10.1590/S1413-81232007000500019.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2000). *CDC Growth charts: United States*. Atlanta, GA. Retirado de <http://www.cdc.gov/growthcharts>
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette A. (2008). *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis, BR: Vozes.
- Gunnarsdottir, T., Njardvik, U., Olafsdottir, A. S., Craighead, L., & Bjarnason, R. (2012). Childhood obesity and co-morbid problems: effects of Epstein's family-based behavioural treatment in an Icelandic sample. *Journal of Evaluation Clinical Practice*, 18, 465-472. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01603.x.
- Hill A., & Andrew, J. (2005). Fed up and friendless. *The Psychologist*, 18, 280-283.
- International Obesity Task force - IOTF. (2010). *The global epidemic*. Retirado de <http://www.iaso.org/iotf/obesity/obesitytheglobalepidemic/>
- Luiz, A. M., Gorayeb, R., Liberatore, R.D., & Domingos, N. A. (2010). Evaluation of depression, behavioral problems and social skills in obese children. *Estudos de Psicologia*, 27, 41-48. doi: 10.1590/S0103-166X2010000100005.
- Meyer, S. B., & Barbosa, D. R. (2010). Repeated measures in case studies relating social competence and weight loss in two obese adolescents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5, 242-251.
- Murta, S.G. (2005). Applications of Training in Social Skills: Analysis of National Production. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 283-291. doi: 10.1590/S0102-79722005000200017.
- Niet, J. de, Timman, R., Jongejan, M., Passchier, J., & Akker, E. (2011). Predictors of Participant Dropout at Various Stages of a Pediatric Lifestyle Program. *Pediatrics*, 127, 164-170. doi:10.1542/peds.2010-0272.
- Niet J. de, Timman R., Rokx C., Jongejan M., Passchier J., & Akker E. (2011). Somatic complaints and social competence predict success in childhood overweight treatment. *International Journal of Pediatric Obesity*, 6, 472-479. doi: 10.3109/17477166.2011.575145.
- Riggs, N. R., Sakuma, K. L., & Pentz, M. A. (2007). Preventing risk for obesity by promoting self-regulation and decision-making skills: pilot results from the PATHWAYS to health program (PATHWAYS). *Evaluation Review*, 31, 287-310. doi:10.1177/0193841X06297243.
- Roth, B., Munsch, S., Meyer, A., Isler, E., & Schneider, S. (2008). The association between mothers' psychopathology, childrens' competences and psychological well-being in obese children. *Eating and Weight Disorders*, 13, 129-136. doi: 10.1007/BF03327613

- Sapienza, G., Schoen-Ferreira, T. H., Fisberg, M., Milano, G. E., & Leite, N. (2011). Caracterização de adolescentes obesos que procuram atendimento em Programa Multiprofissional para controle de peso. In Grupo de Pesquisa em Sociologia da Saúde CNPq/UFPR (Org.), *Anais da V Jornada de Sociologia da Saúde: Saúde, Cultura e Política*, Curitiba, Brasil.
- Vos, R. C., Wit, J. M., Pijl, H., Kruyff, C. C., & Houdijk, E. C. A. (2011). The effect of family-based multidisciplinary cognitive behavioral treatment in children with obesity: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 6. doi: 10.1186/1745-6215-12-110
- Walpole, B., Dettmer, E., Morrongiello, B., McCrindle, B., & Hamilton, J. (2011). Motivational interviewing as an intervention to increase adolescent self-efficacy and promote weight loss: methodology and design. *BMC Public Health*, 11, 459. doi:10.1186/1471-2458-11-459.
- Wang, Y., Monteiro, C., & Popkin, B. M. (2002). Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China and Russia. *American Journal of Clinical Nutrition*, 75, 971-977.
- World Health Organization (1998). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation *World Health Organization Health Report Series*. 894, 251-253.