

IMAGEM CORPORAL E QUALIDADE DE VIDA NA OBESIDADE PEDIÁTRICA

Maria João Gouveia[✉], Roberta Frontini, Maria Cristina Canavarro, & Helena Moreira

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação-U. de Coimbra

RESUMO: Muitos estudos têm mostrado que as crianças e adolescentes com obesidade apresentam pior qualidade de vida (QdV) e maior insatisfação com a imagem corporal, comparativamente a crianças e adolescentes de peso saudável. Contudo, até ao momento, não é conhecido o papel da imagem corporal no ajustamento psicossocial destes jovens, nem são bem compreendidas as especificidades desenvolvimentais e de género. Deste modo, o presente estudo pretende comparar a QdV e a insatisfação com a imagem corporal de rapazes e raparigas, crianças e adolescentes, com peso saudável e com obesidade. Adicionalmente, pretende analisar se a relação entre o peso e a QdV é mediada pela insatisfação com a imagem corporal e moderada pelo género das crianças e adolescentes. A amostra contém 155 crianças e adolescentes com peso saudável e 207 crianças e adolescentes com obesidade, entre os 8 e os 18 anos de idade. Os participantes preencheram o KIDSCREEN-10 e a Escala de Silhuetas de Collins. As crianças e adolescentes com obesidade apresentaram pior QdV e maior insatisfação com a imagem corporal, comparativamente a crianças e adolescentes de peso saudável. Adicionalmente, observou-se que as raparigas reportam pior QdV e estão mais insatisfeitas com o seu corpo do que os rapazes. Verificou-se também que a insatisfação com a imagem corporal mediou a relação entre o peso e a QdV, mas apenas no grupo de adolescentes. As crianças e adolescentes com obesidade tendem a apresentar pior QdV e a estarem mais insatisfeitas com a sua imagem corporal. A satisfação com a imagem corporal demonstrou ser um importante mecanismo explicativo da relação entre o peso e a QdV, tornando-se um alvo de intervenção relevante, especialmente em adolescentes. Importância deve ser dada à prevenção e intervenção psicológica precoce em equipas multidisciplinares capazes de detetar e intervir eficazmente nos problemas psicossociais das crianças e adolescentes com obesidade.

Palavras chave: Insatisfação com a imagem corporal; Qualidade de vida; Obesidade Pediátrica.

BODY IMAGE AND QUALITY OF LIFE IN PEDIATRIC OBESITY

ABSTRACT: Obesity is a serious pediatric health condition that is associated with poorer quality of life and higher levels of body image dissatisfaction (BID). However, the role of body image in the psychosocial adjustment of these youth as well as the developmental and gender specificities remains unknown. Therefore, this study aims to compare the levels of quality of life and BID of boys and girls, children and adolescents, with normal-weight and obesity. Specifically, it aims to explore whether the association between weight status and quality of life is mediated by BID as well as the moderating role of youth's gender on these associations. The sample comprised 362 children and adolescents aged 8-18 years with normal weight ($n = 155$) and obesity ($n = 207$). All participants completed KIDSCREEN-10 and Collins Body Image scale. Obese children and adolescents reported poorer quality of life and higher BID compared with their normal-weight counterparts. Additionally, girls reported poorer quality of life and higher rates of BID than boys. BID mediated the relationship

[✉] Rua do Colégio Novo, 3000-115 Coimbra. Email: maria.rgouveia@gmail.com

between weight status and quality of life, but only for youth above 12 years old. Pediatric obesity is associated with poorer psychosocial adjustment, which underlines the need for preventive and early interventions in multidisciplinary teams. An important target in psychological interventions seems to be BID, which proved to be an important mechanism linking obesity and decreased quality of life among adolescents.

Keywords: Body image dissatisfaction; Quality of life; Pediatric Obesity.

Recebido em 30 de Novembro de 2015/ Aceite em 08 de Janeiro de 2016

A obesidade pediátrica é um grave problema de saúde pública a nível nacional e internacional. Segundo a OMS, aproximadamente 20% das crianças portuguesas com 11 anos, e 15% e 19% dos adolescentes portugueses com 15 anos, raparigas e rapazes, respetivamente, têm excesso de peso e obesidade (Currie et al., 2012). Tal é preocupante dadas as consequências físicas e psicossociais adversas da obesidade pediátrica (Zeller & Modi, 2008).

Vários estudos têm mostrado que as crianças e os adolescentes com obesidade apresentam pior qualidade de vida (QdV) comparativamente a crianças e adolescentes de peso saudável (e.g., Schwimmer, Burwinkle, & Varni, 2003) ou com outras condições crónicas de saúde (Moreira et al., 2013), e níveis semelhantes de QdV comparativamente a jovens com cancro (e.g., Schwimmer et al., 2003). Estudos anteriores têm mostrado que o impacto do peso na QdV pode ser moderado pelo género e idade da criança/adolescente. Por exemplo, alguns estudos encontraram uma associação mais forte entre o peso e a QdV em adolescentes de 12 a 14 anos (Swallen et al., 2005), e em raparigas (Datar & Sturm, 2006). Contudo este efeito não foi ainda estudado mutuamente em crianças e adolescentes.

Adicionalmente, apesar de existirem muitos estudos acerca do ajustamento psicossocial na obesidade pediátrica, pouco se sabe acerca dos fatores que poderão estar relacionados com o ajustamento psicossocial. Este estudo explora o papel da insatisfação com a imagem corporal (IIC) enquanto potencial mediador. Vários estudos mostraram que as crianças/adolescentes com obesidade têm um maior risco de IIC relativamente aos jovens com peso normal (Neumark-Sztainer, 2011) e com outras condições crónicas (Pinquart, 2013). Tal pode dever-se à forte pressão social para ser magro/musculado (Neumark-Sztainer, 2011) e ao estigma social e opiniões negativas acerca do peso por parte dos amigos e familiares, que contribuem para o desenvolvimento do “esquema da magreza” (Latner & Stunkard, 2003).

Relativamente ao papel da idade e do género na IIC, existe uma maior prevalência de IIC na adolescência (Wertheim & Paxton, 2011) e em raparigas (Smolak, 2011). Em primeiro lugar, os desafios psicossociais e biológicos da adolescência (e.g., puberdade, transições escolares) podem influenciar negativamente o ajustamento psicossocial (Currie et al., 2012) e contribuir para o aumento da IIC (Wertheim & Paxton, 2011). Em segundo lugar, as raparigas tendem a preocupar-se mais com a magreza, e os rapazes com o peso e a musculatura (Smolak, 2011). Em jovens com peso saudável, a IIC está associada a uma série de consequências negativas, como distúrbios alimentares (Stice, 2002), ansiedade social, baixa auto estima (Pinquart, 2013), e depressão (Kostanski & Gullone, 1998). Em crianças e adolescentes com obesidade, alguns estudos mostram que a IIC mediava a relação entre o peso e a auto estima e a depressão (Allen, Byrne, Blair, & Davis, 2006), e que adolescentes obesos com elevada IIC reportavam pior QdV do que os adolescentes obesos com baixa IIC (Doyle, Le Grange, Goldschmidt, & Wilfley, 2007). Contudo, até ao momento, não é conhecido o papel da IIC na QdV dos jovens com obesidade em diferentes idades.

O presente estudo pretende: comparar a QdV e a IIC de rapazes e raparigas, crianças e adolescentes, com peso saudável e com obesidade; e examinar o efeito indireto do peso na QdV através da IIC, testando o efeito moderador da idade e do género da criança/adolescente. Espera-se que as crianças/adolescentes

com obesidade apresentem pior QdV através de níveis elevados de IIC, e que estas associações sejam mais fortes em raparigas e em adolescentes.

MÉTODO

Participantes

A amostra é constituída por 147 crianças/adolescentes com peso saudável (i.e., Índice de Massa Corporal (IMC) entre os percentis 5 e 84), e 201 crianças/adolescentes com obesidade (i.e., IMC \geq percentil 95), de acordo com as curvas de crescimento do *National Centre for Health and Statistics* adaptadas pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2006). No total, 176 eram crianças ($M = 9,93$; $DP = 1,50$; 8-12 anos de idade) e 172 eram adolescentes ($M = 15,08$; $DP = 1,47$; 13-18 anos de idade). Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: a) idade da criança/adolescente entre os 8-18 anos; b) capacidade cognitiva para compreender e responder aos questionários; c) ausência de patologia mental ou atraso desenvolvimental graves; d) ausência de síndromes genética comórbidas com a obesidade; e) o grupo de peso saudável não poderia apresentar nenhuma condição crónica de saúde.

Material

Qualidade de Vida- A versão portuguesa de auto relato do KIDSCREEN-10 (KIDSCREEN Group Europe, 2010; Matos, Gaspar, & Simões, 2012) foi usada para avaliar a QdV das crianças/adolescentes. Esta escala contém dez itens (e.g., “Sentiste-te triste?”) respondidos numa escala de Likert de cinco pontos, de 1 (*nunca; nada*) a 5 (*sempre; totalmente*). Valores mais elevados indicam maior QdV. Neste estudo, o alpha de Cronbach foi de 0,71 (obesidade) e 0,78 (peso saudável).

Insatisfação com a imagem corporal- A Escala de Silhuetas de Collins (1991) foi usada para avaliar a IIC das crianças/adolescentes. Este é um instrumento pictórico composto por dois conjuntos de sete figuras de rapazes ou de raparigas, um para crianças e um para adolescentes, que ilustram o peso corporal variando entre 1 (*baixo peso*) e 7 (*obesidade*). Cada participante seleciona a figura que considera mais parecida consigo (*eu real*) e a figura que mostra a forma como gostaria de ser (*eu ideal*). A diferença absoluta entre os valores do *eu real* e do *eu ideal* foi usada como medida da IIC. Valores positivos indicam o desejo de perder peso e valores negativos indicam o desejo de ganhar peso.

Características socio demográficas e clínicas- A idade, o género, o IMC e a presença de condições crónicas de saúde foram recolhidos através de uma ficha de dados. O peso e a altura das crianças/adolescentes de peso normal foram reportados pelos pais das crianças com menos de 14 anos e pelos adolescentes com mais de 14 anos. O peso e a altura das crianças/adolescentes com obesidade foram medidos pelo nutricionista. O IMC foi calculado de acordo com a fórmula: $\text{peso}/[\text{altura}]^2$ (peso em Kg e altura em cm).

Procedimentos

A amostra de crianças/adolescentes com obesidade foi recolhida nas consultas de nutrição de dois hospitais pediátricos públicos de Portugal após obtida a aprovação das Comissões de Ética e dos Conselhos de Administração dos hospitais. Após explicar os objetivos do estudo e requisitar o consentimento informado (pais e adolescentes com mais de 14 anos) ou o assentimento verbal (crianças até aos 14 anos), crianças/adolescentes e pais preenchem os questionários. O investigador estava presente para auxiliar caso necessário. Quando não podiam preencher no hospital, recebiam um envelope endereçado com a explicação do estudo, consentimento informado e os questionários para as crianças/adolescentes e para os pais.

A amostra comunitária de crianças/adolescentes com peso saudável foi recolhida em três agrupamentos escolares do país, após autorização da Direção dos agrupamentos. Cada aluno recebeu uma

carta para os pais com a explicação do estudo e o consentimento informado. Os pais que autorizaram receberam os questionários para preencher e entregar uma semana depois. Foram excluídas crianças e adolescentes com excesso de peso ou obesidade ($n = 27$).

Os dados foram analisados com recurso à versão 22.0 do SPSS (IBM SPSS, Chicago, IL). Foram analisadas as diferenças entre grupos de idade, género e peso nas variáveis de estudo, através de ANOVAS com 3 fatores. Para avaliar se os efeitos direto e indireto do grupo de peso (variável independente – VI) na QdV das crianças/adolescentes (variável dependente – VD) através da IIC (mediador – M) eram moderados pelo género, foram conduzidas análises de mediação moderada com a ferramenta PROCESS (Hayes, 2013). Estimaram-se dois modelos, um para crianças e um para adolescentes, nos quais se testou se o género moderava a ligação entre a VI e o M, a ligação entre o M e a VD controlando o efeito da VI, e o efeito direto da VI na VD mantendo constante o mediador. Foram testadas três interações em cada modelo. Na ausência de uma interação significativa, removeu-se o moderador e recalcularam-se os modelos. Os efeitos indiretos foram calculados usando um procedimento de *bootstrapping* (10000 amostras), com um intervalo de confiança a 95% (BC a CIs). Um efeito indireto era significativo quando o zero não estava dentro do intervalo de confiança.

RESULTADOS

Diferenças de idade, género e peso na QdV e na IIC

Foram encontrados efeitos principais para o peso, idade e género na QdV e efeitos principais para o peso e género na IIC, não se verificando nenhum efeito de interação nem nenhuma diferença significativa entre grupos de idade na IIC (Quadro 1). Especificamente, as crianças/adolescentes com obesidade e as raparigas apresentaram piores níveis de QdV e de IIC comparativamente às crianças/adolescentes de peso saudável e aos rapazes, respetivamente. Adicionalmente, os adolescentes apresentam pior QdV do que as crianças.

Quadro 1

Estatísticas Descritivas e Diferenças de Peso, Idade e Género na QdV e na IIC (N = 348)

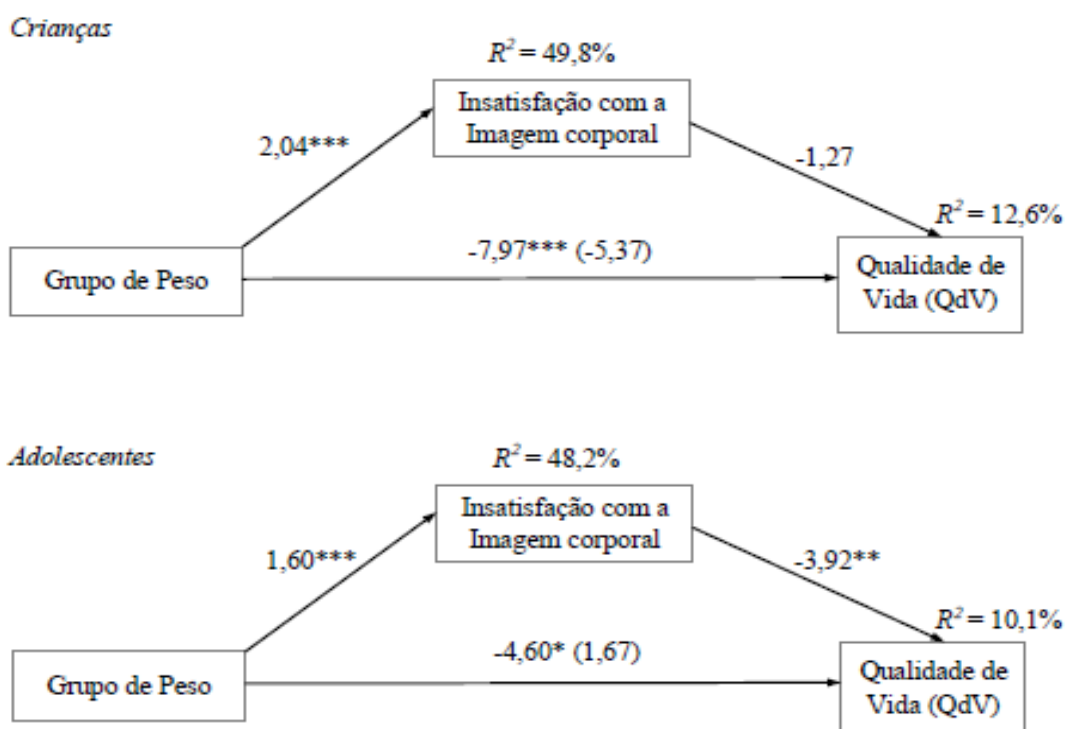
	Peso saudável <i>n</i> = 147				Obesidade <i>n</i> = 201				Efeito de Peso	Efeito de Idade	Efeito de Género			
	Crianças <i>n</i> = 82		Adolescentes <i>n</i> = 65		Crianças <i>n</i> = 94		Adolescentes <i>n</i> = 107							
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.						
	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	<i>F</i>	η^2_p	<i>F</i>	η^2_p	<i>F</i>	η^2_p
Qualidade de vida	84,49 (10,28)	84,88 (11,19)	77,94 (10,35)	70,85 (12,88)	77,97 (10,71)	75,64 (12,73)	71,39 (11,88)	67,26 (15,25)	21,28 ***	0,06	40,01 ***	0,11	5,48*	0,02
Insatisfação com a imagem corporal	-0,14 (0,73)	0,09 (0,93)	-0,21 (0,66)	0,48 (0,77)	1,84 (0,93)	2,20 (1,39)	1,69 (0,63)	1,93 (0,95)	308,13 ***	0,48	0,04	0,00	12,83 ***	0,04

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Efeito indireto do peso na QdV através da insatisfação com a imagem corporal

Foram estimados dois modelos de mediação simples, um para crianças e outro para adolescentes, removendo-se o género (moderador) dos modelos e mantendo-o como covariável, uma vez que nenhuma das interações com o género foi significativa (Figura 1).

Para o grupo de crianças, no modelo final verificaram-se associações significativas entre o peso e a IIC e entre o peso e a QdV, mas não entre a IIC e a QdV. A relação entre o peso e a QdV não era mediada pela IIC ($b = -2,61, SE = 2,13, 95\%BCaCI = -6,77/1,29$). No grupo de adolescentes, foram encontradas interações significativas entre o peso e a IIC e entre a IIC e a QdV. Verificou-se que a IIC mediou a relação entre o peso e a QdV (efeito indireto: $b = -6,27, SE = 2,85, 95\%BCaCI = -12,59/-1,11$).



Nota. Modelos de mediação conceptuais da associação estimada entre o grupo de peso na qualidade de vida de crianças e de adolescentes, através da insatisfação com a imagem corporal. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Figura 1. Modelos de mediação conceptuais da associação estimada entre o grupo de peso na qualidade de vida de crianças e de adolescentes, através da insatisfação com a imagem corporal. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo sugerem que as crianças e adolescentes com obesidade tendem a apresentar pior QdV e maior IIC do que jovens de peso saudável. A IIC demonstrou ser um importante mecanismo explicativo da relação entre o peso e a QdV nos adolescentes.

Como esperado, existe uma relação consistente entre a obesidade pediátrica e uma pior QdV e maior IIC, que podem ser devidos a fatores psicossociais como a rejeição social e a vitimização sobre o peso (e.g., Neumark-Sztainer, 2011). De facto, as crianças/adolescentes com obesidade estão muitas vezes expostas a “mensagens anti gordura” (Smolak, 2011) e a provocações ou comparações sociais negativas que os levam a sentir maior IIC desde cedo.

O papel mediador da IIC na associação entre o peso e a QdV foi significativo apenas para adolescentes (a partir dos 13 anos). Nesta idade, as crianças geralmente atingem a puberdade e surgem mudanças corporais (Ricciardelli & McCabe, 2011), que podem ser muito desafiantes e levar a IIC a ter um papel central na sua vida. Esta idade também corresponde a uma transição nos ciclos escolares, que são períodos de maior vulnerabilidade (Cantin & Boivan, 2004), aumentando a necessidade de pertencer, ser aceite e se adaptar a novos contextos. Não é, pois, surpreendente que a imagem corporal se torne particularmente relevante nesta idade, funcionando como um mecanismo explicativo da relação entre o peso e a QdV. Nas crianças mais novas, a IIC poderá não assumir um papel central na QdV, apesar destas preocupações poderem estar presentes desde uma fase inicial do seu desenvolvimento. Contrariamente às expectativas, o género não moderou as relações testadas, ainda que tenham sido encontrados níveis inferiores de QdV e de IIC nas raparigas do que nos rapazes.

Algumas das limitações deste estudo são: o desenho transversal; a ausência de uma amostra de crianças/adolescentes com obesidade que não frequente consultas de nutrição; a ausência de informação acerca da duração do tratamento de perda de peso; a recolha da amostra ter sido realizada numa região específica de Portugal e usando procedimentos de recolha diferentes, nomeadamente para a altura e peso das crianças/adolescentes.

Estes resultados têm importantes implicações práticas. Em primeiro lugar, salienta-se a importância da prevenção e da intervenção psicológica precoce em equipas multidisciplinares capazes de detetar e intervir eficazmente nos problemas psicossociais das crianças e adolescentes com obesidade. Em segundo lugar, a intervenção deve avaliar o nível de IIC dos jovens com obesidade, de modo a adotar estratégias que visem promovê-la, com vista ao aumento da sua QdV. As necessidades psicológicas das crianças/adolescentes com obesidade não devem ser negligenciadas, pois um melhor ajustamento psicológico pode diminuir a probabilidade da obesidade e de outras complicações na vida adulta (Zeller & Modi, 2008).

REFERÊNCIAS

- Allen, K. L., Byrne, S. M., Blair, E. M., & Davis, E. A. (2006). Why do some overweight children experience psychological problems? The role of weight and shape concern. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1, 239-247. doi: 10.1080/17477160600913552
- Cantin, S., & Boivan, M. (2004). Change and stability in children's social network and self-perceptions during transition from elementary to junior high school. *International Journal of Behavioral Development*, 28, 561-570. doi: 10.1080/01650250444000289
- Collins, M. E. (1991). Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 199-208. doi: 10.1002/1098-108X (1991)03.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., Looze, M., Roberts, C. ... Barnekow, V. (Eds.). (2012). Social determinants of health and well-being among young people. *Health Behaviour in School-aged*

Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Datar, A., & Sturm, R. (2006). Childhood overweight and elementary school outcomes. *International Journal of Obesity*, 30, 1449-1460. doi:10.1038/sj.ijo.0803311

Direção Geral de Saúde - Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. (2006). *Consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil: Atualização das curvas de crescimento*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Doyle, A. C., Le Grange, D., Goldschmidt, A., & Wilfley, D. E. (2007). Psychosocial and physical impairment in overweight adolescents at high risk for eating disorders. *Obesity*, 15, 145-154. doi: 10.1038/oby.2007.515

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: The Guilford Press.

KIDSCREEN Group Europe (2010). Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 19, 1487-1500. doi: 10.1007/s11136-010-9706-5

Kostanski, M., & Gullone, E. (1998). Adolescent body image dissatisfaction: Relationships with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 255-262. doi: 10.1111/1469-7610.00319

Latner, J. D., & Stunkard, A. J. (2003). Getting worse: The stigmatization of obese children. *Obesity Research*, 11, 452-456. doi: 10.1038/oby.2003.61

Matos, M. G., Gaspar, T., & Simões, C. (2012). Health-related quality of life in Portuguese children and adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25,2 30-237. Doi:org/10.1590/S0102-79722012000200004

Moreira, H., Carona, C., Silva, N., Frontini, R., Bullinger, M., & Canavarro, M. C. (2013). Psychological and quality of life outcomes in pediatric populations: A parent-child perspective. *Journal of Pediatrics*, 163,1471-1478. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.06.028

Neumark-Sztainer, D. (2011). Obesity and body image in youth. In T. F. Cash, & L. Smolak(Eds.), *Body image: A handbook of science, practice and prevention* (pp. 180-189). New York: The Guilford Press.

Pinquart, M. (2013). Body image of children and adolescents with chronic illness: A meta-analytic comparison with healthy peers. *Body Image*, 10, 141-148. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.10.008

Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2011). Body image development in adolescent boys. In T. F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice and prevention* (pp 85-92). New York: The Guilford Press.

Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M., & Varni, J. W. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *The Journal of the American Medical Association*, 289, 1813-1819. doi:10.1001/jama.289.14.1813.

Smolak, L. (2011). Body image development in childhood. In T. F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice and prevention* (pp. 180-189). New York: The Guilford Press.

Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848. doi: 10.1037/0033-2909.128.5.825

Swallen, K. C., Reither, E. N., Haas, S. A., & Meier, A. M. (2005). Overweight, obesity, and health-related quality of life among adolescents: The national longitudinal study of adolescent health. *Pediatrics*, 115, 340-347. doi: 10.1542/peds.2004-0678

Wertheim, E. H., & Paxton, S. J. (2011). Body image development in adolescent girls. In T. F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice and prevention* (pp. 76-84). New York: The Guilford Press.

Zeller, M. H., & Modi, A. C. (2008). Psychosocial factors related to obesity in children and adolescents. In E. Jelalian, & R. Steele (Eds.), *Handbook of childhood and adolescent obesity* (pp. 25-42). New York: Springer.