

OS DILEMAS DOS PAIS DAS CRIANÇAS/JOVENS COM EXCESSO DE PESO E OBESIDADE NO ALENTEJO: UMA ANÁLISE SOCIOLÓGICA

Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora

Tese apresentada à Universidade de Évora
para obtenção do Grau de Doutor em Sociologia

ORIENTADORES: *Professora Doutora Felismina Rosa Parreira Mendes*
Professor Doutor Carlos Alberto da Silva

ÉVORA, JUNHO DE 2013



OS DILEMAS DOS PAIS DAS CRIANÇAS/JOVENS COM EXCESSO DE PESO E OBESIDADE NO ALENTEJO: UMA ANÁLISE SOCIOLÓGICA

Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora

Tese apresentada à Universidade de Évora
para obtenção do Grau de Doutor em Sociologia

ORIENTADORES: *Professora Doutora Felismina Rosa Parreira Mendes*
Professor Doutor Carlos Alberto da Silva

ÉVORA, JUNHO DE 2013



É preciso comer para viver, não viver para comer.

Cícero 106 a.C. - 43 a.C.

Agradecimentos

À Professora Doutora Felismina Mendes, pela sua orientação, autenticidade, coerência e amizade com que me ajudou a percorrer este caminho.

Ao Professor Doutor Carlos Silva pelo seu empenho, pela sua dedicação, sugestões e orientações sempre objetivas.

Ao Conselho de Administração do Hospital do Espírito Santo de Évora e ao Serviço de Consulta Externa de Pediatria.

Às enfermeiras Ana Beja e Gisela Antunes pelo seu apoio, empenho e colaboração.

Aos pais de todas as crianças/jovens que me ajudaram na realização do estudo.

Aos meus filhos João e José sempre presentes na minha vida, pela paciência e compreensão disponibilizada.

Ao José, companheiro e amigo sempre presente em todos os momentos, pela paciência, incentivo e apoio para que conseguisse superar os obstáculos encontrados.

Aos colegas de trabalho pelo seu apoio dado.

A Todos Um Muito Obrigada.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo central analisar os dilemas e as racionalidades leigas de um grupo de pais de crianças/jovens com excesso de peso e obesidade.

Utilizou-se a metodologia qualitativa, com o recurso a entrevistas *focus-grupo* as pais das crianças/jovens e a metodologia quantitativa operacionalizada com a aplicação, aos referidos pais, de um questionário de mapeamento epidemiológico das práticas alimentares.

Os resultados obtidos revelam que o quotidiano destes pais é marcado pelo confronto entre racionalidades periciais e leigas. De um lado a alimentação saudável, à qual se junta inevitavelmente a atividade física. Do outro, as racionalidades leigas onde a alimentação é, ancestralmente, indissociável da força e do prazer.

A estas famílias pede-se quotidianamente que obtenham prazer na disciplina e no controlo constante, em nome da saúde. É precisamente a saúde ou a ausência dela, no futuro, que leva estes pais a procurar a consulta de obesidade e a aderirem aos conselhos periciais.

Palavras-chave: Dilemas, Pais, Excesso peso, Obesidade

ABSTRACT

The dilemmas of parents children/young people with overweight and obesity in Alentejo: a sociological analysis

This study has as main objective, analyze the dilemmas and also the rationalities of children / young people with overweight and obesity parents.

We based our study in a qualitative methodology with the use of focus-group (parents of children or youngsters) interviews and also quantitative methodology operationalized with the application, to those parents with a questionnaire for epidemiological mapping of feeding practices.

The results show that everyday, these parents are confronted between expert and lay rationalities. On one side a healthy diet, which inevitably joins physical activity. On other side, lay rationalities where feeding is, ancestrally, inseparable from the power and pleasure.

These families are daily asked to obtain pleasure through discipline and constant monitoring on behalf of health. In the future will be precisely the health or lack of it that will lead these parents to obesity consultation to adhere to expert advice.

Keywords: Dilemmas, Parents, Overweight, Obesity

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
CAPITULO 1	5
1 - ARQUITECTURA CONCEPTUAL	6
1.1 - OBESIDADE NO CONTEXTO DA SOCIOLOGIA	6
1.2 - OBESIDADE INFANTO-JUVENIL NO CONTEXTO DA SOCIOLOGIA.....	26
1.3 - ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO CONTRA A OBESIDADE INFANTIL	45
CAPITULO 2	63
2 - OPÇÕES METODOLÓGICAS	64
2.1 - DA PERGUNTA DE PARTIDA AO MODELO DE ANÁLISE.....	64
2.2 - TIPO DE ESTUDO	66
2.3 - QUESTIONÁRIO	67
2.4 - A ENTREVISTA <i>FOCUS</i> -GRUPOS.....	68
2.5 - POPULAÇÃO EM ESTUDO	73
2.6 - TRATAMENTO DOS DADOS	75
2.6.1 - Questionário	75
2.6.2 - Entrevistas.....	75
2.7 - ASPETOS ÉTICOS	77
CAPITULO 3	79
3 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	80
3.1 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS RELATIVOS AO QUESTIONÁRIO	80
3.2 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS DAS ENTREVISTAS	90
3.2.1 - Dificuldades experienciadas pelos pais.....	92
3.2.2 - Combater as dificuldades.....	134
3.2.3 - Importância da consulta	153
CONCLUSÃO.....	165
BIBLIOGRAFIA	171

APÊNDICES

Apêndice I - Questionário para acompanhantes de criança/jovens.....	187
Apêndice II - Consentimento livre e esclarecido (Questionário)	195
Apêndice III - Guião da entrevista por focus grupos aos acompanhantes de crianças/jovens.....	197
Apêndice IV - Consentimento livre e esclarecido (Entrevista)	199
Apêndice V - Pedido e Autorização do HESE	201

ANEXOS

Anexo I - Relato de Observação.....	205
Anexo II - Grelha de Análise.....	207

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização dos pais que participaram no preenchimento do questionário relativamente ao grau de escolaridade	73
Tabela 2 -	Caracterização do grupo de pais que participaram nas entrevistas grupais relativamente à idade, grau de escolaridade e proveniência	74
Tabela 3 -	Grupos etários das crianças que frequentam a consulta de obesidade	81
Tabela 4 -	Grau de escolaridade dos pais	83
Tabela 5 -	Grau de escolaridade das mães	83
Tabela 6 -	Adultos que orientam a alimentação da criança/jovem	84

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Tempo que as crianças/jovens frequentam a consulta de obesidade.....	81
Gráfico 2 - Valores de índice massa corporal das crianças/jovens que frequentam a consulta de obesidade	82
Gráfico 3 - Local onde as crianças/jovens almoçam ...´.....	84
Gráfico 4 - Satisfação dos pais relativamente à ementa dos almoços fornecidos pela escola	85
Gráfico 5 - Prática de atividade física extracurricular por parte das crianças/jovens	86
Gráfico 6 - Dificuldade em manter as orientações sobre a alimentação	86
Gráfico 7 - A alimentação em casa é igual para todos	87
Gráfico 8 - Dados das entrevistas agrupados por similaridade de palavras.....	91
Gráfico 9 - Categorias e subcategorias agrupadas por similaridade de palavras.....	160
Gráfico 10 - Similaridade de palavras que caracterizam as entrevistas	161

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Grelha de Análise	91
------------------------------------	----

INTRODUÇÃO

A alimentação tem sido a base da sobrevivência e da sustentabilidade do homem. Os hábitos alimentares dos diversos povos têm sofrido modificações progressivas e transformado o processo alimentar. A história remete-nos para a alimentação como satisfação de uma necessidade fisiológica e refere-nos também que a sua evolução está intrinsecamente ligada à diversidade cultural modelando a identidade de cada povo (Flandrin, 2001).

Os hábitos de cada povo foram-se modelando ao longo dos séculos e nos meados do século XX, com o desenvolvimento de novas tecnologias, houve alterações no modo de vida e no modo de produção da alimentação.

A expansão agroalimentar influenciou o consumo, que aumentou e o modo de vida das populações. No entanto, as disparidades sociais em relação ao consumo alimentar e ao gasto energético são consideráveis e têm implicações na distribuição social da gordura e da obesidade (Fonseca et al., 2011).

No entanto, a adoção ou a transformação de hábitos não se refere apenas à consciencialização ou vontade de mudar é necessário que o ambiente social proporcione mudanças para a aquisição de formação de hábitos alimentares. Para Bourdieu (1983) o *habitus* é estruturado socialmente mas também é estruturante das ações sociais não só do grupo mas também individualmente.

Fischler (2008) denominou por sociedades gastro-nómicas e gastro-anómicas as alterações profundas que ocorreram nos hábitos alimentares. Classifica as sociedades tradicionais que seguem as regras alimentares rígidas de gastro-nómicas e as tendências mais modernas com maior flexibilidade que permitem uma maior liberdade, de gastro-anómicas.

Atualmente a alimentação tem assumido uma importância crescente. A mudança do modo de vida e as mudanças tecnológicas introduziram segundo as entidades periciais a “má alimentação” (má alimentação entendida como aquela que não fornece os nutrientes considerados essenciais) que pode revelar-se um problema individual e social. São hábitos que se instalaram lentamente e progressivamente e que entraram nas rotinas familiares. Embora se preconize a

mudança, é necessário compreender a normatividade das intervenções propostas, antes de se adotarem medidas e estratégias para alterar os modos de vida.

A educação alimentar e nutricional, é uma questão que abrange diferentes classes sociais, nos mais pobres por inacessibilidade de informação e nos mais ricos por não apresentarem comportamentos e hábitos saudáveis nos seus estilos de vida (Bourdieu, 1983).

O processo de escolha alimentar além de ser influenciado pela cultura onde se está inserido sofre a influência do grupo de pares e do estilo de vida adotado (Santos, 2008). No século XIX ser obeso era sinónimo de beleza, no entanto no início do século XX houve uma inversão desta conceção e o ser belo é indissociável de ser magro. Simultaneamente, o fato de ser obeso passou a ser considerado um risco para a saúde.

Fischler & Masson (2008) defendem que a alimentação necessita de ser estruturada, ela é ao mesmo tempo estruturante individualmente porque socializa e acultura a criança e coletivamente porque traduz nas regras que emana, o triunfo da cultura contra a natureza.

Tal como a alimentação dos adultos sofre influências na escolha alimentar, também a alimentação das crianças e dos jovens está sujeita a estas influências. As escolhas das crianças e os seus comportamentos são influenciados pela família, bem como pelas interações psicossociais e culturais da criança (Birch,1998).

Na infância e durante a transição da alimentação infantil ocorre uma série de aprendizagens acerca dos alimentos e da alimentação. A criança inicia um processo de aprendizagens onde além da predisposição genética da criança que influencia a preferência inata por alguns alimentos e a rejeição por outros, a criança poderá rejeitar alimentos novos, alimentos que não sejam habituais na sua alimentação. A família tem influência e responsabilidade nesta etapa de vida da criança. Também as interações entre os pais e irmãos durante a alimentação tornam-se importantes na definição das preferências da criança.

No entanto, são os pais que na infância moldam as escolhas alimentares dos filhos de diversas formas seja através da escolha de alimentos, seja pela acessibilidade dos alimentos que lhe oferecem como escolha, seja pela permissão através dos meios de comunicação social (Burroughs, 1992). É na infância e durante o processo de socialização que as crianças desenvolvem a perceção do gosto e iniciam o processo de preferência por determinados alimentos. É espectável que a

criança/jovem cresça e se desenvolva fisicamente, se modifique com o crescimento e que ocorra de uma forma contínua e saudável.

A sociedade manipula e exerce poder sobre o corpo e a saúde mediante esse controlo. Ser belo é seguir os padrões do saudável e dissemina-se a ideia de que ser saudável, é praticar exercício físico e controlar a alimentação (Fischler,2008). Ser jovem é ter um corpo naturalmente saudável, onde saudável se identifica com saúde, com não-doença, o que significa que só a doença é uma verdadeira ameaça (Hellman,2000). E, nas atuais concepções, a obesidade é sinónimo de doença.

“As práticas quotidianas de uma forma generalizada, não contêm a conduta de «comportamentos saudáveis»” (Silva & Alves,2011:1221) e não é fácil fazer as escolhas certas, pois existe uma panóplia de informações por vezes contraditórias, com as quais os indivíduos se confrontam quotidianamente, quando se trata de fazerem escolhas.

Pressionar as crianças/jovens a consumirem alimentos considerados pelas entidades periciais como «saudáveis» tem sido frequentemente associado à menor ingestão desses alimentos. Por outro lado, quando as crianças recebem alimentos como recompensa pelo bom comportamento geralmente são alimentos «menos saudáveis» o que estimula a sua preferência por esses alimentos (Birch,1998).

Estas considerações foram o ponto de partida para a justificação do estudo, ao ser confrontada com os dados que assinalam a existência de cada vez mais crianças/jovens com excesso de peso e obesidade. Assim, questionei-me em relação aos problemas, às dúvidas, às preocupações, às hesitações que os pais apresentam na gestão quotidiana deste fenómeno.

Os contributos teóricos tornaram-se centrais para compreender a dinâmica e a estrutura da alimentação na sociedade atual e também as pressões normativas, oriundas da área da saúde, que impõem aos indivíduos o dever de prevenir, a obesidade e os custos que lhes estão associados quer a nível social, quer ao nível da saúde.

O objeto desta investigação enquadra-se nos dilemas dos pais das crianças que frequentam a consulta de obesidade, no Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE). Compreender e analisar a forma como os pais experienciam quotidianamente as dificuldades relacionadas com a obesidade e dieta dos seus filhos, caminhando através das subjetividades e racionalidades que as operacionalizam tornou-se uma realidade, bem como conhecer e compreender as

normas que a sociedade lhes impõe nos seus saberes e nas suas práticas, ao longo do trajeto percorrido, durante anos, com os filhos até à consulta de obesidade.

Assim defini como pergunta de partida “*Quais os dilemas dos pais face à alimentação das crianças/jovens com excesso de peso ou obesidade infantil seguidas na consulta do HESE?*”.

Para dar resposta à pergunta inicial procurei problematizar a temática da alimentação e da obesidade num contexto sociológico.

Para a elaboração dos objetivos foi de extrema importância a relevância da problemática vivida pelos pais destas crianças/jovens.

Como objetivos pretendi:

- Identificar as racionalidades dos pais das crianças/jovens que frequentam a consulta de obesidade infantil do HESE, face à alimentação dos filhos;
- Analisar os dilemas dos pais das crianças/jovens que frequentam a consulta de obesidade infantil do HESE face ao excesso de peso e obesidade.

Em relação à estrutura do trabalho, é composta por três grandes capítulos a arquitetura conceptual, as opções metodológicas e os procedimentos analíticos.

No primeiro capítulo, apresento uma revisão da literatura sobre a obesidade no contexto da sociologia, a influência da alimentação ao longo da história onde analiso a evolução cultural e alterações introduzidas nos hábitos alimentares no contexto socioeconómico. Nesta análise a perspetiva sociológica do corpo, do corpo obeso e da obesidade como um comportamento de risco, merecem um destaque particular. O enquadramento da obesidade infantil num contexto sociológico visa analisar as influências que foram introduzidas nas práticas alimentares das crianças/jovens, com as mudanças socioeconómicas e multiculturais das famílias. Por fim, procurei fazer um reconhecimento de estratégias de intervenção sociais e culturais utilizadas pelas organizações internacionais e nacionais e averiguar como é que o conhecimento e a educação facultada às crianças e aos jovens intervêm nos seus hábitos alimentares e nas suas escolhas.

O segundo capítulo refere-se às opções metodológicas e aborda o tipo de estudo efetuado a população envolvida, os métodos utilizados para a recolha de dados e a análise e tratamento dos mesmos.

Finalmente um terceiro capítulo onde se apresenta a análise e a discussão dos dados recolhidos ao longo do estudo.

Por fim surgem as considerações finais do trabalho.

CAPITULO 1

1 - ARQUITECTURA CONCEPTUAL

1.1 - OBESIDADE NO CONTEXTO DA SOCIOLOGIA

Numa análise sobre o desenvolvimento alimentar humano, observamos que a alimentação é a base da sua sustentabilidade, inicialmente pela sobrevivência e posteriormente por necessidade ou por prazer. O homem desenvolveu o seu regime alimentar à base de vegetais, mais tarde dedicou-se à caça, à pesca e começou a cozinhar os seus alimentos. No entanto, rapidamente estes recursos se esgotaram nos locais onde habitava e iniciou a plantação de cereais cultivando os seus próprios vegetais, dedicou-se à pastorícia e reproduziu animais em cativeiro que mais tarde serviriam de alimento. Durante os períodos de migração, a sua localização alterava-se por diversos locais do planeta, o que levou ao desenvolvimento de diferentes tipos de alimentação consoante a zona geográfica onde habitava. Ainda hoje se verifica esta influência nos diversos Países em que existem uns que são mais ricos em caça e gado, outros situados junto ao mar que são mais ricos em peixe, outros ainda que apresentam um clima propício para o cultivo de cereais (Flandrin, 2001).

Este processo de evolução e produção de alimentos por vezes superava as necessidades de alimentação da região e do País. Como forma de responder a este excesso de alimentos, iniciou-se o processo de comercialização alimentar entre Países, situação que atualmente ainda se mantém.

Existem, no entanto, fatores como as crenças e a cultura de cada povo que influenciam a alimentação. O pão está praticamente presente em todas as culturas, no entanto apresenta grande diversidade nas formas e nos seus constituintes. A carne é um alimento amplamente difundido por todos os Países industrializados, e apesar de ser um alimento bastante generalizado e aceite pela maioria dos Países, existem alguns povos que não aceitam todos os tipos de carne, como por exemplo a carne de porco que pode ser pouco apreciada por certos povos ou até mesmo não ser consumida por outros povos. A alimentação à base de peixe faz parte da cultura

dos países que vivem à beira mar e a pesca faz parte dos seus meios de sobrevivência.

Chegados ao século XXI, verificamos que os alimentos existem em grande quantidade no mundo, no entanto a sua distribuição não é uniforme. Na Europa e na América existe excesso de consumo de alimentos provocando pré-obesidade e obesidade em muitas crianças/jovens e adultos. No entanto, no continente Africano existem muitos povos com escassez de alimentos básicos e problemas de fome. A alimentação não tem apenas que ver com a satisfação de necessidade fisiológica, mas está intrinsecamente ligada à diversidade de culturas e a tudo o que contribui para modelar a identidade de cada povo (Flandrin,2001).

Portugal tem uma história alimentar semelhante a um conjunto de países que têm um clima semelhante e uma localização geográfica junto do mar. A alimentação em Portugal, à semelhança de outros Países Europeus teve a sua origem na tradição mediterrânica. Os cereais influenciaram a cultura alimentar e tiveram nela um papel fundamental. Além dos cereais a alimentação é rica em leguminosas, vegetais e frutos o que originou consequentemente uma grande diversidade alimentar.

O desenvolvimento económico dos Países levou a que os povos emigrassem para outros Países onde o mercado de trabalho era uma realidade. Pela sua localização geográfica, Portugal é um desses Países de fácil acesso à imigração e a atual multiculturalidade que vivenciamos apresenta grande influência na alimentação. Foram introduzidas diversas alterações culinárias bem como uma diversidade de pratos e acompanhamentos. A salada tradicional também sofreu influência e foram introduzidos outros ingredientes como exemplo queijo, a fruta ou os iogurtes. Estas saladas passaram a ser o acompanhamento de carne grelhada ou peixe grelhado (Flandrin, 2001).

Os hábitos alimentares dos povos dos diversos países modificaram-se progressivamente com a diversidade de culturas e provocam uma reestruturação no processo alimentar. No entanto, os hábitos adquiridos e incorporados por cada um no seu estilo de vida, dependem quer das mudanças da sociedade, quer das condições económicas. A adoção de hábitos depende da consciencialização, da predisposição ou vontade para mudar e, além disso, é necessário que o ambiente social proporcione possibilidades funcionais para a mudança.

A mudança é um processo quase inevitável, na sociedade atual e as pessoas têm que adotar medidas e estratégias para alterar os seus hábitos de vida. Neste contexto, a educação alimentar e nutricional, assumiu uma importância crescente. Esta é útil e necessária porque apesar das desigualdades entre as classes sociais na distribuição de alimentos, a “má alimentação” (má alimentação entendida como aquela que não fornece os nutrientes considerados essenciais) pode revelar-se um problema individual e social. A educação alimentar é um problema das diferentes classes sociais, nos mais pobres por inacessibilidade de informação e nos mais ricos por não apresentarem comportamentos e hábitos saudáveis nos seus estilos de vida (Bourdieu, 1983).

Os padrões alimentares são determinados por questões que incluem, além da educação orientada para uma nutrição adequada, fatores socioeconômicos, ecológicos e culturais. A educação nutricional é útil e necessária porque apesar da existência da desigualdade social na distribuição de alimentos, a “má alimentação” atinge todas as classes sociais (Marques, 2009). O fato da qualidade de vida se relacionar com a satisfação e com a cultura e se apoiar em padrões denominados como “boa vida” pela sociedade, apresenta aspectos objetivos e subjetivos que a entremeiam e limitam. Os fatores objetivos referem-se às condições e modo de vida dos sujeitos, enquanto os aspectos subjetivos se limitam ao estilo de vida dos mesmos. As ações individuais refletem os *habitus*, bem como a carga cultural do sujeito, que interferem diretamente na sua vida (Marques, 2009). A adoção ou a transformação de hábitos não se refere apenas à consciencialização ou vontade de mudar é necessário que o ambiente social proporcione mudanças para a aquisição de formação de hábitos alimentares.

Para Bourdieu (1983) o *habitus* é estruturado socialmente mas também é estruturante das ações sociais. Este refere-se a um grupo social mas também ao indivíduo, garantindo a interiorização de valores, crenças e normas adequando o agente à sua posição social. Aliás, segundo Bourdieu o *habitus* é um “[...] princípio gerador e unificador que retraduz as características intrínsecas e relacionais de uma posição num estilo de vida unívoco, isto é, num conjunto unívoco de escolhas de pessoas, de bens, de práticas” (Bourdieu, 1983: 21-22). Por outras palavras, o *habitus* “representa uma maneira de ser, um estado habitual, ..., uma predisposição, uma tendência, uma propensão ou uma inclinação” (Silva, 2010: 413). O conceito de *habitus* que Bourdieu desenvolveu “corresponde a uma matriz, determinada pela

posição social do indivíduo que lhe permite pensar, ver e agir nas mais variadas situações” (Vasconcellos, 2002: 79). O *habitus* tende a ajustar e a orientar a ação na medida em que é produto das relações sociais “cada agente, quer saiba ou não, quer queira ou não, é produtor e reproduzidor de sentido objetivo porque as suas ações e as suas obras são produto de um *modus operandi* do qual ele não é o produtor e do qual ele não possui o domínio consciente, as ações encerram, pois uma intenção objetiva, como diria a escolástica que ultrapassa sempre as intenções conscientes” (Bourdieu, 1983:15).

Parafrazeando a tese bourdiana, os estilos de vida, enquanto posicionamentos ou melhor formas de ser específicos, expressam-se em práticas sociais específicas que divergem de grupo para grupo. É nestas práticas que se inserem os comportamentos alimentares, práticas estas concebidas num quadro de *habitus* que modelam as percepções, ações e gostos de acordo com a condição de classe dos indivíduos. Por outras palavras, a adoção de práticas alimentares pode estar diretamente relacionada com a posição que os atores sociais ocupam no espaço social, na medida em que o seu *habitus* confere-lhe diferentes posições no espaço social em causa, dando assim origem a diferentes estilos de vida e comportamento alimentares distintos.

A evolução e a alteração dos hábitos alimentares, ao longo do tempo sofreu profundas transformações e no século XIX a obesidade foi considerada “uma forma de beleza, ser belo era ter formas redondas e proeminentes” (Stenzel,2002:29). No século XIX quando surgiu a pintura do quadro de Rubens denominado de *Três Graças*, onde se apresentavam três mulheres gordas. Aqui, a beleza do quadro era associada à beleza de um corpo avantajado. Também a moda seguia este modelo e nas mulheres a beleza e a corpulência era realçada pelos seus vestidos. Nos homens a obesidade relacionava-se com poder e masculinidade. A obesidade era sinónimo de bem-estar, de felicidade, de beleza e de poder e notava-se assim um contraste entre a privação de alimentos da classe pobre, com a abundância e corpulência da nobreza. No entanto, a alteração que se viveu nesse século parece ter sido influenciada pelo cristianismo e pelos valores da igreja. A igreja dirigiu um movimento contra o excesso alimentar o qual era visto como pecado. Também as sagradas escrituras condenam a gula e o jejum é visto como símbolo de purificação (Stenzel,2002:33). Ainda na perspetiva deste autor, outro fator que contribuiu para a alteração de padrões alimentares foram os estudos sobre alimentação e nutrição

através dos quais se conheceu a palavra *diet*. Iniciou-se o processo de limitar a ingestão de alguns alimentos, e associou-se a palavra restrição de alimentos à saúde. A classe média americana e francesa no século XIX definiu que o emagrecimento seria uma meta a atingir, como representação de aceitação e prestígio. O reconhecimento e o sucesso, até aqui, eram atribuídos aos que possuíam corpos avantajados (Stenzel,2002). Em 1900 esta representação inverteu-se e a beleza surgiu associada à magreza. Hoje a obesidade é encarada de forma negativa, como algo que prejudica a saúde e a integridade física e psíquica. “A preocupação com o peso e com as dietas não é um fenómeno recente, a sua origem e construção podem ser precisamente traçadas historicamente” (Stenzel,2002:30).

No início do século XX a moda já tinha uma nova imagem como símbolo de beleza e a par da moda crescia a comercialização de produtos destinados ao controle do peso. No início do século XX houve uma inversão desta conceção e ser belo passou a ser sinónimo de magro e a obesidade passou a ser vista de forma negativa. Torna-se difícil separar o conceito feio/belo bem como gordo/magro, pois ao longo da história sempre caminharam juntos. A obesidade passou a ser concebida como uma consequência da ingestão exagerada de alimentos, embora alguns casos fossem atribuídos à hereditariedade e aos problemas glandulares. A obesidade passou também a ser considerada um risco para a saúde da pessoa (Stenzel,2002).

De fato, os riscos para a saúde aparentemente estão em todo o lado e representam uma constante ameaça para as pessoas, “as sociedades contemporâneas tornam-se cada vez mais vigilantes relativamente ao risco, especialmente aos riscos gerados pela tecnologia e pelos estilos de vida” (Mendes, 2002:53).

A sociedade em que vivemos acarreta diversas formas de risco, pois “é um sistema social caracterizado pelo nível mais elevado de autossuficiência em relação ao seu ambiente, onde se incluem outros sistemas sociais” (Silva, 2010:75). Por autossuficiência entende-se a estabilidade de relações de intercâmbio e capacidade para controlar o ambiente em benefício do funcionamento da sociedade.

Giddens (2009) distingue riscos externos, de riscos manufacturados e para este autor existem na sociedade humana os riscos que têm origem no mundo natural e que não dependem da ação do homem, tais como tempestades, terremotos e existem os riscos manufacturados que são um produto da ação do

homem sobre a natureza, de que são exemplo os riscos ambientais ou os riscos de saúde.

O primeiro passo para definir o risco é “determinar quais as consequências que lhe estão subjacentes” (Marques, 2009:3) o autor refere ainda que o risco pode ser visto como um *continuum* e nunca desaparecer pois ele existe sempre, pode ser minimizado, localizado e pode ser evitado mas nunca dissipado.

Para Thompson e Wildavsky (1990) o risco é sempre um produto social. Do ponto de vista teórico e normativo. Areosa (2010) refere que o risco enquanto desvio da norma, considera que não existem decisões ou comportamentos livres de risco. Se não arriscamos, não perdemos ou não ganhamos. Acrescenta ainda que o mundo é concebido como um espaço que precisa de organização e que o aumento do conhecimento não consegue ultrapassar o problema do risco, pois os níveis mais altos de conhecimento não asseguram uma mudança ou uma transformação do risco em segurança (Areosa, 2010).

Um dos aspetos da sociedade de risco é que os perigos não apresentam limites espaciais, temporais ou sociais. O cálculo do risco e o estado de bem-estar social possibilitam contratos de risco através do princípio do seguro ou seja institucionalizam-se promessas de segurança frente a um futuro desconhecido.

O conceito de risco há muito que se tornou um instrumento de controlo social e de vigilância sobre o território e sobre as populações, avaliando os seus hábitos e comportamentos desviantes onde a ciência e os peritos são os seus principais pilares de observação (Areosa, 2008:11). “A perspetiva acerca do risco é que este não é uma realidade objetiva, é uma entidade essencialmente construída no imaginário social, embora não tenha o mesmo sentido do construtivismo social... o cálculo do risco desenvolve métodos para transformar previsível o imprevisível” (Areosa,1998:12). É importante saber que existem situações de risco conhecidas e desconhecidas, mas ambas podem afetar de igual modo as populações expostas. No entanto, existem riscos que só se tornam conhecidos quando os seus efeitos nocivos já afetaram diversas pessoas, por vezes com consequências irreversíveis.

Mota (2009) ao sintetizar a tese de Ulrich Beck cujo tema é o risco, verificou que o risco apresenta duas facetas distintas, a oportunidade e o perigo. A ambiguidade do risco reside na necessidade de decisão “Apresenta uma dimensão de experimentação: não se pode teorizar sobre ele, é de ordem e probabilidade” (Mota, 2009:386). O risco é socialmente construído, e por vezes torna-se

incontrolável já que nem sempre se consegue saber, se o que foi feito, consegue prevenir eficazmente o risco ou os seus efeitos indesejáveis.

O conceito de risco remete-nos para possibilidades de ocorrência de acontecimentos futuros, surgindo também associado a hipóteses decorrentes da dinâmica social atual “A essência do risco não é tanto aquilo que está a acontecer, mas sim aquilo que pode acontecer” (Areosa, 2008:3).

Os riscos para a saúde têm diversas causas (além das causas naturais) de que se destacam a industrialização, o uso de pesticidas ou o uso de antibióticos em animais e plantas. Estes riscos conduzem a problemas em saúde que se têm agravado ao longo dos anos. Os cenários na área da saúde relacionados com o conceito de risco são muitos, tal como os fatores que podem influenciar a vulnerabilidade individual ou de grupo pelo que é possível identificar os riscos inerentes à situação individual de cada pessoa (Gomes e Mendes, 2009). Os riscos e, conseqüentemente, as suas incertezas produzem uma multiplicidade de opiniões que caracterizam a sociedade como autocrítica e reflexiva.

Para Mendes (2002: 57) “chamar a qualquer fenómeno ou acontecimento risco é reconhecer a sua importância para a nossa subjetividade e bem-estar. Nalgumas sociedades e noutros tempos, certos fenómenos foram selecionados como o foco da ansiedade e do medo das pessoas. Na nossa sociedade e no nosso tempo é o risco que ocupa esse lugar”.

Os riscos que afetam a qualidade da alimentação são transversais a todos os países e a todas as classes sociais podendo apresentar conseqüências globais.

Ao associarmos o conceito de risco com “má alimentação”, surgem diversos problemas de saúde tais como hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes e problemas relacionados com a pré-obesidade e a obesidade. Tendo como base esta premissa, verifica-se que a obesidade inicia-se muitas vezes na infância, prolonga-se e permanece na idade adulta. É fundamental a prevenção do risco da obesidade na infância, para Carvalho & Silva (2006:104) uma criança/jovem “ao possuir um número superior em quantidade e tamanho de células gordas, uma criança ou jovem obeso tem sérias possibilidades de vir a ser um adulto com muitos quilos a mais” e provavelmente de sofrer de outras doenças relacionadas com o excesso de peso, pelo que os comportamentos de risco terão que ser minimizados.

Por comportamento de risco entende-se a participação em atividades que possam comprometer a saúde física e mental (Feijó,2001). Podemos afirmar que

comer demasiado e optar por alimentos menos saudáveis é um comportamento de risco para a saúde segundo a informação pericial. Ao considerarmos a pré-obesidade ou a obesidade como um risco para a saúde, não conseguimos prever com eficácia e exatidão quais as consequências que possam advir mais tarde, mas conseguimos prever alguns dos seus efeitos.

A obesidade tem aumentado em todo o mundo, é um risco para a pessoa em si porque tem consequências imediatas a curto médio e a longo prazo, mas também porque apresenta consequências para a sociedade já que (os obesos) são pessoas que desenvolvem patologias decorrentes do excesso de peso que, conseqüentemente, traduzem importantes gastos para a sociedade. Associada à obesidade encontram-se várias doenças cuja prevalência tem aumentado como por exemplo a diabetes tipo II, a hipertensão arterial e as doenças cardiovasculares, entre outras.

O tipo de alimentação de cada indivíduo pode transformar-se num risco de saúde. É nesta ótica que observamos a obesidade como um risco presente e com um risco futuro em função das doenças que a obesidade pode vir a originar. Apesar da divulgação de informação pericial sobre a alimentação, as práticas leigas, seja por tradição ou aspetos socioculturais, não integram no seu quotidiano muita dessa informação e não mudam comportamentos e hábitos numa lógica em que o risco e o prazer/conforto constantemente se confrontam, mas em que o risco sai sempre vitorioso.

A chamada “má alimentação” acarreta, segundo a lógica pericial, riscos pessoais e riscos para a comunidade. Para que estes riscos sejam prevenidos ou minimizados será necessário que exista mudança de comportamentos individuais e mudanças sociais.

Por mudança social entende-se o fenómeno que implica uma coletividade e que deve afetar as condições ou as formas de vida de vários indivíduos. A mudança social é entendida como toda a transformação observável no tempo, que afeta, duma maneira que não seja provisória ou efémera, a estrutura ou o funcionamento da organização social duma dada coletividade e modifica o curso da sua história (Rocher,1971). A mudança social é assim entendida como a mudança de estrutura resultante da ação histórica de certos atores ou de certos grupos no seio duma dada coletividade. São exemplos destas mudanças, as estratégias definidas pelos governos para obter ganhos em saúde como por exemplo os programas e projetos

de combate à obesidade estabelecidos com os Centros de Saúde ou com as escolas.

A obesidade é considerada por vários autores como um fator de risco de doenças como a apneia do sono, a osteoartrite e os problemas psicológicos e sociais (Oliveira e Fisberg,2003; Allen et al,2003). Nobre et al (2003) mencionam que “a Organização Mundial de Saúde descreveu a obesidade como uma *epidemia global*”. Esta evidência é baseada na prevalência da obesidade que está presente em todos os grupos etários e em todos os países. Considerou-a também, como a morbidade e mortalidade que lhe estão igualmente associadas, um grave problema de saúde pública.

A alimentação é um fator de risco quando vinculada à promoção da saúde. Os riscos alimentares, como os conceitos de dieta saudável variam consoante os diferentes contextos históricos a partir de diferentes formas de construção social. Não existe nenhum conceito de alimentação saudável que reúna consenso científico e as orientações alimentares são muitas e por vezes contraditórias. “De fato, a avaliação dos riscos que se encontram ligados aos estilos de vida dos sujeitos e que resultam de opções individuais é usada, em saúde pública para aconselhar os sujeitos sobre a prevenção de ameaças à sua saúde. Isto acontece, essencialmente com fatores de risco que se encontram associados com determinados comportamentos que podem ser modificados.” (Mendes, 2002:58). Ainda na perspectiva da autora, o objetivo do discurso da saúde pública é promover o conhecimento sobre os possíveis riscos associados aos vários estilos de vida e estimular os indivíduos a participarem nos projetos de educação para a saúde.

Segundo as racionalidades periciais dos técnicos de saúde uma alimentação incorreta com excessos calóricos e com inatividade física associada, provoca obesidade a qual é considerada um fator de risco que afeta a qualidade de vida de crianças/jovens e adultos. Verifica-se, no entanto, que os autores estão de acordo em três aspetos que estão particularmente implicados neste processo, o consumo de fibras, de frutas e de vegetais que supostamente deve ser regular (Paulino, 2007:3).

Esta preocupação tornou-se transversal a todos os países e a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou estratégias globais para que os países adotem medidas de combate à obesidade e simultaneamente medidas de adoção de alimentação e hábitos de vida saudáveis, tendo sempre subjacente os fatores

culturais e sócio ambientais. Esta organização mundial (2004) definiu objetivos que operacionalizam o conceito de alimentação saudável e, entre outros, limitam a quantidade de energia consumida por gorduras, sugerindo substituir o consumo de gorduras saturadas por não saturadas, propondo aumentar o consumo de frutas e vegetais, legumes sementes e frutos secos, reduzindo o consumo de açúcares bem como o consumo de sal e assegurar que o sal é iodado.

Porém, a escolha alimentar é influenciada pelos hábitos culturais e tradições e pela construção do estilo de vida. Como refere Santos (2008:38) “comer é um objeto de decisão quotidiana... e está relacionado com a adoção de um estilo de vida”. Também Peratello, na sua reflexão baseada nas obras de Claude Fischler, Annie Hubert e Jean-Pierre Poulain salienta que as práticas alimentares são socialmente construídas e revelam os percursos da cultura e da sociedade (Peratello, 2011: 288).

O ato de comer passou dum ato de sobrevivência a um ato social que incorpora uma diferenciação social. Comer, além de satisfazer as necessidades biológicas, preenche funções sociais simbólicas (Braga, 2004). Ainda na perspetiva desta autora a análise dos significados do comer, para os indivíduos, leva à contextualização do problema mostrando a obesidade como um problema social. Comer é uma necessidade vital, o quê, quando e com quem comer são aspetos atribuídos ao ato de se alimentar. O que comemos, quando comemos, com quem e porque comemos é determinado culturalmente transformando o alimento em comida (Braga,2004:39). “A comida surge como um *socially inert object* um objeto imbuído de valor social, servindo duas funções fundamentais: o julgamento social dos outros e uma forma de transmitirmos informação sobre nós próprios” (Paulino, 2007:7). Com base nos conceitos (noção de habitus, capital simbólico e campo) que Bourdieu desenvolveu, a “boa alimentação” pode vir a tornar-se num capital simbólico, desde que os hábitos associados à procura de uma “alimentação saudável” estejam relacionados coma a facilitação para encontros sociais e o *status quo* proporcionado por alguns aspetos como ascensão económica e social. Neste âmbito, será importante que os programas de educação alimentar tenham em conta o que cada grupo social entende por alimentar-se bem. “Para explicitar as relações de poder inscritas na realidade social, ou num campo social, Bourdieu sustenta o compromisso de revelar as formas implícitas de dominação de classes nas sociedades capitalistas, defendendo a tese de que a classe dominante não domina completamente” (Cappelle et al., 2005: 359).

A teoria de Bourdieu (1983) apoia-se no jogo de dominação existente em todas as áreas da sociedade. Isso ocorre devido à distribuição desigual de bens e o acesso diferenciado aos mesmos. Segundo o autor a diferenciação social ocorre porque se considera que existem campos sociais de disputas, existem espaços sociais de posições em que os sujeitos procuram o reconhecimento através da posse de formas de capital específico desse ambiente. O significado da expressão capital, utilizada por Bourdieu (1983), é variável de acordo com o campo em que está inserido. Para Marques, as diferentes espécies de capital proposto por Bourdieu, são os poderes que definem as probabilidades de ganho num determinado campo (Marques, 2009). "O poder simbólico consiste nesse poder invisível que só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem" (Cappelle et al, 2005: 359).

Os programas de educação nutricional devem ter em conta como se traduz o capital simbólico, específico de determinada estrutura e determinado espaço social. Devem igualmente ter em conta as condições socioeconómicas do grupo. Os programas de prevenção da obesidade devem ser ajustados às classes sociais, ou seja as classes sociais menos privilegiadas e com fraco poder económico, têm a necessidade de sentir-se fartos e dessa forma recorrem a alimentos como arroz, feijão, fritos, enquanto que se o poder económico for mais elevado existe uma procura de outro tipo de alimentos como legumes, fruta ou peixe (Marques, 2009). Assim, nestes programas de educação é muito importante introduzir-se a noção de quantidade de alimento. De igual forma, a atualidade trouxe novas formas e novas técnicas de preparação de alimentos que amplificam as possibilidades de escolhas. Neste domínio, "só resta uma opção, fazer escolhas" (Santos, 2008:37).

Com base no conceito de campo de Bourdieu (1983), existe um subcampo de um espaço social maior, o campo económico com as suas diferenças socioculturais. A tentativa de educar para "corrigir" hábitos alimentares só atinge o seu objetivo se estiver enquadrada no seu espaço social, ou seja não se deve dizer apenas como se deve alimentar e que essa é a medida correta, se esses hábitos forem pouco valorizados ou não sejam de fácil acesso. Para qualquer medida ser aceite, é necessário transformar o hábito alimentar mas também fazer com que o alimento seja valorizado e aceite como capital simbólico. "A perceção da dimensão simbólica, dos hábitos alimentares arraigados no grupo, parece um elemento importante para

facilitar esta transformação, ou pelo menos para não torná-la mais difícil ainda” (Marques, 2009: 104).

Os hábitos podem ser desenvolvidos em grupo, no entanto além dos grupos familiares os hábitos formam-se individualmente e podem ter o seu início na infância. Assim é necessário que os processos educativos sejam efetivos na mudança dos padrões alimentares da criança/jovem, e que os hábitos sejam extensíveis ao ambiente familiar para que exista uma continuidade dessa implementação.

A literatura sobre a alimentação infantil revela que as escolhas alimentares das crianças/jovens e dos seus comportamentos são influenciados pela família onde a criança/jovem está inserida, bem como pelas interações psicossociais e culturais. Se existe uma oposição por parte da criança/jovem em aceitar uma alimentação variada, então é necessário promover a diversificação dos alimentos e aumentar as suas preferências de modo a que adquira hábitos mais adequados. Esta alteração alimentar deve ter a sua origem na família, a qual deve ser a promotora da educação alimentar (Birch,1998). Para planejar intervenções que sejam eficazes na prevenção de obesidade é necessário conhecer a pessoa mas também os fatores genéticos e ambientais que apresentam a sua interferência no seu contexto pessoal, o que por vezes se torna um problema desafiador uma vez que os pais fornecem os genes e o ambiente às crianças.

A educação alimentar passa por tentar estabelecer esforços objetivos na melhoria das condições de vida e subjetivos, na transformação de hábitos presentes na vida de cada um para que desta forma as intervenções tenham sucesso (Marques, 2009). A alimentação infantil é decidida e orientada pelos hábitos alimentares dos pais. Durante os primeiros anos de vida da criança, a transição de uma dieta látea para uma variedade de alimentos é moldada pela preferência inata da criança para o gosto doce, salgado, e rejeição pelo ácido e amargo. Por predisposição associa o sabor dos alimentos com os contextos e as consequências da alimentação (Cowart,1981). A concordância com novos alimentos no plano alimentar, não ocorre espontaneamente, a aceitação só ocorre depois de insistência pelo alimento durante 5 a 10 vezes (Sullivan,1994). Os estudos enfatizam a importância da aceitação dos alimentos no meio familiar. Birch (1998) refere que os hábitos alimentares dos pais têm influência na alimentação das crianças e se os pais apresentam tendência para ter alimentos em casa que gostam de ingerir, esses alimentos também são incluídos na alimentação das crianças e dos jovens. O

ambiente familiar fornece as preferências por determinados alimentos que muitas vezes estão ligados à obesidade de adultos, jovens e crianças. Alimentos menos saudáveis como os alimentos ricos em gorduras e açúcares, com a escassez de frutas e legumes são muitas vezes escolhas familiares. No entanto, tal como já verificamos, a disponibilidade e a acessibilidade são necessárias para que se aceite esse tipo de alimentos.

O contexto social em que o padrão alimentar da criança/jovem se desenvolve apresenta grande importância para as suas escolhas de comportamento alimentar. Apesar de a família apresentar um papel relevante, existem estudos que revelam que às crianças que frequentam a pré-escola são dadas oportunidades de preferências que apesar de não fazerem parte das suas escolhas, ao observarem outras crianças a experimentar e a escolher determinados alimentos acabam também por os incluir na sua alimentação (Birch,1980).

Segundo Fischer, existem estudos que revelam que as crianças observam os pais a ingerir determinado alimento e seguem depois o seu exemplo. Acrescenta ainda que em pais obesos em que a dieta é necessária, a alimentação das crianças é influenciada por este modelo alimentar e surgem comportamentos de dieta na infância e na adolescência. É de realçar que filhos de mães com dietas persistentes são suscetíveis de ser mães de dietas e pais com problemas em controlar a sua alimentação são suscetíveis de terem filhos que apresentam padrões alimentares semelhantes (Fischer,1996).

Os pais moldam as escolhas alimentares dos filhos de diversas formas seja através da escolha de alimentos, seja pela acessibilidade dos alimentos que lhe oferecem como escolha, seja pela permissão através dos meios de comunicação social (Burroughs,1992). No entanto, esta oferta de informação também apresenta o seu lado negativo e um dos principais alvos de consumo da informação emanada pelos *media* são as crianças e jovens. Mas, muitas vezes a informação pode ser inadequada para as suas necessidades ou desproporcionada para a sua fase do desenvolvimento. O pensamento mágico dos adolescentes facilita esta interação e é influenciado pelos modelos apresentados. Os modelos esbeltos, com corpos musculados muitas vezes são incompatíveis com as suas condições socioeconómicas ou as dietas que se propõem fazer para conseguir alcançar objetivos semelhantes, ou até com a sua fase de crescimento e desenvolvimento,

ocasionando transtornos alimentares, deficiências nutricionais ou transtornos mentais (Feijó, 2001).

De fato, é grande a influência das crianças e jovens pelos meios de informação, já que grande parte do tempo livre é ocupado a ver televisão, a jogar e a ver revistas, uma escolha quase inevitável devido ao estilo de vida predominante na sociedade atual, fruto das profundas alterações que sofreu com a revolução tecnológica, científica e mediática. A entrada de ambos os pais no mundo laboral trouxe mudanças na vida familiar e conseqüentemente na vida das crianças, "...as características das sociedades pós industriais (hábitos sedentários, stress emocional, inatividade física...). Assistiu-se ao nascimento de uma sociedade da informação que se reveste de uma padronização excessiva dos valores, atitudes e comportamentos e que provocou de igual modo, uma grande mudança na estrutura familiar, escolar e social, com implicações profundas no mundo da infância" (Serrano, 2003:4).

As alterações que se verificam a nível familiar verificam-se igualmente nos hábitos alimentares, optando-se por uma alimentação pré cozinhada ou por alimentos de fácil confeção mas menos saudáveis. De fato, "a introdução das novas técnicas e tecnologias na esfera doméstica e a participação feminina no mercado de trabalho permitiram acelerar a mudança da cultura alimentar, nomeadamente na introdução da compra de produtos alimentares de preparação rápida" (Mascarenhas, 2007:333). Com a introdução de alimentos pré-preparados no consumo diário a obesidade passou a atingir homens, mulheres, crianças e jovens de igual modo.

Ferreira & Magalhães (2005:1797) no seu estudo sobre obesidade em mulheres de estratos sociais diferentes verificou que a alimentação tem bases completamente diferentes, no entanto ambas as classes estudadas são obesas. A classe pobre tem um padrão alimentar à base de arroz e feijão, legumes cultivados, abóbora e batata e o alimento está associado à sobrevivência. Em relação à perceção do corpo o estudo revela que o excesso de peso está relacionado com o aparecimento de sintomatologia (dor, cansaço) e em relação às transformações para um corpo obeso, revela que estão relacionadas essencialmente com o casamento ou com a gravidez. Na classe alta as perceções são ambivalentes, pois referem que o corpo mais magro é mais ágil, no entanto perder peso e ficar magro é sinónimo de ficar doente e ficar sem alimento. Em ambas as classes predominava o excesso alimentar independentemente do tipo de alimento.

Na sociedade de consumo, os gordos são percebidos como os únicos responsáveis pela sua condição. São gordos porque comem muito e são incapazes de se controlar (Fischler, 2008). No entanto, para Almeida, as pessoas são obesas, não porque comem muito, mas porque são sedentárias (Almeida, 2010).

A propensão para a obesidade deve ter estado entre nós há muito tempo. Apareceu apenas recentemente em tão larga escala como resultado das alterações no ambiente, em particular na disponibilidade e na composição dos alimentos e no reduzido esforço para os adquirir. É muito provável que a capacidade para armazenar gordura em tempos de abundância nutricional tivesse sido um traço positivamente selecionado durante milhares de anos de evolução humana (Padez, 2004).

O corpo e a imagem corporal perfeitos têm grande representatividade na sociedade atual. Os meios de comunicação (televisão revistas...) mostram essencialmente imagens do corpo perfeito, um corpo musculado e sem gorduras. Com frequência também se associa o corpo perfeito a imagens de pessoas populares, geralmente conhecidas e reconhecidas pela população jovem. Essas pessoas geralmente também possuem outros atributos como por exemplo o fato de serem inteligentes e atrativas. “O corpo aparece em três dimensões ontológicas. Na primeira o corpo é uma forma de afirmação em como existo no meu corpo, a segunda é o reconhecimento do meu corpo pelo outro e finalmente uma terceira dimensão eu existo para o outro e nada sou sem este outro” (Stenzel,2002:21). A autora salienta ainda que hoje vivemos no meio de forças opostas no que se refere à questão corporal. Se por um lado existe uma tendência para a uniformidade em que a cultura impõe os seus modelos de vida e de valores, por outro lado assiste-se a uma resistência que se estrutura como uma contracultura onde os valores antigos apresentam a sua valia. O corpo tem sido transformado em produto de consumo, “o corpo desportivo, sadio, belo e forte é a criação mais recente da mecanização do corpo” (Stenzel,2002:21).

Esta conotação de corpo perfeito com êxito profissional e, de uma forma geral, com aceitação na sociedade parece influenciar cada vez mais os jovens e os adolescentes (Oliveira, 2009). Os conhecimentos e os conceitos que temos do corpo são o resultado de uma construção histórica que influenciam e determinam a forma como pensamos o corpo hoje. De fato, o corpo e a imagem corporal são de grande importância para os jovens, “o corpo e a aparência moldam a forma de estar e de

interagir em sociedade, constituindo-se como fatores fundamentais para a construção da autoimagem do indivíduo logo desde a infância” (Oliveira, 2009:42).

Segundo Baudrillard (1995:139) nas sociedades modernas tem vigorado, uma “nova ética em relação ao corpo: o culto narcisista dietético, higiênico e terapêutico”. O corpo desejado hoje é o corpo funcional, que está vinculado a símbolos de beleza, realização pessoal e erotismo.

Podemos afirmar que desde sempre a imagem corporal apresenta grande importância social e o corpo tem sido considerado como uma consequência do processo de elaboração social, tal como refere Crespo (1990: 573), “intervir sobre o corpo é construir uma sociedade e assegurar a sua continuidade, ..., adotar um estilo corporal homogêneo é evidenciar a circunstância de se pertencer e estar ligado aos valores e condutas que distinguem uma sociedade”.

Numa sociedade em que a imagem dita os relacionamentos e os contactos sociais, a aparência física pode ser identificada como um fator de bem-estar e de sucesso, “a imagem corporal positiva pode ser entendida como significando atração física e um certo sumativo de musculatura e magreza entre outras características. A autoestima é aceite como um indicador do bem-estar psicológico e um mediador do comportamento humano” (Anastácio & Carvalho, 2006:49).

O corpo é uma realidade que pensamos necessariamente em concreto, isto é relacionado com alguém. Existe no entanto uma associação entre o corpo e a pessoa que é uma relação exclusiva. A relação do corpo com outras realidades passa sempre pela mediação da pessoa. Quando pensamos em alguém associa-se logo a um corpo e mentalmente apresenta-se uma imagem do corpo da pessoa (Guibentif,1991:79).

Atualmente, a magreza é percebida como ideal estético e garantia de ascensão social (Stenzel,2002:14) o autor refere ainda que “a preocupação com o peso e com as dietas não é um fenómeno recente” (Stenzel,2002:30). Até 1910 a sociedade não se preocupava com o peso nem havia discriminação das pessoas com excesso de peso, no entanto “nas classes mais altas, os padrões de etiqueta passaram a dar ênfase aos hábitos alimentares, pregando a restrição e o controle como virtudes” (Stenzel,2002:33).

Gibbs (2005) questiona-se sobre os problemas que advêm do fato da pessoa ser obesa e se o excesso de peso por si só não será já um problema de saúde, ao mesmo tempo que questiona se as dietas para perder peso serão benéficas para a

saúde. O autor refere ainda que existem estudos em curso que acusam os especialistas em saúde pública de estarem a exagerar os efeitos sobre a epidemia do sobrepeso e da obesidade, referindo que comparam a epidemia do excesso de peso com a epidemia da gripe ou até da peste e afirma que “esta epidemia” não mata da mesma forma. Um grupo restrito e financiado pela indústria farmacêutica direcionada para a perda de peso, enfatiza e distorce as estatísticas sobre as consequências de ser obeso apenas interessando apenas a toma da terapêutica para emagrecer, ignorando que parte destas pessoas pode apresentar outras complicações (Gibbs,2005).

A obesidade apresenta bases genéticas e fisiológicas bem definidas o que leva a um aumento do peso corporal sob determinadas condições de hábitos/estilos de vida. Os dados existentes não confirmam esta ideia mas no entanto as alterações dos hábitos só por si não resolvem o problema a todas as pessoas. A modificação dos hábitos alimentares, dos padrões de atividade e dos estilos de vida pode levar em muitos casos à resolução do problema da obesidade e de muitas doenças que lhe estão associadas, no entanto a monitorização dessas modificações deve ser efectuada por profissionais especializados.

Gard (2011) refere que nos últimos 10 anos surgiram muitos debates sobre a chamada epidemia da obesidade que ele designa como “alarmistas e cépticos”. Enquanto os alarmistas têm caracterizado a epidemia da obesidade como uma catástrofe iminente à saúde global, os cépticos argumentam que as consequências do aumento dos níveis de obesidade ou foram grandemente exagerados ou não são claros. O autor levanta dúvidas e constrói uma espécie de controvérsia sobre a obesidade, referindo que o seu interesse é “explorar a ideia de que a crença é mais importante do que a verdade. Refere ainda que nos debates sobre a obesidade nada poderia ser mais irrelevante do que a verdade da gordura” (Gard, 2011:37).

Perder peso só por si não é o único caminho para ter uma vida saudável, se as pessoas obesas efetuarem atividade física regular e tiverem uma dieta equilibrada, estas pessoas apresentam uma vida saudável (Kuk, 2011). A autora questiona a ideia de que todos os obesos precisam de perder peso e refere ainda que tentar perder peso e fracassar pode ser pior que manter o peso elevado (mantendo um estilo de vida saudável que inclua a atividade física e dieta equilibrada).

Atualmente, a sociedade encontra-se preocupada em avaliar e estudar o corpo nomeadamente o corpo obeso ou com excesso de peso e as consequências que daí advêm. Os estudos apontam que a prevalência da obesidade nos jovens tem vindo a aumentar nas últimas décadas Cardoso et al (2008) e ainda que os jovens terão problemas precoces de doenças que só se esperariam mais tarde. Oliveira (2009:8) salienta que “a obesidade é uma situação resultante duma cascata de fatores genéticos e ambientais que determinam as alterações metabólicas e eventualmente do comportamento alimentar”. No entanto, na área da saúde, é opinião unânime entre vários autores que a determinação do excesso de peso ou obesidade se inicie o mais precocemente possível, pois os estudos apontam que as crianças/jovens obesas serão no futuro, adultos obesos especialmente se um dos progenitores também for obeso.

O paradigma da saúde está a mudar e a sobrenutrição passou a ser alvo de uma atenção tão grande como a subnutrição. Segundo a OMS (2012) a obesidade apresenta uma prevalência superior à desnutrição e às doenças infecciosas. O alarme que tem sido dado por esta organização advém de se considerara que a obesidade e as doenças que dela advêm como a diabetes, a hipertensão e até mesmo a própria obesidade são evitáveis. No entanto “a obesidade, diabetes e causas de morte associadas, nos países desenvolvidos ocorrem num momento em que a esperança de vida nunca foi tão elevada...” (Carmo et al., 2008:5).

Os padrões definidos para a obesidade assumem contornos distintos em cada sociedade e também entre diferentes grupos sociais (Ferreira e Magalhães, 2005). A definição de programas alimentares deve ocorrer consoante o nível económico de cada família, instituir hábitos de vida saudáveis e promover a atividade física nos tempos livres e ainda aproveitar os tempos em que não se têm atividades de trabalho obrigatórias para definir prioridades. Às crianças/jovens são impostos hábitos de rotina difíceis de conciliar com as atividades escolares e com a sua própria vontade. Além das atividades escolares é imposto a frequência de atividades extracurriculares. Este ritmo de vida tem consequências nas suas rotinas, o que faz com que a criança/jovem tenha menos atividades e brincadeiras na rua nos seus tempos livres. “A gestão do tempo da vida das crianças é hoje um problema sério das sociedades modernas e verifica-se que o nível de importância atribuído pelos pais na escolha de atividades para o preenchimento dos tempos livres dos filhos está dependente de vários fatores: habilitação académica, classe social, constituição

da família, experiências anteriores, local de habitação, distância do local de trabalho, horários referentes à prática das atividades e dificuldades económicas” (Neto,1993: 13). A forma como as crianças/jovens ocupam os seus tempos livres parece ser determinante para o aumento da obesidade. Os programas de atividade física são importantes no combate da obesidade, no entanto não fazem parte das escolhas frequentes dos jovens, que ocupam maioritariamente o seu tempo a ver televisão e a jogar jogos eletrónicos.

Como já referido anteriormente, a obesidade é considerada pela OMS a epidemia do século XXI apresentando consequências para a sociedade. Para contrariar esta tendência têm sido desenvolvidas estratégias para que a informação chegue às populações, através de ações de educação individuais e em grupo em centros de saúde, consultas especializadas para o efeito, ações de sensibilização, folhetos ou meios de comunicação social.

Mas se o conhecimento/informação está divulgado e faz parte dos saberes leigos, podemos questionar-nos porque existe resistência em seguir essas orientações. Será difícil assimilar o que se entende por alimentação saudável? Ao pesquisarmos verificamos que todos os dias surgem novos estudos, novas informações sobre conceitos de alimentação saudável bem como reflexões sobre as noções de riscos no contexto alimentar. Existe uma mudança a nível mundial sobre o conceito de alimentação, no entanto mantêm-se as preocupações relacionadas com deficiências nutricionais, com as repercussões do consumo excessivo de nutrientes ou ainda com problemas relativos à contaminação química dos alimentos. Estas preocupações estão sempre ligadas ao contexto político social de cada país (Azevedo, 2008).

As pessoas obesas sentem o peso do estigma da obesidade, “as discriminações são formas de exercício de poderes para excluir pessoas do acesso a certos benefícios ou vantagens ou do próprio convívio social através da rotulagem dos ou etiquetagem de estereótipos socialmente fabricados. Esses rótulos perpassam as relações quotidianas de dominação produzindo a identificação social das pessoas” (Faleiros,1995:124).

Para Phillippe a obesidade enquanto estigmatizadora produz discriminação, preconceito e exclusão social nomeadamente quando os obesos são olhadas pela sociedade por aquilo que comem, acrescenta ainda que se “a obesidade é uma doença de descontrole e se a pressão social, o apelo ao emagrecimento e a oferta

de bens e serviço, tais como medicações e cirurgias, estão nos media, podemos pensar que há um interesse na manutenção desse problema social, bem como na permanência de indivíduos vulneráveis a esse controle” (Fillippe,2003:4). No entanto, existe uma preocupação latente quando a venda de informação desconsidera as repercussões da saúde pública ao carregar apenas no sentido de um modelo inatingível e tratar a obesidade “apenas como um problema de gula, desleixo ou preguiça” (Fillippe,2003:4). Nos resultados da sua pesquisa o autor refere ainda que comer é muito bom e muito ruim, há prazer e sofrimento e que “à medida que acontece uma modificação no padrão alimentar do obeso, em termos de reeducação alimentar, autoconhecimento, acesso a informações e prática de atividade física, há uma viabilização na efetividade da manutenção do peso” (Fillippe,2003:8).

Verificou-se que a alimentação sofreu ao longo dos séculos várias modificações progressivas e praticamente inevitáveis uma vez que a sociedade modifica-se e as pessoas adotam medidas e habilidades para adequar os seus hábitos. Também sabemos que o ambiente social proporciona mudanças para a aquisição de formação de hábitos alimentares. Verifica-se também que o ambiente social proporciona riscos, presentes e futuros e que as pessoas esperam que os riscos sejam atenuados. No entanto sabem que os riscos que as entidades periciais preconizam talvez sejam reais, talvez tenham influência no seu futuro. Mas o que parece acontecer é que “a espera e a incerteza face ao risco parecem pautar o quotidiano das pessoas, deixadas à mercê dos avanços da ciência” (Mendes, 2002:61).

O tipo de alimentação de cada indivíduo pode transformar-se num risco de saúde, quando no quotidiano as pessoas tomam decisões sobre a sua alimentação, decidem com base num contexto de informação científica que muitas das vezes é contraditória e com base nessa informação decidem arriscar. Assim, a todo o momento as pessoas são confrontadas com a necessidade de “análise do risco, com as valorizações e contribuições do risco, com a comunicação do risco e com a gestão do risco” (Mendes, 2002: 57).

1.2 - OBESIDADE INFANTO-JUVENIL NO CONTEXTO DA SOCIOLOGIA

Na última metade do século XIX e na primeira do século XX, verificaram-se mudanças por parte da sociedade em relação à criança/jovem. O modo de lidar com as crianças/jovens era baseado em costumes herdados. O pai detinha todo o poder sobre a criança, quer a nível familiar, escolar, quer na comunidade onde estava inserido. As crianças/jovens não possuíam qualquer direito até serem elaborados os 10 princípios da Declaração Universal dos Direitos da Criança¹. Esta convenção enuncia também um amplo conjunto de direitos fundamentais – direitos civis e políticos, mas também direitos económicos, sociais e culturais bem como as respectivas disposições para serem aplicadas. Inicia-se também a implementação da escolaridade obrigatória em diversos países que até aí não existia e foram igualmente implementados vários sistemas de proteção da criança.

As alterações sucessivas que a sociedade sofreu e que foram impostas nas últimas décadas pelos peritos da saúde, tiveram impacto na comunidade e na família. É consensual entre a literatura que a família contemporânea diminuiu a sua dimensão como consequência da industrialização, tornando-se essencialmente numa família nuclear. No entanto, a infância surge perspectivada dentro de parâmetros de estatutos minoritários e é vista como um período que requer e exige proteção. “As crianças são consideradas como posse dos pais, são meros objetos nas mãos dos adultos, os quais apresentam um poder sem limites em relação à forma de as educar, podendo recorrer ao uso da força física e ou da punição. O paternalismo instaura um contexto onde as crianças não são tratadas como cidadãs” (Tomás,2007:124). Neste contexto, “a infância surge caracterizada por traços de negatividade: a idade do não adulto, da não fala, da não razão, do não trabalho e, da não infância” (Tomás,2007: 120). Os diálogos que se estabelecem entre adultos e crianças/jovens muitas vezes sobressaem pela desigualdade entre subjetividades que interagem em condições de negociação. O suporte desigual deriva essencialmente do fato de o discurso da criança ser basicamente do senso comum e porque não tem experiência comparativamente com o discurso dos adultos. Esta faixa etária é caracterizada por uma menor maturidade, no entanto as crianças são

¹ Elaborados pela Organização das Nações Unidas em 1959

negociadoras, pelo que é fundamental atender às múltiplas formas de negociação, partilha e criação de cultura entre si e com os adultos. São também ótimas receptoras de influências mas encontram-se num processo de desenvolvimento contínuo e apresentam a sua própria opinião que é necessário ter em consideração sempre que é envolvida em assuntos que lhe dizem respeito. Para Tomás é necessário a criação e implementação de um tempo onde as crianças sejam consideradas cidadãs ativas para que possam fazer escolhas e tomar decisões relativas à organização do seu quotidiano e poder influenciar a tomada de decisão dos adultos sempre que estas lhe digam respeito. “As crianças estão ausentes porque são incompetentes, moral e intelectualmente” (Tomás, 2007:124). Esta autora denomina esta situação como um paradigma da proteção e do controlo e refere que muitos autores perspetivam a criança como um ser frágil sem autonomia e que tem de ser protegida do adultocentrismo. Para Vilarinho (2004:208) o adultocentrismo “é um obstáculo à explicação sociológica da realidade da infância (...), impede que se olhe a criança como ator social e promove políticas condicionadas aos interesses de outras gerações”.

Coelho (2007:3) insiste na noção de que a infância é um período culturalmente determinado pela sociedade que por sua vez se interrelaciona com outras categorias como a classe social, o género, o grupo de idade, a família, o trabalho e as condições económicas, cujos rearranjos ou modificações afetam por sua vez a natureza da infância.

A criança/jovem atualmente passou a ter um lugar especial na família. Existe uma mudança de atitude perante a sociedade o que provoca alterações a nível familiar. Estas mudanças levam a uma valorização qualitativa da criança no seio da família, passou a investir-se no futuro da criança, na educação, nos cuidados médicos e no nível de vida e as crianças/jovens são agora encaradas numa perspetiva de estratégia de ascensão social. A mudança contínua no estilo de vida das famílias com a inserção das mulheres no mercado de trabalho traduziu-se em profundas alterações na família que deixou de assegurar a exclusividade da educação das crianças/jovens, que hoje é partilhada com outras instituições (jardim infantil, escola, grupos de pares). No entanto, a família nuclear é um lugar privilegiado de afetividade e esta mesma família está concentrada essencialmente no casal e no filho ou filhos conferindo a esta(s) crianças/jovens um poder substancial.

As mudanças nas relações inter-geracionais podem ter como causa os desenvolvimentos em que as crianças não podem ser causadoras mas provocaram impacto sobre elas. Os fatores responsáveis que influenciam a infância, são por exemplo o crescimento económico, a industrialização, a urbanização, o aumento na qualidade da saúde, a secularização, a individualização, a educação, privatização da família, e outros (Qvortrup,2010). A autora refere ainda nas suas obras que a criança passa a ser vista como um capital e cumpre-lhe o papel de assegurar a ascensão social da família. Os valores familiares passam a centrar-se na criança, na sua educação e no seu desenvolvimento e a vida da família organiza-se em função das necessidades da criança.

A criança tornou-se um dos elementos centrais da família contemporânea, passou a ser considerada como ator e construtor social de si própria. Para Corsaro (1997) a infância é uma forma estrutural ou uma parte da sociedade que se interrelaciona com outras categorias estruturais tais como a classe, o género e o grupo de pares pelo que a organização estrutural destas categorias e as mudanças nelas ocorridas, influenciam a natureza da infância “O lugar da infância na contemporaneidade é um lugar de mudança” (Delgado & Muller, 2006:17). Sabe-se que os tempos modernos estabeleceram normas para a infância, em que a criança é inimputável, essas normas fazem parte de um conjunto que se encarrega da educação da criança onde se enquadra essencialmente a escola e a família. A infância terá de receber por parte das instituições sociais respostas concretas, condição para que os seus direitos e deveres sejam efetivamente reconhecidos e se transformem em práticas sociais onde as crianças além dos seus direitos possam ter a capacidade de poder participar nas decisões que as afetem (Tomás, 2007:127). O exercício da cidadania deve poder expressar-se no poder inventivo da criança e deve “estar implicado numa prática com crianças e adolescentes e fornecer-lhe informação adequada, na qual podem expressar os seus pensamentos e sentimentos acerca de um assunto em questão num tempo e espaço adequado, onde as possibilidades de ação são exploradas por eles e na qual as suas perspetivas são ouvidas e utilizadas na transformação da experiência de crianças e de profissionais” (Roche,1999:57).

Através da cidadania contribui-se para que as crianças/jovens sejam cidadãos presentes, que participem nos processos sociais e políticos da comunidade. “Educar na cidadania e democracia considerando que as crianças têm um papel ativo no

processo, implica a promoção de espaços e oportunidades que promovam competências e concepções democráticas e cidadãos assumindo direitos e deveres” (Tomás, 2007: 131). A aquisição de comportamentos cívicos é uma questão que não é inata, mas algo que se constrói no exercício dos direitos e dos deveres.

“Até finais do século XVIII não parece existir fundamentação científica mediadora de uma discussão balizada quer sobre o estudo das crianças e da infância nas sociedades (...) contudo após o século XIX existem registos de diversas obras pedagógicas interessadas nesta temática” (Saramago, 2000:1). A sociologia não dispõe de um vasto e sólido conjunto de estudos sobre a infância, no entanto no contexto sociológico existem duas áreas que se dedicam aos estudos da criança, a sociologia da família e a sociologia da educação.

A literatura sociológica faz precisamente a crítica da concepção da infância “considerada como um simples objeto passivo de uma socialização regida por instituições que vão surgir e se fixar os primeiros elementos de uma sociologia da infância” (Sirota,2001:7), que juntou sociólogos e construiu ideias de como as crianças são indivíduos ativos na construção das suas culturas e na cultura do mundo adulto, porque a infância não é vivida da mesma forma por todas as crianças, mas varia muito consoante o ambiente e a sociedade onde a criança está inserida. “O indivíduo socializa-se ao mesmo tempo que é socializado, constrói-se a si próprio na medida em que é construído pelos outros” (Javeau, 1998:167).

Desde 1980 que surgiram iniciativas do desenvolvimento de uma sociologia da infância, em que sociólogos e pedagogos de diferentes nacionalidades entre os quais Zeiher, Corsaro, Qvortrup se dedicam a estudar as categorias criança e infância, nas quais elas são os objetos centrais das suas investigações e nas quais se procura compreender como ocorrem os processos de socialização. Estes autores que estudam e se dedicam à sociologia da infância procuram colocar o mundo das crianças nos seus objetos de estudo, procuram estudar como é visto o mundo pelas crianças e não numa leitura feita pelos adultos (Grigorowitschs,2008:3). “A sociologia da infância em Portugal nasceu, de algum modo, da confluência dos estudos educacionais, com estudos sociológicos no âmbito da família e das ciências da comunicação” (Delgado e Muller, 2006:17).

“De uma perspetiva sociológica, a socialização não é apenas uma questão de adaptação ou interiorização mas também um processo de apropriação, reinvenção e reprodução realizados pelas crianças” (Saramago,2000:5). A socialização “é um

conceito congregador para estruturas/configurações e processos que reúne simultaneamente juízos de valor, esquemas emocionais, orientações do agir e prontidões do desenvolvimento de crianças e adultos, desde que estejam inseridos num grupo ou cultura de interesses coletivos” (Grigorowitschs,2008:5). Um outro autor salienta que a socialização é percebida como uma série de processos abertos em todas as idades com o seu ambiente (Hurrelmann & Ulich,1991:215). Assim, concordamos com Mollo-bouvier ao referir que “o modo de vida das crianças é marcado pela transformação do modo de vida dos pais e alguns traços importantes tais como generalização do trabalho das mulheres, o afastamento do domicílio em relação ao local de trabalho, a precariedade económica e o crescimento do desemprego nas famílias, estes fenómenos repercutem transformações nas famílias e nos seus modos de vida... bem como a conceção interacionista da noção de socialização implica que se leve em conta a criança como sujeito social, que participa da sua própria socialização, assim como da reprodução e da transformação da sociedade” (Mollo-bouvier, 2005:393).

A especificidade da socialização na infância assenta no fato de que as crianças participam numa série de modalidades de interações sociais, que variam de uma forma generalizada cultural e historicamente mas que ocorrem na infância. As suas interações fundamentais são com a instituição escolar, as interações no interior da vida familiar da qual a criança depende e as interações entre os pares (Grigorowitschs,2008:6). Neste âmbito, são criados laços de socialização e de exercício para a cidadania e são desenvolvidos programas de apoio educacional pelos governos os quais são implementados nas escolas com a participação ativa de todos.

Verifica-se que cada país mantém ou tenta manter a sua própria definição de educação ideal, a qual se reflete nos objetivos e expectativas que se preconizam para o desenvolvimento dos jovens bem como para que a sua adaptação e socialização sejam bem sucedidas. No entanto, existe um fenómeno que os autores denominam de pluralidade das infâncias. “A pluralidade de infâncias não deve ser entendida apenas como uma questão que emerge da comparação entre culturas e sociedades diferentes, mas também como diversas imagens da infância, as quais são socialmente interpretadas e reconstruídas no seio dos grupos e dos processos sociais que lhe dão origem” (Coelho, 2007:5).

Há muito tempo que se reconhece que as culturas influenciam as práticas sociais das famílias e conseqüentemente das crianças e dos jovens. As práticas multiculturais influenciam as famílias que por sua vez, apresentam o reflexo nas práticas educacionais. A família ostenta um papel importante na aprendizagem das crianças e os pais são os seus principais modelos com um papel preponderante na forma de incentivar para a cidadania e desenvolver os estilos de vida saudáveis.

“Nos processos de socialização infantil a inserção das crianças no mundo social ocorre por meio da construção de uma identidade (*self*), isto é cada criança insere-se no mundo ao mesmo tempo em que constrói uma identidade própria, que permitirá essa mesma inserção” (...)” ao mesmo tempo em que o *self* se desenvolve, desenvolve-se concomitantemente a ele a percepção do outro generalizado. O outro generalizado funciona como uma maneira de organizar as interações de todos os indivíduos envolvidos nos mesmos processos” (Grigorowitschs, 2008: 9). Também para Moss (2001) a infância não é apenas uma construção social mas é simultaneamente co-construída e desconstruída pelas próprias crianças nos seus contextos sociais e culturais. O autor defende ainda uma concepção de espaços ou fóruns destinados à infância, sugere que se deixe fundamentalmente de falar sobre as crianças e defende que se fale com as crianças. Defende ainda uma revalorização dos estudos comparativos internacionais e uma habilidade para compreender os contextos e os significados que as crianças/jovens atribuem às vivências. Delgado e Muller (2006:16) “reconhecem a capacidade simbólica por parte das crianças e a constituição das suas representações e crenças em sistemas organizados ou seja em culturas”.

A criança participa na sua própria socialização mas também é um elemento importante da transformação da sociedade. No entanto, a sociedade também se encontra em constante mudança com a generalização do trabalho das mulheres, o emprego afastado do domicílio, a precariedade económica, o crescimento do desemprego, as transformações familiares e muitos outros aspectos que transformam o modo de vida das crianças e que apresentam, de uma ou outra forma, interferência neste processo emergente da sociedade.

Os autores que se dedicam ao estudo da sociologia da infância seguem quatro eixos de pesquisa: “a construção social da infância; a participação/cidadania; os contextos da vida diária e as infâncias caracterizadas pelas situações de perigo”. O primeiro eixo denota “uma dupla tentativa de consciencialização: as crianças

enquanto sujeitos de direitos participativos e os adultos enquanto promotores da necessidade de incentivar e construir espaços de cidadania das crianças”. No segundo eixo a criança é considerada “um ator social competente e capaz de interpretar os outros, a si própria e a sociedade”. O terceiro eixo baseia-se essencialmente nos “papéis da criança na família, na escola, nos grupos de pares” e, finalmente, o último eixo aborda “os contextos de risco e o lado mais obscuro da vida familiar” (Carreira, 2012:11).

Para o desenvolvimento deste trabalho interessa analisar os fatores que poderão ter influência na alimentação da criança/jovem e que podem afetar o crescimento e desenvolvimento no seio familiar, assim como outras interferências que provocam excesso de peso e obesidade.

Os fatores que podem ter influência neste processo são diversos, no entanto existe um impacto de fatores biológicos, psicossociais e ambientais que têm sido objeto de vários estudos e que apresentam influência nas decisões familiares. De igual forma os fatores económicos e socioculturais, afetam, orientam e conduzem a família nos seus atos e procedimentos. Para Hardy (2004) os fatores determinantes da obesidade são complexos e incluem fatores genéticos, metabólicos e ambientais. A população infantil é do ponto de vista psicológico, socioeconómico e cultural dependente do ambiente onde vive. As suas atitudes são, frequentemente, reflexo desse mesmo ambiente que quando desfavorável, pode criar condições que levam ao desenvolvimento de comportamentos obesogénicos.

Os fatores mencionados influenciam os comportamentos da criança e dos jovens, no entanto importa evidenciar a sua influência no comportamento alimentar. Existem ainda outros fatores com influência na família, que estão interligados, e que são a nutrição/alimentação, o fator hereditário e algumas doenças. Carmo (2005) refere que a etiologia do desequilíbrio que provoca a obesidade é multifatorial e os fatores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais, todos contribuem para a obesidade. A criança/jovem é alheia a grande parte destes fatores que apresentam influência no seu desenvolvimento, tornando-se fundamental a intervenção da família, da comunidade e dos profissionais para a ajudar a superar estas dificuldades.

O excesso de peso e a obesidade infantil tornou-se um dos problemas que abrange muitas famílias em Portugal. A obesidade infantil tal como a obesidade na idade adulta geram preocupações de saúde a nível mundial. É uma situação

particular, porque os jovens obesos tornam-se adultos obesos ou seja, tendem a continuar com esta característica na idade adulta (OMS, 2004). Desenvolvendo altos riscos para a sua saúde e para o sistema de saúde do seu País, eles vão demonstrar sinais precoces de "doenças da idade", tais como diabetes tipo 2 International Obesity Task Force (IOTF), (2005).

A obesidade infantil é mencionada como uma problemática emergente e de difícil resolução. É uma questão de difícil tratamento para pais e educadores, principalmente quando se junta a predisposição genética com a falta de exercício físico e uma alimentação hipercalórica. Segundo dados do estudo de Padez et al (2004), a nível nacional, 31,5% das crianças entre os sete e os nove anos são obesas ou sofrem de excesso de peso sendo que destes 11.3% apresentam obesidade.

Ibáñez (2007) apurou que na Europa a prevalência da obesidade aumentou três vezes, o que equivale a 50% do sobrepeso em adultos e na infância observou-se um aumento de 20%. De salientar no entanto que destas crianças, um terço são obesas. O autor salienta ainda que a obesidade infantil apresenta uma prevalência mais alarmante nos países do sul da Europa do que nos da Europa do Norte. Em Malta, Espanha, Portugal e Itália as crianças com idades compreendidas entre 7 e 11 anos, mais de 30% apresenta excesso de peso, enquanto 20% da população do mesmo grupo apresentam sobrepeso ou mesmo obesidade na Inglaterra, Irlanda, Chipre, Suécia e Grécia (IOTF, 2005). As taxas mais baixas de obesidade infantil são encontradas na Lituânia, Letónia, Países Baixos e Polónia.

Segundo dados da (IOTF, 2008), a obesidade em Portugal nos jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 18 era de 23.5% para os rapazes e 21.6% para as raparigas. Também Carvalho et al (2011) salienta que o excesso de peso e a obesidade têm aumentado em Portugal e os estudos comprovam que esta situação parece ter origem nos padrões de comportamento alimentar que atualmente se praticam. Ainda segundo o autor a obesidade encontra-se essencialmente ligada aos atuais hábitos alimentares e baixos níveis de atividade física a qual tem diminuído entre os jovens. No entanto, outros fatores têm a sua influência e, paralelamente aos comportamentos individuais, também se relacionam cada vez mais com políticas sociais, económicas e de desenvolvimento, como aquelas relacionadas com agricultura, transportes, planeamento urbano, ambiente, distribuição alimentar, processamento, marketing e educação. O autor refere ainda

que os níveis de atividade física são muito reduzidos em determinados grupos, sendo Portugal um dos países com mais elevada prevalência de inatividade física da União Europeia. Esta tendência provoca aumento de doenças e mortes prematuras traduzindo custos humanos elevados assim como um enorme impacto económico no país (Carvalho et al, 2011).

Os relatórios da IOTF e da The European Association for the Study of Obesity (EASO) revelam que as características genéticas desempenham um papel importante na obesidade infantil, tal como o padrão alimentar e a atividade física desempenham um papel determinante nessa mesma obesidade. As crianças obesas que têm pais com obesidade e que crescem com um baixo rendimento familiar têm maiores probabilidades de serem obesas (IOTF, 2008; EASO, 2005).

Os estudos mais recentes divulgados no relatório COSI de 2010 comprovam que os jovens ainda apresentam valores elevados de excesso de peso e obesidade, apesar da existência de uma descida dos valores comparativamente a avaliação efetuada em 2008. Comprovou-se ainda que a obesidade dos pais é um fator de risco para a criança e a probabilidade de uma criança com pais magros ser obesa é de cerca de 9%, já quando um dos progenitores é obeso essa probabilidade aumenta para 50% mas, se ambos forem obesos a probabilidade dessa criança passa para 80% (Castro, 2004). Com base nesta premissa deve-se evitar que a criança se torne num adulto obeso e quanto mais tempo a criança ficar com excesso de peso, mais provavelmente este estado se manterá na adolescência (Whitaker e Dietz,1997). Para Castro (2004:106) “uma criança obesa tem até 80% de probabilidade de se tornar um adulto com peso excessivo”.

O meio familiar da criança apresenta grande influência no seu desenvolvimento e é aqui que se determina a alimentação da família e da criança. De acordo com Spada (2005:27) “a família é responsável pela formação do comportamento alimentar da criança por meio da aprendizagem social e os pais são os primeiros educadores nutricionais”. A família surge como modelo para a criança e as atitudes alimentares dos pais têm mostrado ser um forte preditor dos gostos e aversões da criança. Viuniski (2007) refere que é impossível corrigir a alimentação de uma criança sem o apoio de toda a família.

Com as alterações que o núcleo familiar tem sofrido e com a inclusão da mulher no mundo do trabalho, as crianças passaram a ser cuidadas e educadas em contextos complementares ao familiar (creches, escolas) Santos (2004). Este fato

também apresenta a sua influência na alimentação da criança porque esta terá que seguir as regras e as normas da organização onde está inserida e a maioria das crianças passa o dia fora do seu contexto familiar, fazendo apenas uma refeição em casa, pelo que os seus contextos de aprendizagem passaram para fora da família, nomeadamente para a escola.

Os tempos livres das famílias e das crianças também sofreram alterações e o fato de os pais trabalharem longe de casa faz com que os seus tempos livres reduzam, tal como o tempo de brincadeira da criança na rua ou em parques o que não ajuda na mobilidade das crianças, permanecendo estas em casa grande parte do tempo. A televisão, o computador e os jogos de consola tornam-se uma diversão e uma ocupação para as crianças o que eleva a sua inatividade. Este fato foi o alvo do estudo de Mahan e Stump (1998) que concluíram que entre os jovens das grandes cidades a inatividade tem aumentado exatamente pelo uso excessivo de jogos, internet, televisão, diminuindo o tempo disponível para a prática de exercício físico.

Com o aumento da obesidade infantil surgem também as alterações na imagem corporal, as quais podem originar problemas comportamentais e sociais. Gonçalves e Gorayeb (2005:38) referem que as crianças sofrem discriminação e estigmatização social o que prejudica o seu funcionamento físico e psíquico, apresentam dificuldades em realizar atividades diárias como ir à escola, fazer exercício físico, namorar e divertir-se. Referem ainda que as crianças obesas sofrem com o preconceito dos colegas e por isso são menos aceites nos grupos. Ainda segundo os autores, esta estigmatização por parte dos pares e da sociedade pode originar quadros psicológicos, depressão, tristeza, agressividade, ansiedade.

O estudo documentado no relatório COSI (2008) indica que a prevalência da obesidade está relacionada com o grau de instrução dos pais, as atividades sedentárias e o grau de urbanização do local de residência. O estudo abrangeu o País e as regiões autónomas (Rito et al, 2010). Foram envolvidos no estudo crianças dos 6 aos 8 anos de idade e de acordo com os critérios da OMS 1% das crianças apresentava baixo peso, 37.9% apresentavam excesso de peso e 15.3% tinha obesidade, observando-se que os valores mais elevados verificaram-se nos rapazes. Os Açores são a região que apresentou maior prevalência de crianças com excesso de peso independentemente do critério utilizado e a região do Algarve foi a que apresentou menor prevalência. No relatório são também apresentados os

resultados referentes às características de saúde da família onde se verificou que a maioria dos encarregados de educação desconhece se na sua família existem doenças como hipercolesterolemia, diabetes e hipertensão, no entanto “foi na hipercolesterolemia, onde existiu um maior número de respostas positivas (29.1%), hipertensão (22.8%) e diabetes (12%)” (Rito et al,2010:38). A região do Alentejo foi onde se verificou o maior número de casos de hipertensão (28.8%). O Algarve e o Alentejo são as regiões onde se verifica uma maior prevalência de crianças com diabetes (16.5% e 15.9% respetivamente). Em relação ao grau de instrução, o estudo revela que a maioria dos pais (47.4%) e das mães (48.8%) tinham completado o ensino secundário (Rito et al., 2010: 38). O estudo mostrou que a maior percentagem de mães e pais desempregados eram da região Alentejo (10.4% e 8.5% respetivamente). Ao analisar o currículo escolar conclui-se que “a grande maioria das escolas (81.8%) tinha educação alimentar no currículo escolar” (Rito et al., 2010: 45).

Neste estudo, após a análise dos resultados, a frequência alimentar das crianças em relação aos alimentos ingeridos quatro ou mais vezes por semana por tipo de alimento são os refrigerantes *light* (96.3%), batatas fritas de pacote, *snacks* pipocas ou aperitivos salgados (94.6%), pizzas e batata frita (em casa) *hambúrguer* e salsichas (93.5%), refrigerantes ou chás açucarados com valor de 80% e biscoitos/bolachas, doces, bolos, *donuts* apresentam um valor de 74,4%. O estudo revela a percentagem de alimentos que as crianças nunca consomem como exemplo a água (97.1%), o pão (83.9%), o leite meio gordo ou magro (83.7%), a sopa (62.9%), a fruta e os produtos hortícolas também apresentam percentagens muito elevadas (20.4%, 14.4% respetivamente) como nunca consumidos pelas crianças. Face aos resultados obtidos conclui-se que as crianças preferem refrigerantes *light* ou *diet* à água e o pão é substituído pelos biscoitos, bolos ou *donuts*.

As crianças/jovens apresentam o poder de persuadir, no entanto os pais devem ter acesso à informação e à composição dos alimentos que compram, para que lhes possam oferecer uma alimentação correta.

O estudo revela ainda que as crianças/jovens deslocam-se de casa para a escola essencialmente de automóvel (52,2%), porque a maioria dos encarregados de educação (68,7%) não considera o caminho para a escola seguro (Rito et al., 2010: 8). Quando questionados os coordenadores escolares, estes referiram que as

estradas de acesso a escola/casa eram seguras para as crianças se deslocarem a pé ou de bicicleta, opinião contraditória à opinião dos pais.

“A raiz do problema relaciona-se com a rápida transição social e económica, acompanhando a transição epidemiológica e nutricional” (Rito et al., 2010:10). Neste estudo, a introdução dos pais no mercado de trabalho e o fácil acesso à comida pré-feita são dois fatores com relevada importância no contexto alimentar das crianças.

No estudo de obesidade infantojuvenil realizado em 5.708 crianças e adolescentes em Portugal com idade entre os 10 e os 18 anos, dos quais 51.9% eram do sexo feminino e 48.1% do sexo masculino, a prevalência de excesso de peso dos adolescentes em apresenta uma média de 30.4% (27.2% são raparigas e 35.7% rapazes). Observou-se também que 22.6% apresentavam pré-obesidade e 7.8% apresentavam mesmo obesidade (Sousa, 2010). Quando avaliada a distribuição do percentil e do Índice de Massa Corporal (IMC), é nos mais jovens que os indicadores de pré-obesidade e obesidade são superiores. De acordo com os dados, estes indicadores são de 36.7% nas crianças entre os 10 e os 11 anos, de 33.1% nos de 12-13 anos, de 27.6% no grupo dos 14-15 anos e 24.5% nos jovens de 16-18 anos (Sousa, 2010). Este estudo, demonstra que os hábitos sociais e culturais ainda não mudaram, mas poderão estar em mudança.

Torna-se então necessário a divulgação dos resultados e a aplicação de estratégias interventivas, para que todos consigam alterar as suas práticas quotidianas. Existem mudanças de políticas na saúde que envolvem vários sectores mas só através de ações educacionais conjuntas e globais dos atores interessados se poderá mudar o número elevado de crianças com excesso de peso e obesidade que atingimos nestes últimos anos. É necessário informar os pais e educadores para conseguir alterar conceitos e ideias, facultar informação credível sobre as práticas que estão a utilizar na educação e promoção da saúde dos seus filhos, complementarmente ao que já se faz na escola.

A alimentação sofreu alterações nos últimos anos. A dieta mediterrânica e os seus benefícios estão a cair em desuso e está a ser substituída por outros alimentos menos saudáveis, no entanto de fácil acesso. As pizzas, os hambúrgueres, as salsichas, a comida já previamente confeccionada que se coloca no micro-ondas e os refrigerantes gaseificados são exemplos de comida altamente hipercalórica e saturada em gorduras, que atualmente são ingeridos por grande parte das famílias. Estes alimentos poderão não ser totalmente proibidos, mas é preferível que sejam

considerados exceções. Nas últimas décadas foram efetuados estudos específicos que comprovam que os hábitos alimentares atuais são considerados nocivos para a saúde e que os pais/educadores deviam encontrar estratégias para modificar os comportamentos alimentares. As crianças nos primeiros anos comem o que os pais comem e estes hábitos são adquiridos e interiorizados como a melhor fonte de informação para a criança (Whitaker e Dietz, 1997).

As mudanças sociais, económicas e a influência multicultural introduziram na alimentação o consumo de bebidas açucaradas e gaseificadas. Estas bebidas foram alvo de estudos e estão relacionadas com a obesidade devido ao excesso de açúcar que contém. Num estudo que abrange o consumo de leite, de sumo de fruta e bebidas concentradas e refrigerantes, o consumo energético foi positivamente associado ao consumo de refrigerantes. As crianças que consumiam mais refrigerantes consumiam menos leite e menos sumos de fruta. Os autores do estudo propõem ações de educação a crianças e educadores como forma de poder limitar o consumo de refrigerantes, bem como manter as políticas de saúde que limitam o acesso das crianças aos refrigerantes em creches e escolas (Harnack L. et al,1999).

Em relação às porções de alimentos Young e Nestle concluíram que as crianças consomem porções maiores do que necessário e excedem as normas definidas e a energia disponível nas porções e nos conteúdos é superior à necessária. Salientam ainda que para se obterem resultados positivos na educação e no combate à obesidade, os esforços devem concentrar-se em consumir porções alimentares menores (Young & Nestle, 2002). No entanto “o sistema proporciona o mal (a abundância do consumo) e, paralelamente o seu remédio (a restrição ou o consumo de substâncias e atividades emagrecedoras)” (Arnaiz, 2005:151).

Também Fisher, Rolls e Birch estudaram as porções alimentares. Analisaram os efeitos sobre a exposição repetida de grande quantidade de alimentos no prato principal em crianças de idade pré-escolar. O objetivo seria a criança selecionar o tamanho da porção necessária e avaliar as associações de resposta das crianças ao tamanho da porção, com o status de peso e comer em excesso. Concluíram que as porções grandes induzem a ingestão excessiva durante as refeições. As crianças com défice de saciedade podem ser mais suscetíveis a grandes porções. No entanto, permitir que as crianças selecionem as suas porções, pode contornar os efeitos da exposição a grandes porções na alimentação da criança (Fisher, Rolls & Birch, 2003). Contrariamente, um estudo canadiano alerta que se devem ter

conhecimentos ou haver orientação para que o tamanho e número das porções seja orientado, segundo o guia alimentar. Estes autores concluíram que são servidas porções maiores de vegetais e frutas e leguminosas ser maior que o preconizado, as carnes e queijos são menores que o preconizado porque os intervenientes no estudo consideram que precisam de aumentar as suas calorias e por isso aumentavam as porções. Concluíram que servindo tamanhos maiores consumiram menos porções, o que alterou por completo as recomendações do guia (Kuk, 2012:925). Sugerem que exista maior educação para que sejam cumpridas as diretrizes alimentares.

O ambiente familiar desempenha um papel fundamental no tratamento da obesidade infantil, de tal forma que a terapia comportamental que envolve os pais tem melhores resultados na manutenção a longo prazo da perda ponderal em crianças (Hay, 2004).

À semelhança de Kuk também (Kaplan et al, 2004) referem que os pais devem ter conhecimentos adequados sobre nutrição, seleção de alimentos, tipo de refeições, conceção de alimentação saudável e hábitos de atividade física.

Para se efetuar uma intervenção familiar há que compreender a criança e a sua família, conhecer os seus hábitos de alimentação bem como de atividade física. É na família e com a família que este problema tem que ser enfrentado e desde o nascimento da criança que a família tem influência neste processo de desenvolvimento da criança (Padez et al, 2004).

A informação e a formação da mãe são dois fatores importantes da prevenção, no entanto são múltiplos os aspetos que podem influenciar a criança e contribuir para o excesso de peso (Araújo et al, 2006).

Os estilos de vida adotados são outro fator que contribui para o excesso de peso e obesidade. O sumo de fruta a 100% e outras bebidas de frutas adoçadas têm recebido a atenção por parte dos investigadores e são consideradas potenciais fontes de alta energia e por vezes estão relacionadas com a obesidade. O'Connor, Yang & Nicklas (2006) estudaram a ingestão de bebidas entre crianças com idade pré-escolar e o seu efeito sobre o *status* de peso. Investigaram a associação entre os vários tipos e quantidades de bebidas consumidas e o *status* de peso. Das 1160 crianças estudadas com idade entre 2 e 5 anos concluíram que 24% apresentavam sobrepeso e que não havia diferenças entre género.

Souza et al (2007) estudaram os principais fatores responsáveis pela alta incidência da obesidade infantil e jovem e concluíram que além da predisposição

genética, o estilo de vida adotado privilegia o sedentarismo, os hábitos alimentares são inadequados e são influenciados pelos média, no consumo de alimentos hipercalóricos. Nas suas recomendações de prevenção da obesidade ressaltam a adoção da prática desportiva com regularidade, uma alimentação equilibrada em quantidade e qualidade e vigilância e o controle pela família, desde sempre.

Para Arnaiz (2005:157) “a alimentação já não estrutura o tempo, mas o tempo estrutura alimentação, os tempos de trabalho, de ócio e o festivo (...) as práticas alimentares são percebidas agora como um tempo necessário. Por essa razão o *snacking* aparece no contexto concreto coincidindo com os trabalhos altamente produtivos que requerem menor dispêndio de tempo nas refeições”. O tempo tornou-se um recurso escasso o qual limita as famílias em preparar e disponibilizar uma alimentação equilibrada. Com a valorização do tempo e as pressões exercidas pelos constrangimentos do trabalho aumentou o recurso às refeições fora do domicílio. Assim “o êxito dos *fast-foods* do tipo MacDonald’s vincula-se entre outras coisas, a esse novo valor dado ao tempo” Arnaiz (2005: 157). O autor refere ainda que nesses locais confluem vários fatores socioculturais e estes restaurantes “cumprem a missão de oferecer pratos rápidos, com cardápios surpresa, a preços acessíveis, e assim os jovens podem marcar melhor as suas diferenças” Arnaiz (2005: 157).

É reconhecido pela sociedade que a família e a dinâmica familiar apresentam grande influência nos hábitos alimentares das crianças/jovens. A vida familiar proporciona que estes vejam mais televisão, o que também influencia as suas escolhas e os seus hábitos. Existe portanto uma correlação positiva entre os alimentos que as crianças/jovens visualizam na televisão com os pedidos para a compra desses mesmos alimentos (Silva, Costa e Ribeiro, 2008).

Oliveira, numa análise sociológica da construção das relações de um grupo de pares, com crianças em idade escolar, analisou o conhecimento que estas têm sobre a obesidade e até que ponto este fato é determinante nas suas relações. Em relação à atividade física os resultados obtidos demonstram que a maioria dos alunos tem alguma liberdade de circulação no entanto deslocam-se para a escola, para o clube desportivo e para a casa dos amigos quase sempre de automóvel. No que diz respeito à alimentação, os resultados obtidos indicam que “as crianças da amostra apesar de apresentarem algumas dúvidas em relação ao consumo de certos alimentos, de uma maneira geral demonstram estar conscientes da importância de uma alimentação saudável para o seu bem-estar físico” (Oliveira,

2009: 107). No que concerne à determinação do grau de amizade, verifica-se que os alunos escolhidos como preferidos e, como menos preferidos, nada têm a ver com a questão do peso. A autora afirma ainda que “contrariando o estigma social que tantas vezes está associado à obesidade, pois muitas vezes as crianças/jovens estão sujeitas a ser ridicularizadas e alvo de chacota por parte dos colegas e ainda sofrer atitudes negativas por parte dos professores e funcionários, ... tal situação não se verificou” (Oliveira, 2009: 107). A autora refere que a maioria dos alunos revelou estar satisfeito com a sua aparência física e não tem intenções de a alterar.

Os jovens obesos e que não apresentam problemas físicos ou psicológicos ao entrarem na idade adulta tentam fazer dieta menos vezes e apresentam facilidade em ser fisicamente ativas seguindo dietas saudáveis (Kulk, 2007). A autora do estudo revela que tentar perder peso e fracassar pode ser pior que manter um peso elevado.

As práticas de mudança são alvo de vários projetos de intervenção em todo o mundo, o projeto de prevenção “Romp & Chomp”, é um desses exemplos o qual foi implementado na cidade de Greater Geelong em Vitória na Austrália, (Silva-Sanigorski et al, 2010). O projeto abrange todas as crianças/jovens e as suas famílias e procurou mudar a política, sociocultural e aspetos ambientais de modo a melhorar a prevenção da obesidade infantil. Neste projeto foram desenvolvidos vários programas e cada um apresenta as suas mensagens chave. Por exemplo um desses programas é “The Kids-Go”, que incentiva para uma alimentação saudável e atividade física precoce e as suas mensagens chave eram seis: alertar para a existência de uma quantidade certa de alimentos; as crianças têm que se movimentar jogar caminhar; deixar de jogar em máquinas e passar a jogar menos; alertar para beber água todos os dias; caminhar e passear todos os dias e finalmente devem incluir na sua alimentação diária fruta e vegetais. No projeto incluem-se as estratégias comportamentais que chegaram à população através de quatro mensagens: Ter atividade física diária, beber água durante o dia e ingerir menos bebidas doces, todos os dias incluir na alimentação frutas e vegetais e ver menos TV/DVD/Jogos.

Como principais resultados verificou-se uma redução de 2.6% na prevalência de sobrepeso nos primeiros dois anos conseguindo uma redução final de uma prevalência de 18.6% para 15.2%. Conseguiram melhorar os lanches, aumentar o consumo de fruta vegetais e leite, no entanto o tempo despendido para ver

TV/DVD/Jogos manteve-se inalterável. Houve uma receptividade de políticas de implementação de comportamentos saudáveis onde existe a exigência dos pais em aderir às diretrizes sobre alimentação saudável. Verificou-se um aumento de atividade física na primeira infância e uma redução na procura de alimentos menos saudáveis oferecidos às crianças/jovens como recompensa. Os resultados da intervenção comunitária mostram que os seus objetivos foram alcançados, no entanto requer que a longo prazo exista um compromisso com as parcerias em manter os programas de educação infantil e cuidados na comunidade ativos Silva-Sanigorski et al (2010:9).

“A intervenção dirigida à correção dos estilos de vida, nomeadamente dos hábitos alimentares e da atividade física, traduz-se numa melhoria ainda que modesta dos diversos parâmetros avaliados (antropométricos e bioquímicos), o que demonstra a importância destas medidas, na redução do risco futuro” (Pedrosa, 2010:7).

O *stress* tem sido apontado como um dos fatores que propiciam a obesidade. Para (Pinto, 2012) as crianças/jovens do sexo feminino, filhas de pais superprotetores e demasiado zelosos podem ser mais propensas ao desenvolvimento da obesidade. Isto acontece porque os pais transmitem às crianças /jovens a imagem de um mundo ameaçador, causando-lhes ansiedade e consequentemente provocando um aumento de cortisol, a hormona do *stress*. Em relação aos rapazes refere quando existe uma vinculação insegura, os rapazes tendem a exteriorizar o comportamento (tornando-se agressivos por exemplo), enquanto as meninas parecem internalizar as emoções comendo. Como medidas de intervenção a investigadora defende que é necessário alterar emoções e ensinar a lidar com o *stress* através de intervenções psicoterapêuticas que corrijam a relação criança/jovem//cuidador. Refere ainda que os pais devem procurar ajuda para as meninas com excesso de peso e com uma personalidade introvertida, sobretudo quando a dieta não surte efeito. Salaria que reencaminhar a criança ou adolescente para o psiquiatra deve fazer parte das “boas práticas” da pediatria e da nutrição (Pinto, 2012).

Após efetuarmos esta pesquisa sobre a temática da obesidade infantil, concordamos com Gard quando se questiona sobre o que podemos fazer sobre isto? De fato, não são apenas os programas de luta contra a obesidade que não resultam mas também as repercussões que as políticas sociais produzem nas

peças, inevitavelmente, com consequências inesperadas. O autor refere que quem quer combater na *guerra contra a obesidade*, pode muitas vezes ser um consolo para as pessoas, especialmente crianças, que são o alvo de intervenção. A *“guerra contra a obesidade”* ganha ímpeto, e teremos que nos questionar como as crianças serão afetados por esta nova guerra e como serão afetadas no futuro (Gard, 2007:1210).

Verificou-se ao longo deste texto que a visão histórica e social da infância foi sofrendo modificações ao longo do tempo, a imagem da criança como objeto de proteção e como sujeito com direitos e deveres é recente (Hendrick,2005). Ainda segundo o autor as crianças/jovens não apresentam voz para contestar as visões adultas que sobre elas se produzem. Muitas crianças ainda estão excluídas das condições mínimas e dignas de um ser humano e muitas outras estão no limiar dessa fronteira (Santos, 2001:59). A forma como a família cuidava as crianças era aprendida como um costume herdado o poder sobre a criança pertencia ao pai. Hoje, embora os pais sejam os responsáveis pelas crianças, estas além de serem protegidas familiarmente também o são socialmente.

A criança/jovem hoje tem acesso à informação e procura o que mais lhe interessa e um dos seus motivos de interesse é a alimentação. A vivência do dia-a-dia faz com que os pais procurem lugares onde as crianças/jovens permaneçam enquanto os pais trabalham, esses lugares oferecem uma alimentação que seja bem aceite por estes embora, essa alimentação possa não apresentar todos os requisitos que as entidades periciais defendem. Segundo os peritos a atividade física e uma “boa alimentação” são os principais requisitos para se conseguir manter o peso dentro dos limites estabelecidos. As sociedades modernas desencadearam a reordenação do contexto de vida e do homem e fez emergir um novo modo de vida, no qual a oferta e o consumo de alimentos aumentou expressivamente e os alimentos tornaram-se acessível (Fischler,1995). A falta de tempo disponível para cozinhar diminuiu. As famílias optam por alimentação pré cozinhada existindo assim uma influência nas práticas alimentares, “a alimentação já não estrutura o tempo, mas o tempo estrutura a alimentação” Arnaiz (2005:157) justificando assim “o êxito dos fast foods do tipo MacDonal’d’s vincula-se entre outras coisas, a esse novo valor dado ao tempo” (Arnaiz, 2005).

A exposição a grande quantidade de alimentos poderá ter efeitos nocivos, provocar excesso de peso ou obesidade (Fischer et al, 2003). Os hábitos de

alimentação em família foram praticamente abandonados com a adoção de novos estilos de vida.

Atualmente existe uma transição social em que a dinâmica social das famílias sofreu uma reestruturação. Houve uma adaptação social a novas tendências alimentares da família e, simultaneamente, uma reestruturação dos hábitos de lazer das crianças e jovens, onde o sedentarismo passou a ter um lugar central.

1.3 - ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO CONTRA A OBESIDADE INFANTIL

Este capítulo visa perscrutar como o desenvolvimento comunitário representa uma estratégia de intervenção social, quer na educação que é facultada às crianças e aos jovens no meio escolar, quer na educação do meio familiar e ainda analisar como a sociedade intervém nos hábitos culturais e nos hábitos do dia-a-dia das crianças/jovens. A reflexão obtida através de conhecimentos, diálogos e práticas com os pais, família e com a comunidade escolar educativa poderá fornecer pistas para a obtenção de ganhos quer a nível social, cultural e até na saúde da criança/jovem/família. Assim, serão sempre necessários pontos de convergência e de intervenção protagonizados por vários atores intervenientes neste processo.

O processo de ensino é apontado como “um mecanismo pelo qual se pretende alcançar certos objetivos e para isso se mobilizam meios, organizando-se numa estratégia sequencial e lógica” (Araújo et al., 2009:2). O ensino orienta-se por objetivos que visam desenvolver algumas áreas como a área do conhecimento, a área afetivo-emocional, a área das habilidades e atitudes ou a área dos valores. “A área cognitiva compreende o aspeto mental e intelectual do homem: a sua capacidade de pensar, refletir, analisar; desenvolvimento na área afetivo-emocional, significa abrir espaço para que sejam expressos e trabalhados aspetos como atenção, respeito...; desenvolvimento na área habilidades humanas e profissionais aprender a se expressar com o outro colega, com o professor, com profissionais da área...; desenvolvimento de atitudes e valores, responsabilidade pelo seu processo de aprendizagem, ética, respeito com o outro e suas opiniões” (Masetto, 2003:37).

O ensino é um processo progressivo, rege-se por várias orientações às quais o programa escolar visa dar resposta. “Um bom ensino deve ser construtivista, promover a mudança conceitual e facilitar a aprendizagem significativa” (Moreira, 1997:19). O contexto educativo na atualidade praticamente não utiliza os termos, estímulo, resposta, reforço positivo, utilizam-se palavras como aprendizagem significativa, mudança conceitual e construtivismo. Aprender é uma parte integrante do processo de crescimento das crianças, elas aprendem de diversas formas, essencialmente no meio familiar ou no meio onde estão inseridas.

“O ambiente familiar é o ponto primário da relação direta com os seus membros, onde a criança cresce, atua, desenvolve e expõe seus sentimentos, experimenta as primeiras recompensas e punições a primeira imagem de si mesma e seus primeiros modelos de comportamentos...” (Sousa, 2008:2). É neste meio de aprendizagem que a criança/jovem aprende a gerir as normas e a distinguir as regras consoante as diversas situações com que se depara. A família desenvolve um papel importante na forma de representação do mundo e é através dela que se inicia o envolvimento da criança com o mundo. “A família funciona como o primeiro e mais importante agente socializador, é o primeiro contexto no qual se desenvolvem padrões de socialização em que a criança constrói o seu modelo de aprendiz e se relaciona com todo o conhecimento adquirido durante sua experiência de vida primária e que se vai refletir na vida escolar” (Sousa, 2008:3).

No entanto, a escola é um ponto de referência e ampliação de uma identificação com a família para uma identificação na construção do ser social. Para os pais, a escola deve ter um ambiente seguro e acolhedor para as crianças, desta forma a escola constitui-se como um elemento facilitador de aprendizagem da vida escolar.

Outro ponto fundamental para os pais é o professor o qual tem um papel preponderante no processo de aprendizagem da criança. “O professor é o mediador competente entre o aluno e o conhecimento, tendo a possibilidade de criar situações de aprendizagens e provocar o desafio intelectual” (Sousa, 2008:6). A família e a escola apresentam um objetivo comum, educar crianças e adolescentes, transmitir valores éticos e morais considerados importantes para viver em sociedade.

Acontece que nem tudo o que se é ensinado é aprendido, ensinar não é o mesmo que aprender (Bordenave e Pereira,1991).

Torna-se necessário que família e escola atuem como agentes facilitadores do desenvolvimento da criança ou adolescente, para que desenvolva uma integração social progressiva.

A atualidade do desenvolvimento comunitário como estratégia de intervenção social apresenta várias vertentes que se aplicam na prática do terreno. Entre estas vertentes destaca-se a educação, a saúde, a exclusão social, a cação macrossocial e rumos promissores (Carmo, 2001:26). Ao nível da educação, o autor destaca a formação inicial e a formação contínua. No setor da saúde entende o autor que existem três áreas distintas de estratégias onde referencia cidadãos fragilizados

(que necessitam de apoio logístico e apoio psicossocial) cuidados primários e cuidados diferenciados. Ao nível da exclusão social, o autor sobressai a importância do *empowerment* do sistema cliente e *advocacy* pelo sistema interventor e aqui engloba três áreas distintas, crianças e jovens, adultos e idosos. Na ação macrossocial enfatiza as áreas do planeamento e organização, da defesa dos direitos humanos, da proteção civil e dos programas internacionais. Finalmente na área dos rumos promissores o autor destaca a educação para a democracia e a educação aberta e à distância.

As estratégias de intervenção são vastas e abrangem diversas áreas. Interessa ressaltar a intervenção social e parece existir consenso de que esta visa uma dupla finalidade: responder a necessidades de substância e de participação dos indivíduos (Falcão, 1979:15).

A intervenção social apresenta vários conceitos e segundo Novak & Gowin (2002), ela integra quatro elementos fundamentais. O sistema interventor (pessoas, grupos, organizações, comunidade), em interação (comunicações) com um sistema cliente (pessoas, grupos, organizações e comunidades) com um ambiente próprio (político, económico e sociocultural). As intervenções sociais em saúde com vista à promoção da saúde da criança/jovem e da família necessitam de educação e de informação para gerar a mudança e proporcionar o conhecimento. “A promoção da saúde, propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para o enfrentamento da resolução, ... promoção da saúde passa a relacionar-se com a vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria” (Moraes, 2008: 2043). A promoção da saúde engloba mudanças de estilo de vida com abordagens educacionais e comportamentais. Para Moraes a promoção da saúde procura “modificar as condições de vida dos indivíduos, tornando-a digna; transformar os processos individuais na tomada de decisão no que se refere à saúde e qualidade de vida; melhorar as condições de bem-estar físico e social... conclui-se que a promoção da saúde tem um carácter social, político e cultural, sendo contínua e dinâmica” (Moraes, 2008:2043). No entanto, pauta-se sempre por uma normatividade estrita, ignorando muitas vezes as questões culturais e os hábitos e tradições associadas à alimentação. Também as mudanças operadas nos últimos anos, nos estilos de vida, tende a ser relegadas para um plano secundário, quando se trata de prescrever os preceitos alimentares, ditos corretos. O exemplo disso, são

as medidas de luta contra a obesidade emanadas pelos diferentes países, sempre numa perspetiva macroestrutural, onde o quotidiano dos indivíduos, a sua cultura, tradição e modos de vida, ocupam um lugar marginal

De fato, as estratégias de intervenção para a saúde, são emanadas pelas políticas organizacionais e governamentais a nível mundial, europeu e adotadas por cada País, tendo sempre subjacente o fator económico, a cultura da população e a sua educação. São as orientações das organizações internacionais ou nacionais que se devem procurar manter. A nível europeu, a alimentação e a nutrição são considerados elementos chave na definição dos objetivos, estratégias e recomendações, presentes em diversos documentos uma vez que é urgente a modificação de comportamentos alimentares e de atividade física.

Com a preocupação de contrariar a tendência da Obesidade, a Conferência Ministerial Europeia (2006) em conjunto com a OMS, reuniram em Istambul e elaboraram uma proposta de Carta Europeia para impedir o aumento da Obesidade e cada país definiu estratégias para diminuir a obesidade. Neste documento os estados membros da região europeia comprometeram-se a implementar a Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade. Foi definida a estratégia global para a dieta, atividade física e saúde onde é recomendado que se deva alcançar um equilíbrio e um peso saudável, se limite o consumo de energia extraídas de gorduras totais e se opte pelo consumo de gorduras insaturadas. Foi também definido aumentar o consumo de frutas, verduras, legumes, cereais integrais, limitar o consumo de açúcares e o consumo de sal. O objetivo é alcançar um nível elevado de proteção da criança contra a promoção comercial de alimentos e bebidas. Segundo as entidades periciais existe ainda uma estratégia que consiste em incentivar e promover comportamentos “saudáveis”. Nesta vertente é realçado o papel do *marketing*, publicidade, patrocínios e promoções.

Também a International Association for the Study of Obesity (ASO) que é uma organização representada em 56 países, tem na sua missão melhorar a saúde global das pessoas, promovendo a compreensão da obesidade e das doenças que com ela se relacionam através da investigação científica e do diálogo, incentivando ao desenvolvimento de políticas efetivas para sua prevenção e gestão. No relatório de 2008 faz referência ao acordo alcançado pelos Estados Membros na Sexagésima Assembleia Mundial da Saúde, onde se definiram recomendações sobre a comercialização de alimentos e bebidas não alcoólicas, como parte da

implementação da Estratégia Global sobre a prevenção e controle de doenças não transmissíveis. Esta proposta tem em conta os princípios da IOFT de Sydney e é desenvolvida com o objetivo de alcançar um nível elevado de proteção da criança/jovem contra a promoção comercial de alimentos e bebidas. Nesta estratégia inclui-se a promoção e adoção de medidas internacionais, políticas intersectoriais, regulamentares e outras medidas que sejam apropriadas e que minimizem o efeito dos principais fatores de risco.

A convenção da OMS (1959) sobre os direitos da criança estabeleceu que todas as ações relativas aos melhores interesses da criança devem ter prioridade. Portanto, os governos *são obrigados* a implementar medidas de combate ao fornecimento de alimentos nutritivos e devem garantir que todos os segmentos da sociedade, em especial os pais e crianças, tenham acesso à educação e sejam apoiados na utilização dos conhecimentos sobre saúde e nutrição infantil.

Em Portugal verifica-se um crescente número de casos de pré-obesidade e obesidade infantil. O *site* da Direção Geral de Saúde (DGS) emana orientações anualmente, sobre estratégias de promoção e educação para a saúde. Nesta plataforma informática existem diversos *links* de Programas e Projetos. Entre os vários Programas e Projetos foi implementada a plataforma contra a obesidade em 2007, a qual apresenta uma vasta equipa que tem por missão a concretização dos objetivos definidos na carta Europeia de luta contra a obesidade, subscrita pelos estados membros europeus da OMS e ainda a prevenção e o controle da obesidade em Portugal.

Definiu-se que a Plataforma teria como missão, dar resposta ao preconizado, prevenir e controlar a pré-obesidade e a obesidade em três vertentes essenciais: a alimentação, a atividade física e a modificação de comportamentos. A sua finalidade é “diminuir a incidência e a prevalência da pré-obesidade e da obesidade através da adoção de medidas integradas de prevenção primária, secundária e terciária” (DGS, 2007:7).

A Plataforma contra a obesidade através das orientações que recebeu e em conjunto com os seus parceiros definiu medidas ao nível da prevenção primária, secundária e terciária que são as bases fundamentais de vários programas que se encontram em desenvolvimento. As medidas de prevenção primária que foram definidas e adotadas ao nível de *política e regulação* aceitam e adotam a tradução da carta europeia e edição da carta portuguesa de combate à obesidade; Editar as

recomendações alimentares (normas de orientação); Controlar através de proposta de lei, o perfil nutricional dos alimentos produzidos pela indústria alimentar; Proposta de lei para reformulação da rotulagem das embalagens dos alimentos de forma a tornar legível a informação nutricional; Proposta de lei regulando o *marketing* e publicidade de alimentos dirigidos a crianças e adolescentes.

Ao nível da prevenção primária foram adotadas medidas ao nível da prestação de cuidados que se orientaram para a criação em cinco centros de saúde de um programa experimental de consultas multidisciplinares; Avaliação do programa experimental; A criação através de despacho de um módulo de aconselhamento no centro de atendimento telefónico do SNS; Definir um protocolo de referência entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares.

Foram ainda definidas medidas intersectoriais na prevenção primária, onde se destaca a implementação do código de boas práticas com a indústria alimentar; a Realização do II inquérito alimentar nacional; Regulamentação e criação do menu saudável em restaurantes; Criar o concurso anual do menu saudável; Desenvolver orientações em matéria de urbanismo promotoras da atividade física; Criar gabinetes nos municípios com competência em matéria de alimentação que supervisionem a alimentação pré-escolar e escolar; Estabelecer protocolo com o Instituto do Desporto em Portugal para elaboração de recomendações nacionais para a atividade física e para a realização de ações de formação /informação.

Definiram-se medidas de comunicação/informação/investigação/educação e formação entre as quais se elaborou:

- A proposta de criação do plano de comunicação;
- Operacionalização do plano de comunicação;
- Desenvolvimento do programa de educação para a saúde (pré-escolar);
- Despacho definitivo que regula a obrigatoriedade da formação em abordar a temática da obesidade, nos internatos complementares de medicina geral e familiar;
- Integrar nos currículos dos programas educativos das escolas de saúde /faculdades de medicina e de enfermagem, um módulo sobre obesidade e estilos de vida saudáveis; Desenvolver anualmente e a nível nacional duas ações e formação de formadores em alimentação saudável, nutrição e atividade física;

- Desenvolver anualmente vinte cursos de formação, distribuídos pelas cinco ARS, sobre alimentação saudável, nutrição e atividade física, dirigidos a médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisiologistas do exercício e psicólogos;
- Incentivar a criação de linhas de investigação relacionadas com a prevenção e tratamento da pré-obesidade e obesidade (DGS, 2007).

Ao nível da prevenção secundária e terciária, as medidas/produtos definidos de *políticas e regulamentação* assentam na proposta legislativa de criação e de estruturação do centro de observação nacional para a obesidade e controlo de peso.

Foi definido a realização de dois estudos epidemiológicos, um de caracterização do estado de referência e outro de avaliação da evolução da incidência e prevalência da pré-obesidade, obesidade e seus determinantes nas crianças, adolescentes e adultos; Promoveu-se a avaliação das medidas antropométricas e desenvolveram-se normas de boas práticas destinadas à abordagem terapêutica da pré-obesidade e da obesidade. Foram ainda criadas outras medidas específicas para adultos, como uma comissão nacional para avaliação da cirurgia bariátrica, a revisão da comparticipação de medicamentos e a definição do conceito de recidiva.

Nas medidas de prevenção secundária e terciária foram desenvolvidas medidas ao nível da prestação de cuidados, onde se destaca a definição de uma rede de referenciação hospitalar médica e cirúrgica e a revisão do GDH288 (grupos de diagnóstico homogêneos - lista de procedimentos para obesidade em Bloco operatório) (DGS, 2007).

Para ajudar na resposta a esta problemática, a Plataforma contra a obesidade formou vários núcleos, ao nível do Alentejo criou o Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade (NRAPCO) o qual tem a colaboração de uma equipa constituída por profissionais de diversas áreas do Litoral Alentejano, norte Alentejano, Baixo Alentejo e Alentejo Central. Esta equipa assume a responsabilidade de mediar, intervir e colaborar nas diversas ações, projetos e programas que decorrem na sua área. Desta forma, existem em todo o Alentejo nos centros de saúde ou unidades de saúde pequenas equipas dão apoio a todas as famílias que o solicitarem (NRAPCO, 2010). Existem ainda outros projetos e programas que são desenvolvidos por equipas a nível hospitalar quer para a área adulta quer para a área infantil.

Como forma de efetuar a avaliação do sistema implementado, a OMS no seguimento da Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade solicitou aos Estados Membros que implementasse o sistema europeu de vigilância nutricional infantil COSI-Europeu. Portugal assumiu a coordenação europeia desta iniciativa e desenvolveu um estudo nacional (COSI-Portugal). Segundo os dados descritos no relatório (Rito et al, 2010) as crianças dos Açores são as que apresentam os valores mais elevados IMC (42.0%) no entanto no continente os valores mais baixos são registados no Algarve (19.4%), o Alentejo apresenta valores intermédios (27.3%), de excesso de peso que inclui obesidade.

Existem no entanto outras metas e estratégias de promoção da saúde. A própria Declaração de Genebra de 1924 sobre os Direitos da Criança e a Declaração dos Direitos da criança adotada pelas Nações Unidas em 1959 refere que todas as crianças têm direito aos cuidados de saúde. É função do profissional de saúde avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar no seu Boletim de Saúde Infantil e Juvenil os dados antropométricos e outros dados relevantes do seu desenvolvimento físico, psicomotor e ou psicossocial, para tal é necessário fornecer informação/estimulação à família para o acompanhamento da criança/jovem. Estimular a adoção de comportamentos saudáveis (desenvolvendo práticas de alimentação e lanches equilibrados, incentivar o exercício físico, prevenir o uso de substâncias e consumos nocivos deve ser objeto de avaliação e controle). Nesta meta os professores têm um papel fundamental não só ao cumprirem com os conteúdos programáticos mas também na vigilância e estimulação das crianças/jovens para a adoção destes comportamentos saudáveis onde se engloba entre outros a atividade física regular, lanches saudáveis e brincar em parques ao ar livre.

As ações para o combate da obesidade devem estar ligadas a estratégias abrangentes, equilibrando a responsabilidade da pessoa neste caso da criança/jovem e da família, com o governo e a sociedade civil, o setor privado, redes profissionais, os meios de comunicação e organizações internacionais a todos os níveis (nacional, regional e local) do contexto cultural de cada país, permitindo construir parcerias entre todos os interessados. Salienta-se que o papel político é determinante na adoção e implementação de estratégias, através de consultas específicas para estas crianças/jovens e famílias, nos centros de saúde ou hospitais.

Tal como acontece no País, a Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) segue as orientações que a DGS emana, através dos elementos do grupo de trabalho da Plataforma e no seu relatório de 2008 menciona que temas como a alimentação, a análise e orientação de ementas foram algumas estratégias abordadas em várias escolas do Alentejo. Foram ainda efetuados rastreios a crianças e jovens entre os 2 e os 20 anos onde foi avaliado o peso a altura e determinado o Índice Massa Corporal (IMC) e efetuaram-se também consultas de nutrição. Foi implementada a consulta de obesidade infantil onde a família e a criança/jovem são orientadas individualmente na sua educação alimentar. Esta consulta apresenta uma equipa multiprofissional, onde pode participar o pediatra, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos. Todos colaboram e participam para desenvolvimento saudável da criança/jovem. Nesta consulta é efetuada ainda a prevenção de doenças de âmbito psicoafectivo que poderão ser um fator predisponente das perturbações alimentares na criança/jovem.

A investigação é outra das prioridades governamentais no combate à obesidade. A organização EASO promove a investigação da obesidade entre 32 países e facilita o contacto entre as 4000 pessoas que fazem parte deste grupo, em que Portugal também participa. Estes membros representam diversas profissões do campo da saúde da educação e dos governos. A EASO no seu plano estratégico 2010/2012 refere como objetivos promover a preservação e proteção da saúde e alívio da doença para o benefício público no campo da obesidade e suas desordens relacionadas; promover a investigação, a divulgação dos resultados da investigação e intercâmbio de informação científica informação no campo da obesidade na Europa; desenvolver o conhecimento profundo de como alcançar um peso saudável, bem como controlar e prevenir a obesidade e as doenças que com ela se relacionam através dos profissionais de saúde, das organizações, dos governos e da União Europeia. Como forma destes países se interligarem foi criada a Scientific Advisory Board (SAB) onde são discutidas as principais questões científicas e organizacionais de pesquisa da obesidade. As conclusões e recomendações são a base de trabalho da SAB. A EASO desenvolve e recebe anualmente o Congresso Europeu da Obesidade (ECO) o qual desempenha um papel importante de divulgação na União Europeia/OMS. A EASO nas reuniões do seu Conselho Consultivo Científico com os Estados Membros foi indagada sobre a problemática da obesidade e solicitada a dar respostas. Após reunirem, definiram prioridades no seu plano estratégico para

2010/2012. As recomendações que emanaram dividem-se em três grupos (Educação, Colaboração/Divulgação e Reconhecimento). Estas medidas foram adotadas pelos diferentes estados membros.

Apesar da existência de todas estas políticas estratégicas e orientações “a nível global estima-se que 60% das mortes prematuras sejam provocadas por doenças crónicas” (DGS, 2012:2). A OMS desenvolveu um plano de ação global para as doenças crónicas para o período 2008-2013 (Action, Plan for the Global Strategy for the prevention and controlo non communicable diseases) e a alimentação foi considerada um dos quatro principais fatores de risco para as doenças crónicas (DGS, 2012:2). A declaração emana a promoção da alimentação saudável, através da redução do consumo de gordura saturada, de gordura tipo trans, de sal, e de açúcar e através do aumento do consumo de fruta e hortícolas. A Direção Geral de Saúde criou o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) o qual tem como objetivo incentivar e disponibilizar física e economicamente alimentos para melhorar o estado nutricional da população, deve ainda criar as condições para que a população os valorize, aprecie e consuma integrando-os nas suas rotinas diárias (DGS, 2012) no qual se define “a necessidade de modificar os determinantes do consumo alimentar que se situam para além do conhecimento e vontade de mudança do cidadão”; “a necessidade de envolver diferentes sectores da sociedade na busca de soluções para a melhoria do consumo e oferta alimentar...”; a necessidade de construir políticas, que consigam melhorar o estado de saúde dos cidadãos...”; a necessidade de construir políticas publicas que contribuam para a redução das assimetrias no acesso a alimentos de boa qualidade nutricional e na redução das doenças influenciadas pelo consumo alimentar nas populações mais vulneráveis, “a necessidade de entender a disponibilidade alimentar como sendo muito influenciável pelas atuais modificações climáticas...” (DGS, 2012:2).

Estas orientações elucidam a sociedade civil entre outros aspetos, a perceber o sabor dos alimentos, o seu custo, se é conveniente ou não a aquisição de determinado produto e finalmente a forma como a sociedade expõe o produto para consumo. Orientam e elucidam ainda sobre como efetuar uma alimentação saudável e como estabelecer hábitos saudáveis. Alertam para a forma como podemos modificar a disponibilidade de aquisição de determinados produtos bem como podemos influenciar a procura de alimentos mais saudáveis em detrimento de

outros. Finalmente, existe o fator político que regula a legislação de produtos saudáveis e imprescindíveis ao bom desenvolvimento da criança. Através das suas orientações a DGS emite para o Ministério da Educação e Ciência informação correta e precisa nos manuais escolares, bem como envia informação que se destina às famílias, através de folhetos que emite e divulga pública em espaços públicos.

O PNPAS considera muito importante a colaboração das organizações locais de saúde, das instituições de ensino e das estruturas regionais na operacionalização e supervisão das estratégias. Para tal definiu como objetivos gerais:

- “Aumentar o conhecimento sobre os consumos alimentares da população portuguesa, seus determinantes e consequências;
- Modificar a disponibilidade de certos alimentos nomeadamente em ambiente escolar, laboral e em espaços públicos;
- Informar e capacitar para a compra, confeção e armazenamento de alimentos saudáveis na população em geral, em especial aos grupos mais desfavorecidos;
- Identificar e promover ações transversais que incentivam o consumo de alimentos de boa qualidade nutricional de forma articulada e integrada com outros sectores públicos e privados, nomeadamente nas áreas da agricultura, desporto, ambiente, educação, segurança social e autarquias;
- Melhorar a qualificação e o modo de atuação dos diferentes profissionais que, pela sua atividade, possam influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar” (DGS, 2011:4).

De forma a concretizar os objetivos foram delineadas estratégias, definidas em seis áreas distintas, “a agregação e recolha sistemática de indicadores do estado nutricional...; a modificação da oferta de determinados alimentos...; o aumento da literacia alimentar e nutricional ... a identificação e promoção de ações transversais com outros sectores da sociedade...; a melhoria da formação e modo de atuação de diferentes profissionais que podem influenciar consumos alimentares de qualidade...; A melhoria dos métodos de intervenção e articulação dos profissionais e estruturas que lidam com o fenómeno da obesidade...” (DGS, 2011:6).

A monitorização e avaliação das estratégias utilizadas são feitas através de relatórios semestrais. Como forma de avaliação foram definidos indicadores dos impactos das estratégias. “Controlar a prevalência de excesso de peso e obesidade

na população infantil e escolar, limitando o crescimento a zero, até 2016; aumentar em 5% o número de crianças em idade escolar que consome diariamente a quantidade recomendada de frutas e hortícolas; aumentar em 5% o número de crianças em idade escolar que come diariamente um pequeno-almoço adequado; aumentar em 5% o número de consumidores que utiliza a rotulagem nutricional antes de adquirir produtos alimentares; aumentar em 10% o número de autarquias que recebe regularmente informação sobre alimentação saudável; reduzir em 10% a média de quantidade de sal presente nos principais fornecedores alimentares de sal à população” (DGS, 2011:6).

Paralelamente as orientações são enviadas para a comunidade escolar que além de cumprir com os requisitos estipulados nas suas cantinas escolares, também tem como missão educar a criança e jovens nas suas escolhas alimentares.

Os profissionais de saúde devem ter especial atenção nesta área da educação, reforçando a importância do papel dos pais, a vigilância da criança/jovem começa logo após o nascimento, esta é obrigatória e é feita através das consultas de saúde infantil. Os parâmetros de avaliação da criança são vários e entre eles encontra-se a alimentação desde a primeira consulta. A amamentação da criança é um dos fatores de promoção de alimentação saudável e de estímulo da vinculação é desde logo um fator decisivo para o seu crescimento e desenvolvimento. A amamentação do recém-nascido confere-lhe imunidade nos primeiros meses de vida, mas também lhe oferece uma alimentação adequada ao seu peso e à sua idade gestacional. O aleitamento é um fator importante na prevenção da obesidade, famílias de crianças e adolescentes com alto grau económico e que não foram amamentados apresentam maior ocorrência de obesidade infantil na idade escolar (Siqueira & Monteiro, 2007).

Constata-se que desde a amamentação que a família tem influência neste processo de desenvolvimento da criança. A amamentação ineficaz é um fator que possibilita a génese da obesidade infantil. “O aumento da obesidade em latentes é resultado de um desmame precoce e incorreto, de erros alimentares no primeiro ano de vida, principalmente nas subpopulações urbanas, as quais abandonam precocemente o aleitamento materno, substituindo-o por alimentação com excesso de carboidratos, em quantidades superiores às necessárias para o seu crescimento e desenvolvimento” (Silva, 2008: 6). A superproteção e a alimentação do bebe com leite artificial podem indiciar o início da obesidade infantil. Esta alteração no primeiro

ano de vida, também pode ser avaliada pela concepção errada que os pais têm de que o bebê gordo é sinónimo de bebê sadio e de outras mães, especialmente as de nível socioeconómico mais baixo, que têm medo que o seu filho fique desnutrido e o superalimentam com conseqüente aumento de peso (Silva, 2008).

A educação é parte fundamental deste processo e a educação sobre o consumo e o gasto energético deve ser realizada muito precocemente nas famílias com crianças ou jovens de risco, aqueles cujos pais apresentam IMC elevado ou peso elevado (Padez, 2005). A prevalência da obesidade está relacionada com o grau de instrução dos pais, as catividades sedentárias e o grau de urbanização do local de residência (DGS, 2005). Num estudo apresentado pelo Observatório Nacional da Obesidade e Controlo do Peso (ONOCOP) teve como objetivo caracterizar a associação entre a escolaridade dos pais e a prevalência do excesso de peso em crianças e adolescentes segundo os critérios de orientação da IOFT e da OMS, concluiu que a prevalência da obesidade tende a diminuir com o nível de escolaridade dos pais. No entanto não verificaram associação significativa entre o nível de educação dos pais e a pré-obesidade ou obesidade Miranda et al (2009).

A família é um elo importante na aprendizagem da criança/jovem. Os pais são os seus principais modelos e têm um papel preponderante na forma de desenvolver os seus estilos de vida saudáveis da criança/jovem. São múltiplos os aspetos que podem influenciar a criança/jovem e contribuir para o excesso de peso, pelo que se torna prioritário a existência de intervenções na família de forma a facultar conhecimentos sobre nutrição, seleção de alimentos, tipo de refeições, concepção de alimentação saudável e hábitos de atividade física Kaplan et al (2004). No entanto, a influência no desenvolvimento do excesso de peso e obesidade pode diferir nos vários níveis etários (Whitaker e Dietz, 1997). As crianças nos primeiros anos comem o que os pais comem e estes hábitos são adquiridos e interiorizados como a melhor fonte de informação para a criança (Whitaker e Dietz,1997). Para se efetuar uma intervenção familiar há que compreender a criança/jovem e a sua família, conhecer os seus hábitos de alimentação bem como o seu estilo de vida. É na família e com a família que este problema tem que ser enfrentado Padez et al. (2004).

A intervenção familiar por parte da equipa de saúde requer sempre uma atenção específica para o bem-estar da criança/jovem no seio familiar. Há que

efetuar ações de educação e por vezes modelar hábitos e estilos de vida saudáveis da família.

A educação reúne os processos de ensinar e de aprender da pessoa e da população na sociedade. A Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura apoia o desenvolvimento geral da criança/jovem através de uma Educação Integral. Educar crianças durante o seu processo de desenvolvimento para que desenvolvam hábitos de vida saudável é uma função do governo, da sociedade civil e da família. A alimentação da criança é um dos muitos cuidados antecipatórios preconizados pela DGS nas suas recomendações desde o nascimento, tornando-se decisiva para o crescimento e desenvolvimento. Como tal torna-se pertinente a educação da criança/família durante o seu processo de desenvolvimento e crescimento.

A nível mundial verifica-se globalmente que as taxas de obesidade estão a aumentar (IOTF, 2005). Os elevados valores apresentados de obesidade entre adultos e crianças em toda a Europa têm provocado uma intervenção política e definição de estratégias para prevenir e limitar esse aumento, no entanto estas estratégias parecem não conseguir inverter a tendência crescente dos valores do excesso de peso.

A estratégia de combate à obesidade é sem dúvida multisectorial. Só através de uma ação global, conjunta, bem estruturada, envolvendo todos os intervenientes se poderá inverter esta tendência. Apesar de alguns países já terem desenvolvido políticas de saúde e intersectoriais de combate à obesidade nenhum país foi capaz de controlar esta situação. O problema está relacionado com a rápida transição social e económica, bem como com as mudanças ao nível ambiental, a redução da atividade física e as alterações nos padrões alimentares.

Têm que ser implementadas medidas obrigatórias de intervenção comunitária. “A intervenção comunitária pode ser definida como sendo as influências planificadas na vida de um pequeno grupo, organização ou comunidade com o objetivo de prevenir/reduzir a desorganização social ou pessoal e promover o bem-estar da comunidade” (Carvalhosa & Sequeira, 2010: 479). A intervenção comunitária tem como objetivo específico provocar uma mudança na comunidade. Assim a funcionalidade da intervenção comunitária torna-se emergente e destina-se a trabalhar em colaboração e parceria com as comunidades para abordar as preocupações locais ou esperanças de melhoria (Trickett, 2009).

A necessidade de uma política intersectorial estar presente na promoção da saúde tem sido uma prioridade durante várias décadas no entanto, existe ainda a falta de métodos adequados para a aferição de tais abordagens. As situações difíceis em que se encontram os envolvidos nas intervenções comunitárias são fundamentais para o sucesso dos projetos através da sua participação ativa no planeamento, desenvolvimento e avaliação. Eles são fundamentais para garantir a sustentabilidade das atividades necessárias para a sua manutenção (Rutten et al. (2009:7).

A implementação de um projeto em várias escolas cujo objetivo central foi determinar se a introdução de alterações escolares como enriquecimento académico, lanche saudável e atividade física teriam impacto na redução da obesidade foi o objeto de estudo de Yin et al (2005:87). Segundo os autores, a implementação do projeto com sucesso mostra a viabilidade das escolas serem capazes de fornecer um ambiente propício para a atividade física, que mantenha as crianças interessadas em manter as suas atividades por iniciativa própria.

As crianças devem ser estimuladas a manter “comportamentos saudáveis” e as intervenções devem ter início o mais precocemente possível para promover a saúde e o bem-estar das crianças e adolescentes. As sociedades têm acesso a profissionais especializados que devem mobilizar para desenvolver intervenções na comunidade, fornecer formação aos pais, nas escolas e à comunidade de forma a enfatizar a importância do conhecimento e da intervenção dos fatores protetores das crianças e dos jovens (Rew, 2003:386).

A intervenção comunitária em Portugal é guiada pelas diretrizes políticas e sociais associadas à reforma das organizações dos cuidados de saúde. Estes desafios são colocados aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros de saúde infantil e de saúde comunitária os quais conduzem uma intervenção direcionada para a promoção da saúde quer na adoção de estilos de vida saudáveis, bem como na avaliação dos cuidados prestados. Os resultados da Organização Mundial de Saúde traduzem uma nutrição comprometida por défice de conhecimentos dos pais e cuidadores, comportamento de não adesão aos ensinamentos, crença cultural e práticas familiares, dificuldades na comunicação devido à multiculturalidade e situações sócio económicas muito desfavoráveis (Piedade,2009).

O estudo de sobre comportamentos de risco em adolescentes nomeadamente uso de tabaco, atividade sexual, ingestão de bebidas alcoólicas,...é sugerido que os pares e grupos de pares podem ser os melhores preditores dos comportamentos dos jovens, embora existam muitos estudos em que os pais apresentam influência no comportamento dos jovens, os autores neste estudo apresentaram poucas associações nas influências dos comportamentos de risco que os pais exercem nos jovens Beal et al (2001). No entanto encontraram alguma influência por parte dos pais na redução do consumo de bebidas alcoólicas (Beal,2001:478). Este tipo de intervenção com os grupos de pares é uma possibilidade para implementar estratégias de alimentação saudável bem como de atividade física nas escolas.

O combate à obesidade exige a elaboração de uma política alimentar e nutricional, a criação de ambientes favoráveis, a capacitação de profissionais, a reorientação dos serviços e a potencialização da ação comunitária. É pois necessário que se cumpram as diretrizes emanadas pelo governo no sentido de se construírem parcerias com a sociedade civil, o sector público e privado para dar resposta ao problema (Akdag, 2006). No entanto a família é a primeira instituição que tem ação sobre os hábitos do indivíduo e é também a responsável pela compra e preparação dos alimentos em casa e transmissão de hábitos alimentares à criança (Silva et al., 2008).

Ao terminar este capítulo verifica-se que a convenção da ONU com base nos direitos da criança estabeleceu que todas as ações relativas aos melhores interesses da criança devem ter prioridade. Com base nesta definição de prioridades, as entidades periciais de Portugal através da Direção Geral de Saúde definiram que a Plataforma contra a obesidade tinha como missão prevenir e controlar a pré-obesidade e a obesidade, bem como elucidar a sociedade civil.

O ensino das crianças e jovens é um processo progressivo, no qual a família desenvolve um papel importante sendo esta o primeiro e mais importante agente socializador da criança, pelo que a família e a escola devem atuar como agentes facilitadores do desenvolvimento da criança/jovem para que este desenvolva uma integração social progressiva.

Das muitas estratégias de intervenção importa salientar a intervenção social perante a qual existe o consenso de que responde às necessidades de substância e de participação (Falcão, 1979). As intervenções sociais em saúde que têm como

finalidade a promoção da saúde da criança/jovem/família necessitam de educação e de informação para gerar a mudança e proporcionar o conhecimento.

O alimento é o primeiro e o maior dos paradigmas do comportamento moral, ou seja, da aquisição de autocontrole. Desde que a criança aprende a chorar para a obtenção de leite materno até à introjeção de todas as regras, horários, quantidades e qualidades dos alimentos, formas de ingestão, que o alimento marca a formação das regras na infância. A criança mais tarde aprende a disciplina alimentar do autocontrole (Carneiro, 2005:74).

A criança/jovem apresenta no seu comportamento alimentar desde cedo uma seleção e ingestão de alimentos preferidos, tornando-se a sua aprendizagem influenciada, por múltiplos agentes(pais, família, e outras pessoas que interagem com a criança). As práticas alimentares das crianças dependem assim das escolhas alimentícias que os pais fazem. A criança aprende com facilidade o significado cultural e social dos alimentos e desenvolve as suas preferências. Esta aprendizagem é o reflexo da experiência proporcionada pela família e pela cultura onde está inserida adquirindo assim padrões que serão o reflexo das suas preferências e escolhas futuras (Birch,1999).

A quantidade da oferta de alimentos depende da vontade e do prazer da criança e assim, as práticas alimentares das crianças/jovens resultam de modelos sócio culturais transmitidos pelos seus pais, onde a alimentação se constrói numa realidade simbólica, relacional e familiar.

O comportamento alimentar não deve ser encarado apenas como um conjunto de práticas observadas, ele tem que ser inserido na dimensão sociocultural e psicológica da família em que a criança/jovem está inserida.

A vigilância do seu crescimento e desenvolvimento é um dos elementos fundamentais para os pais no entanto são as entidades periciais através da sua avaliação que determinam se a criança se encontra nos parâmetros previamente estabelecidos e referidos como “normais para a idade”.

No caso da existência de alterações de âmbito pericial no desenvolvimento da criança/jovem, nomeadamente excesso de peso ou obesidade é sugerido aos pais alterem os seus hábitos e estilos de vida. Esta alteração incide inevitavelmente sobre os hábitos alimentares da criança/jovem e no aumento de prática de atividade física.

Aos pais destas crianças/jovens com excesso de peso ou obesidade faz-se uma apelo constante para que mudem os seus hábitos alimentares contrariando aqueles que fazem parte da sua rotina quotidiana. Ora, os hábitos alimentares estão entre os aspetos mais antigos e profundamente enraizados em várias culturas, exercendo fortes influências sobre o comportamento das pessoas (Fernandes,2008).

Por outro lado à criança/jovem é pedida mudança comportamental. É esperado que a criança aumente a prática de atividade física e ao nível da alimentação que faça restrições alimentares. Situação difícil para as crianças/jovens quando as suas preferências e o seu padrão alimentar é moldados e influenciados pela observação de comportamentos alimentares da família (Birch, 1980).

Perante as questões apresentadas, parece fundamental analisar sociologicamente como se operam estas mudanças das práticas alimentares e como convivem, no quotidiano das famílias e das crianças jovens, as racionalidades alimentares leigas e as racionalidades perícias e como se opera a mudança de práticas sócio cultural e familiares ancestrais, no combate ao excesso de peso e obesidade das crianças/jovens.

CAPITULO 2

2 - OPÇÕES METODOLÓGICAS

2.1 - DA PERGUNTA DE PARTIDA AO MODELO DE ANÁLISE

A temática escolhida sobre o excesso de peso/obesidade está definida pela OMS como uma doença crónica e é considerada a doença nutricional mais prevalente a nível mundial. É conhecida a prevalência da obesidade infanto-juvenil a qual tem aumentado e de acordo com os estudos consultados os fatores subjacentes e que a determinam são complexos. No entanto, fatores comportamentais, tais como a inatividade física, a opção por dietas ricas em gorduras e o excesso alimentar desempenham um papel preponderante no excesso de peso destas crianças/jovens. Os dilemas e as vivências destes pais não têm sido objeto de análise, pelo que face à normatividade explícita e implícita das abordagens e recomendações sobre da alimentação das crianças/jovens na sociedade atual, optámos por realizar o presente estudo que tem como pergunta de partida:

Quais os dilemas dos pais face à alimentação dos filhos com excesso de peso e obesidade infantil seguidas na consulta do HESE.

Neste contexto definiram-se os seguintes objetivos:

- Identificar as racionalidades alimentares dos pais das crianças/jovens que frequentam a consulta de obesidade infantil do HESE.
- Analisar os dilemas dos pais face ao excesso de peso/obesidade dos filhos, que frequentam a consulta de obesidade infantil do HESE.

Descrever o percurso metodológico é essencial para realizar a pesquisa sem nunca perder o fio condutor da problemática, dos objetivos, do objeto e dos recursos disponíveis.

A metodologia é definida como “um conjunto de diretrizes que orientam a investigação científica “ (Lessard-Hébert,1994:15). A metodologia “procura explicar como a problemática foi investigada e a razão por que determinados métodos e técnicas foram utilizados“ (Bell,1997:190). Torna-se evidente que ao tentar abordar uma realidade social, o fenómeno a observar define os métodos e técnicas a utilizar de modo a obter as respostas às questões de investigação”, definindo “a população

escolhe os instrumentos mais apropriados para efetuar a colheita de dados” (Bell,1997:40), tendo sempre presente que não existe uma metodologia exclusiva e universal.

2.2 – TIPO DE ESTUDO

Ao efetuar este estudo optei por um estudo exploratório. Este tipo de estudo é aquele que se efetua quando não se tem informação sobre determinado tema e se deseja conhecer o fenómeno (Richardson, 2008). Este tipo de pesquisa realiza-se quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis (Gil, 2008).

A estrutura exploratória caracteriza esta pesquisa uma vez que se procura estudar um fenómeno pouco abordado na literatura, que são os dilemas dos pais das crianças com excesso de peso ou obesidade. Na conceção do estudo optei por uma metodologia qualitativa e de análise baseada em reuniões *focus*-grupos com os acompanhantes das crianças que frequentam a consulta de obesidade infantil do HESE e também pelos contributos da metodologia quantitativa através de um questionário, de cariz epidemiológico, aplicado aos acompanhantes das crianças.

Nas reuniões *focus*-grupo tive o apoio da enfermeira da consulta de obesidade infantil que é o elo de ligação entre a consulta e os acompanhantes das crianças/jovens e o estudo.

Silverman, (2009:55) defende que se pode utilizar a pesquisa qualitativa para explorar um tema, nomeadamente através do recurso à técnica do grupo focal. A metodologia qualitativa permite efetuar uma recolha e análise sistemática de material narrativo mais subjetivo, utilizando procedimentos nos quais a tendência é o mínimo de controlo imposto pelo investigador. “O principal ponto forte da pesquisa qualitativa é a capacidade para estudar fenómenos simplesmente indisponíveis em qualquer lugar” Silverman, 2009:51).

2.3 - QUESTIONÁRIO

Os dados quantitativos de mapeamento epidemiológico das práticas alimentares das crianças/jovens e de caracterização dos participantes foram recolhidos através de um questionário adaptado para o efeito a partir de um questionário existente e que se encontra disponível no *site* da plataforma contra a obesidade e submetido a um pré-teste. O questionário é constituído por 6 partes respetivamente, as habilitações literárias dos progenitores, as práticas alimentares da família, a integração escolar da criança/jovem, os estilos de vida da criança/jovem as dificuldades face às práticas alimentares da criança/jovem e os alimentos ingeridos pela criança/jovem. Apresenta 33 questões, das quais 4 são abertas e as restantes fechadas (Apêndice I).

A realização do pré-teste permitiu identificar a maior dificuldade na resposta ao questionário que se prendeu com a necessidade dos pais assinalarem as quantidades de alimentos ingeridos pelas crianças em cada refeição. Nesse sentido, sem alterar o conteúdo, foi modificada a apresentação do questionário e estas questões, relacionadas com as quantidades de alimentos, foram colocadas em escala tipo *Lickert*. Apesar disso, verificou-se *a posteriori* que muitos pais continuaram a omitir a resposta a essas questões.

O questionário foi entregue pela investigadora e/ou pelas enfermeiras responsáveis pela consulta, após explicação dos objetivos e modo de preenchimento do mesmo. Foi preenchido pelos acompanhantes das crianças/jovens, que aceitaram colaborar livremente no estudo após assinarem o consentimento informado (ver Apêndice II), no dia em que se deslocaram ao HESE para a consulta de obesidade. O período de recolha de dados quantitativos decorreu, semanalmente, entre janeiro de 2011 e julho de 2012. Responderam ao questionário 87 pais (pais e mães).

2.4 - A ENTREVISTA *FOCUS*-GRUPOS

A recolha dos dados qualitativos e aqueles que suportam a pesquisa realizada, foi efetuada através de entrevistas *focus*-grupos aos pais das crianças/jovens que frequentam a consulta de obesidade. O guião da entrevista é composto por 7 perguntas abertas que com guia orientador, no decurso da entrevista e encontra-se em Apêndice III.

O grupo focal tem sido utilizado internacionalmente para a estruturação de ações diagnósticas e levantamento de problemas, para o planeamento de atividades educativas, como objeto de promoção da saúde e do meio ambiente e pode ser utilizado também para a revisão do processo de ensino-aprendizagem, para Silverman (2009:56) “os dados qualitativos detalharam as respostas codificadas...ou acrescentaram novos significados”.

A essência do grupo focal consiste na interação entre os participantes e o pesquisador, cujo objetivo é colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos (por isso é chamado grupo focal).

A entrevista *focus*-grupos pretende estudar o comportamento das pessoas que partilham a mesma problemática de saúde, as suas dúvidas e sugestões são partes importantes do estudo. Para efetuar este tipo de estudo pode utilizar-se o grupo focal como técnica de pesquisa qualitativa e obter dados a partir das reuniões.

Nos grupos focais a interação entre os participantes pode ser usada para:

- “- Ressaltar as atitudes, as prioridades, a linguagem e a estrutura de compreensão dos respondentes;*
- Estimular os participantes da pesquisa a gerar e explorar suas próprias questões e desenvolver sua própria análise sobre as experiências em comum;*
- Estimular diversas formas de comunicação dos participantes;*
- Ajudar a identificar normas/valores culturais do grupo;*
- Fornecer insights sobre a operação de processos sociais de grupo na articulação de conhecimento (que informação é sensível dentro do grupo);*
- Estimular a conversa aberta sobre assuntos embaraçosos e permitir a expressão de críticas;*

- *Facilitar a expressão geral de ideias e experiências que poderiam ser pouco desenvolvidas em uma entrevista e esclarecer a perspectiva dos participantes da pesquisa por meio de debate no grupo*” (Pope e Mays, 2009:34).

Para a aplicação desta técnica é imprescindível que haja um moderador e um observador, além dos participantes. O moderador tem aqui um papel preponderante, tem como função coordenar a discussão e incentivar a participação de todos, formulando questões, evitando o predomínio de apenas um dos elementos e conduzir a discussão de modo que esta se mantenha nos tópicos de interesse, a melhor maneira de introduzir o que se espera do grupo é admitir que o moderador está lá para aprender (Morgan,1988). A importância do papel do moderador é significativa e relevante para o funcionamento dos grupos e implica preparo e instrumentalização em todas as fases do processo (Aschidamini & Saupe, 2004).

No papel de observador, esteve sempre presente ao longo das várias entrevistas focus grupos, uma das enfermeiras que desenvolve a sua atividade na consulta de obesidade infantil.

Outro requisito deste método é que os elementos do grupo não devem ser familiares uns aos outros (Aschidamini & Saupe, 2004), (o que não aconteceu com os grupos que se trabalharam).

A seleção dos entrevistados articulou-se com a confirmação telefônica da consulta, que é efetuada através da funcionário administrativo do secretariado da consulta de pediatria e com a enfermeira que após confirmação da consulta pediu aos pais para se deslocarem à consulta com alguma antecedência para participarem no estudo (na entrevista *focus-grupo*).

A participação foi voluntária e consentida e sempre que se conseguia um grupo com pelo menos quatro acompanhantes efetuava-se a reunião. A marcação da entrevista estava sempre dependente do número de crianças que frequentavam a consulta naquele dia e também da disponibilidade que os acompanhantes demonstravam.

Os grupos tiveram em média 6 elementos, porque as consultas só recebem um número máximo de 6 crianças/jovens por dia. Embora alguns dos grupos apresentassem o número mínimo preconizado, os participantes encontravam-se motivados e interessados em partilhar as suas experiências, forneciam sugestões e estimulavam-se entre si.

Encontra-se na literatura diversas opiniões para a operacionalização do grupo focal, deve ser composto por um número mínimo de seis pessoas e um máximo entre doze e quinze pessoas (Nogueira-Martins e Bogus (2004) sugerem 8 participantes. O tempo médio de duração da entrevista focal deve ser de noventa minutos, grupos maiores limitam a participação dos intervenientes e as oportunidades de partilhar ideias (Gatti, 2005), Krueger (1988) e Morgan (1988) partilham desta opinião, a duração da entrevista *focus* grupos deve ser aproximadamente 1 hora e 30 minutos.

Nas entrevistas que efetuei o tempo oscilou entre 40 minutos e 1 hora e 20 minutos. No entanto foram grupos com o número mínimo de participantes, preconizado pelos autores.

Após a preparação da sala (uma sala de consultas a qual foi preparada com várias cadeiras em redor de uma mesa) dava-se início à reunião, com o pedido para iniciar a gravação e com a explicação do objetivo da reunião.

No início de cada entrevista grupal o moderador/investigador deve ter em conta alguns procedimentos, tais como:

Agradecer a presença de todos; dar as boas vindas; apresentar-se e apresentar a observadora (apesar da enfermeira ser um elemento conhecido dos pais, está a desempenhar um papel diferente na reunião – o de moderador); explicar que a reunião tem um carácter informal e qual a sua finalidade; pedir autorização para gravar a entrevista; solicitar que não se identifiquem, referem apenas o nome pelo qual preferem ser tratados. Explica-se igualmente que o que se pretende são as opiniões de cada um sem haver juízos de valor; que serão introduzidos tópicos para facilitar a abordagem da temática; solicita-se que evitem falar ao mesmo tempo e que se intervirá sempre que necessário, mas não fazendo disso a regra (Lervolino & Pelicioni, 2001).

A autorização da gravação foi dada verbalmente e por escrito pelos pais que assinaram a declaração de consentimento informado construído para o efeito (Apêndice IV). Neste, está explícita a informação sobre o estudo e forma de participação.

No final de cada reunião efetuou-se um resumo das temáticas abordadas e agradeceu-se a participação de todos (Lervolino & Pelicioni, 2001).

A recolha de dados através do grupo focal apresenta a sua primazia na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos.

As pessoas envolvidas exprimem as suas opiniões e manifestam as suas dúvidas quando expostas à discussão do grupo.

A entrevista *focus-grupos* contrasta, nesse sentido, com dados recolhidos em questionários fechados ou entrevistas individuais, onde o indivíduo é convocado a emitir opiniões sobre assuntos que talvez nunca tenha pensado anteriormente. Os indivíduos, em geral, precisam ouvir as opiniões dos outros antes de formar as suas próprias e constantemente mudam de posição (ou fundamentam melhor sua posição inicial) quando expostas à discussão em grupo (Krueger 1988) e (Morgan 1988).

A análise sistemática e cuidadosa das discussões vai fornecer pistas e "insights" sobre a forma como é percebido e partilhado o problema por todos os intervenientes.

Os autores Basch (1987), Glik (1988) e Ramirez (1988) afirmam que o grupo focal enfatiza a compreensão dos problemas do ponto de vista dos grupos populacionais, assim como o conhecimento das aspirações da comunidade expressos por ela própria, e que a sua utilização é "consistente com a filosofia da Educação em Saúde" por se apoiar no princípio da "participação integral" do educando no processo educativo.

Os grupos formados na consulta apresentam um problema comum, todos são os acompanhantes de crianças/jovens obesas, no entanto a experiência de cada acompanhante é diferente, bem como o problema identificado por cada um como causa da obesidade e todos se compreendem e coadjuvam esforços e partilham estratégias na procura de soluções para os diversos problemas.

A presença de um observador (a enfermeira da consulta) permite completar a *posterior* a informação captada pelo moderador. Cabe também ao observador cultivar a atenção, auxiliar o moderador na condução do grupo, tomar notas das principais impressões verbais e não-verbais, exigindo-se-lhe capacidade de síntese e de análise. O observador é de extrema importância para o sucesso da técnica de grupos focais (Dall'agnol & Trench, 1999).

O registo efetuado pelas observadoras dá ênfase essencialmente à vontade imediata que os pais manifestaram em aderir ao estudo e à espontaneidade com que relatam e partilham os seus problemas. Observaram que os pais se manifestaram empolgados e contentes por estarem ali naquele espaço de partilha, porque na sala de espera nunca falam entre si.

Realçaram ainda a relevância que os pais manifestaram em partilhar as experiências vividas e os métodos e as estratégias que utilizam para contornar os seus problemas. Deram ênfase ainda à importância que os pais relatam em como seria importante trabalhar também com pais de crianças que não apresentam este tipo de problema para que estes compreendessem melhor os seus problemas.

Finalmente destacaram o valor que os pais dão à importância das intervenções que poderão vir a ocorrer nas escolas, salientam que deviam ser mais frequentes para as crianças e deviam também envolver os auxiliares educativos (Ver Anexo I).

2.5 - POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população do estudo incidiu sobre os pais de crianças/jovens com excesso de peso ou obesidade e que são referenciadas pelos médicos de família dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) do Alentejo para a consulta de obesidade infantil do HESE.

Em relação à caracterização dos pais que participaram no preenchimento do questionário (87) apenas foram questionados sobre a escolaridade² e verificou-se que predomina a escolaridade até ao 2º ciclo em ambos os sexos, conforme se pode ver na Tabela 1.

Tabela 1- Caracterização dos pais que participaram no preenchimento do questionário relativamente ao grau de escolaridade

Escolaridade	Mães		Pais	
	Nº	%	Nº	%
1º Ciclo (4º ano)	11	12,7	15	17,2
2º Ciclo (5 e 6º ano)	16	18,4	22	25,3
2º Ciclo (9ºano)	17	19,5	22	25,3
3º Ciclo (10, 11º 12º ano)	28	32,2	19	21,9
Licenciatura	11	12,7	5	5,7
Mestrado/Doutoramento	3	3,4	0	0
Não responde	1	1,1	4	4,6
Total	87	100,0	87	100,0

O grupo de pais que participaram nas entrevistas grupais foi de 43 pais, sete do sexo masculino (16.2%) e 36 do sexo feminino (83.8%).

Verifica-se que os pais apresentam uma média etária de 43 anos e as mães de 36 anos. Já a proveniência revela que são oriundos, maioritariamente, do concelho e distrito de Évora. (Tabela 2).

² A Comissão de Ética do HESE não concedeu autorização para, na aplicação do questionário, serem colocadas questões relacionadas com os dados relativos à proveniência, idade e profissão dos pais, já que estes dados poderiam permitir a identificação da família em causa.

Tabela 2 - Caracterização do grupo de pais que participaram nas entrevistas grupais relativamente à idade, grau de escolaridade e proveniência

Entrevista	Pai		Mãe		Idade	Grau de Escolaridade	Proveniência
	Nº	%	Nº	%			
1ª	2	4,65			42	-	Évora
					47	-	Évora
			3	6,9	36	-	Montemor-o-Novo
				40	-	Aguiar	
				-	-	S Bartolomeu do Outeiro	
2ª	1	2,32			36	6ºano	Reguengos
					42	6ºano	Amareleja
			3	6,9	47	2ºano	Lavre
				-	-	Évora	
3ª	0				37	Licenciatura	Évora
			4	9,4	40	9ºano	Portel
					39	12º	Reguengos
					31	Licenciatura	Portel
4ª	2	4,65			40	Licenciatura	Borba
					46	6ºano	Évora
			2	4,6	43	9ºano	Reguengos
				34	4ºano	Évora	
5ª	0				40	-	Évora
			5	11,6	43	-	Évora
					43	9ºano	Évora
					34	Licenciatura	Évora
					46	Licenciatura	Évora
6ª	0				40	-	Cabeção
			4	9,4	50	-	Moura
					39	-	Évora
					-	-	Évora
7ª	0				45	Mestrado	Évora
			5	11,6	35	Mestrado	Évora
					27	9ºano	Évora
					39	12ºano	Aguiar
					-	12ºano	Oriola
8ª	0				47	Licenciatura	Évora
			4	9,4	51	Licenciatura	Évora
					51	Doutoramento	Amareleja
					43	6ºano	Alvito
9ª	2	4,65			45	6ºano	Évora
					48	-	Bencatel
			2	4,6	51	6ºano	Reguengos
				48	-	Évora	
10ª	0				38	Licenciatura	Arraiolos
			4	9,4	34	Licenciatura	Évora
					38	2ºano	Évora
					40	-	Évora
Total	7	16,2	36	83,8			

A habilitação académica dos pais (pais e mães) das crianças/jovens que frequentam a consulta de obesidade e que participaram nas entrevistas focais está equilibrada entre um nível secundário e um nível superior. Treze frequentaram a escola até ao 9º ano de escolaridade, três detêm o 12º ano de escolaridade, nove apresentam uma licenciatura, dois o mestrado e um o doutoramento, no entanto 14 não responderam.

2.6 - TRATAMENTO DOS DADOS

2.6.1 - Questionário

A análise e tratamento dos dados referentes ao questionário, foi efetuada com ajuda do *SPSS 20*. Após a análise foi efetuada uma comparação com os estudos periciais, no entanto a análise dos dados obtidos com o questionário, essencialmente de caráter epidemiológico, não permitiu retirar dados conclusivos acerca da temática estudada uma vez que os pais ao preencherem o questionário omitiram muita informação. Questiona-se se esta omissão de informação se deveu à estrutura do próprio instrumento ou a uma clara manifestação de omissão de informação sobre as práticas alimentares das crianças/jovens, por partes destes pais.

2.6.2- Entrevistas

As entrevistas aos pais de crianças/jovens que frequentam a consulta de obesidade decorreram no período de junho de 2011 a janeiro de 2013.

A análise, tratamento e interpretação das mensagens das entrevistas foi efetuado através do programa *Nvivo10*³. A técnica análise de conteúdo facilitou a objetivação da estudo, uma vez que esta visa “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens ” (Bardin,1995:42). A análise de conteúdo é ainda definida como “uma técnica de tratamento de informação... Trata-se de desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização – atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise... Ela poderá mostrar, por exemplo, a importância relativa atribuída pelos sujeitos a temas como a vida familiar” (Vala,1986:104). Nesta técnica geralmente existem três fases, a definição de

³ NVivo10 é um software que suporta métodos de pesquisa qualitativos e mistos (www.qsrinternational.com)

objetivos e do quadro de referência teórico, a constituição do *corpus* e a definição de categorias.

A utilização da metodologia combinada quali-quantitativa teve como principal intuito perceber melhor os fatos, reduzindo eventuais subjetividades dos fatos reais (Gil,2008).

2.7 - ASPETOS ÉTICOS

Nesta abordagem sobre os aspectos éticos visamos identificar aspectos direcionados para a pesquisa quantitativa e qualitativa, ambas utilizadas na concepção deste estudo.

Para a operacionalização da pesquisa quantitativa e qualitativa foi efetuado um pedido de autorização ao conselho de administração do HESE e à Comissão de Ética do mesmo, para aplicação do questionário e operacionalização das entrevistas *focus-grupos* aos pais das crianças/jovens da consulta de obesidade infantil. A autorização ocorreu em maio de 2011, altura em que se iniciou a recolha de dados (Apêndice V).

Saliente-se, no entanto, que a Comissão de Ética não concedeu autorização para, na aplicação do questionário, serem colocadas de questões relacionadas com os dados relativos à proveniência, idade e profissão dos pais, já que estes dados poderiam permitir a identificação da família em causa.

Em relação à pesquisa qualitativa existem três aspectos que se destacam que são o anonimato, a confidencialidade e o consentimento informado (Goodwin, 2009). O autor refere que por rotina é dado aos participantes garantias de anonimato mas que na prática é muito difícil de conseguir manter. Procurando manter o anonimato, foi solicitado aos pais no início da entrevista e antes de iniciar a gravação que nos facultassem, se concordarem, a sua idade, a escolaridade e o local donde provêm. Goodwin (2009:69) sugere utilizar um pseudónimo mas salienta que “às vezes é necessário tomar decisões difíceis a respeito de não relatar, quando ao fazê-lo, comprometer-se-ia o anonimato dos participantes”. No estudo efectuado foi solicitado aos pais participantes que referissem apenas o nome pelo qual gostavam de ser tratados. Tal como preconizado, os participantes foram esclarecidos sobre o fato de qualquer informação que revelassem iria permanecer confidencial. Embora sejam reproduzidas frases utilizadas ou palavras, não se identifica quem as pronunciou (Goodwin, 2009). O autor alerta ainda que manter algo confidencial é mantê-lo em segredo. Manter o uso de pseudónimos pode proteger o anonimato mas não mantem necessariamente a confidencialidade.

O consentimento informado é considerado como central à conduta ética da pesquisa e significa “abertura e revelação aos participantes, com modelos de pesquisa que sejam colaborativos” (Goodwin, 2009:73). O mesmo autor refere ainda

que a obtenção do consentimento informado “não é uma ação feita de uma vez e para sempre” e que o pesquisador deve reconhecer “que com frequência é impossível determinar o equilíbrio entre o benefício e risco antes da realização de uma pesquisa” (Goodwin,2009:73).

Todos os pais assinaram a declaração de consentimento informado e todos foram informados que poderiam abandonar o estudo a qualquer momento, se assim o desejassem, sem que isso se traduzisse em qualquer dano pessoal.

CAPITULO 3

3 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo efetua-se uma análise e discussão de alguns dos resultados referentes ao questionário aplicado a 87 pais e ainda a análise e discussão da informação obtida com as entrevistas *focus-grupo* aos pais das crianças/jovens que frequentam a consulta de obesidade do HESE.

Procuro, desta forma, uma identificação das racionalidades leigas dos pais face ao excesso de peso e obesidade das crianças/jovens, analisar quais os dilemas destes pais e ainda identificar as estratégias e as habilidades por eles utilizadas que para gerirem quotidianamente as práticas alimentares dos seus filhos.

3.1- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS RELATIVOS AO QUESTIONÁRIO

Atendendo ao objetivo metodológico subjacente à aplicação do questionário, apresentam-se as principais tendências reveladas com a aplicação do mesmo.

Responderam ao questionário 87 pais de crianças/jovens que frequentam a consulta.

As idades dos seus filhos apresentam um vasto leque etário e os pais mais representados são os dos jovens com idades compreendidas entre os 11 e os 13 anos com 31%, seguido do grupo de pais que representam os jovens cujas idades variam entre os 14 anos e os 16 anos com 27.6%. o grupo de pais das crianças entre os 8 e os 10 anos representa 19.5%. Finalmente o grupo com menor representatividade são os pais das crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 7 anos com 9.2% e os pais de jovens com idades entre os 17 e os 19 anos com 8%, conforme se pode ver na Tabela 3.

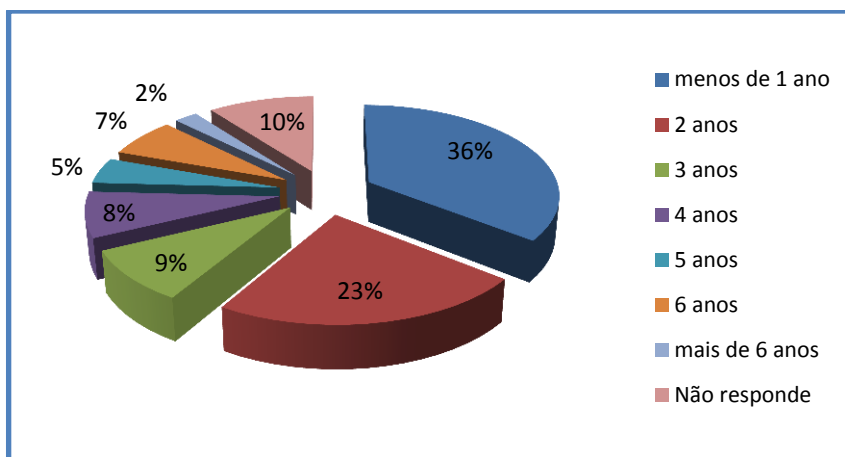
Tabela - 3 Grupos etários das crianças que frequentam a consulta de obesidade

Idade crianças/jovens	%	Nº
6 aos 7 anos	9,2	8
8 aos 10 anos	19,5	17
11 aos 13 anos	31,0	27
14 aos 16 anos	27,6	24
17 aos 19 anos	8,0	7
Não responde	4,6	4
Total	100,0	87

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao tempo de frequência da consulta, as respostas variaram entre um ano ou menos (36%), dois anos (23%), três anos (9%), quatro anos (8%). Há, no entanto, crianças/jovens que são seguidas há seis anos (7%). Verificou-se que 10% dos pais omitiram o tempo que frequentam a consulta, conforme revela o gráfico 1.

Gráfico 1 – Tempo que as crianças/jovens frequentam a consulta de obesidade



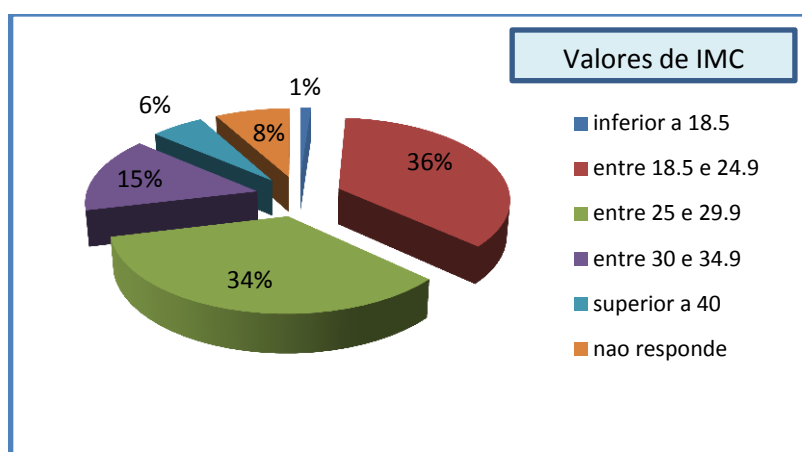
Fonte: Dados da pesquisa

O recurso a ajuda pericial tem aumentado nos dois últimos anos e os pais optem cada vez mais por procurar este tipo de ajuda uma vez que a sociedade enfatiza um corpo esbelto. Grugier (2003:226) refere que “uma coisa é certa: a nossa visão do corpo mudou radicalmente com o poder da ciência e da tecnologia

no nosso meio ambiente”. Assim os pais esperam não apenas obter ajuda e uma solução para o problema que os filhos encontram, como simultaneamente respondem às pressões sociais e de saúde no sentido de procurarem esse aconselhamento pericial.

Os pais foram igualmente questionados acerca dos valores do Índice Massa Corporal (IMC) dos filhos. Os dados revelam que 34% de crianças/jovens apresentam excesso de peso e 21% com obesidade. As restantes crianças/jovens já se encontram dentro dos valores de IMC normal para a idade, no entanto continuam a frequentar a consulta com o objetivo de manter o peso (gráfico 2). Segundo a informação pericial o valor de IMC é considerado dentro de um peso normal até 24.9. Acima deste valor e até 29.9 a criança/jovem é considerado com excesso de peso. Qualquer valor acima de 29.9, a criança/jovem são considerados obesos.

Gráfico 2 - Valores de Índice Massa Corporal das crianças/jovens que frequentam a consulta de obesidade



Fonte: Dados da pesquisa

A escolaridade dos pais é um fator importante na prevenção da obesidade. O estudo de Miranda et al (2009) revela que a prevalência da obesidade tende a diminuir com o nível de escolaridade dos pais embora o autor não tenha verificado associação significativa entre o nível de educação dos pais e a pré-obesidade ou obesidade.

Dos resultados da escolaridade dos pais que participaram no preenchimento dos questionários verificou-se que, 67.8% frequentaram a escola até ao 9º ano e 21.8% dos pais possui o 10º, 11º, 12º e licenciatura (tabela 4).

Tabela 4 - Grau de escolaridade dos pais

Nível Escolaridade dos pais	%	Nº
Pai 1 ciclo 4º ano	17,2	15
Pai 2º ciclo 5 ou 6º ano	25,3	22
Pai 3º ciclo até ao 9º ano	25,3	22
Pai 10º11º ano	4,6	4
Pai 12º ano	17,2	15
Pai Licenciatura	5,7	5
Não responde	4,6	4
Total	100,0	87

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação à escolaridade das mães, frequentaram até ao 9º ano de escolaridade 50.5% e possuem o 10º, 11º, 12º, licenciatura, mestrado ou doutoramento 48.2% (tabela 5).

Tabela 5 - Grau de escolaridade das mães

Nível Escolaridade das mães	%	Nº
Mãe 1 ciclo 4º ano	12,7	11
Mãe 2º ciclo 5 ou 6º ano	18,4	16
Mãe 3º ciclo até ao 9º ano	19,5	17
Mãe 10º11º ano	6,9	6
Mãe 12º ano	25,3	22
Mãe Licenciatura	12,7	11
Mestrado ou doutoramento	3,4	3
Não responde	1,1	1
Total	100,0	87

Fonte: Dados da pesquisa

A procura da perícia médica leva os pais a procurar ajuda na consulta, no entanto quando questionados em relação à orientação alimentar das suas crianças/jovens as respostas são variadas. Referem que quem orienta a alimentação são eles (pais) (48.3%) ou o nutricionista (32.2%). Existem pais que referem que as orientações da alimentação são efetuadas pelo pediatra (11.5%) e há pais que referem que são os avós (6.9%) (tabela 6).

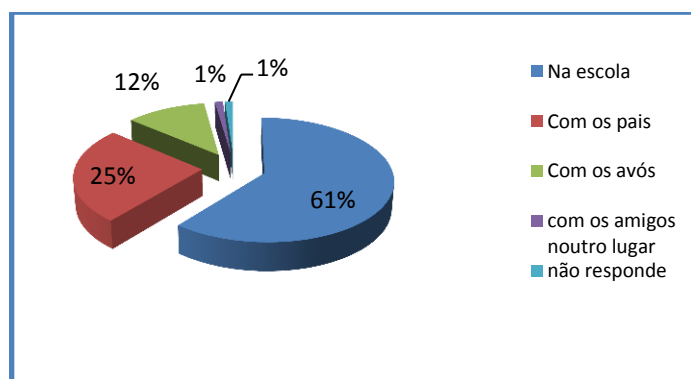
Tabela 6 – Adultos que orientam a alimentação da criança/jovem

Orientação da alimentação	Nº	%
Pais	42	48,3
Avó	6	6,9
Pediatra médico	10	11,5
Nutricionista	28	32,2
Não responde	1	1,1
Total	87	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Quando questionados sobre o local de toma das refeições, por parte das crianças/jovens, verificou-se que o almoço acontece na escola para a maioria das crianças/jovens (61%). A cantina escolar apoia as famílias e a refeição fica mais económica. Apesar da família ter deixado de assegurar parte da educação alimentar das crianças e dos jovens, que frequentemente almoçam na escola, 25% das crianças/jovens almoça em casa com os pais e 12% das crianças/jovens almoça com os avós (gráfico 3). Em relação ao jantar 95.4% jantam com os pais e apenas 3.4% jantam com os avós.

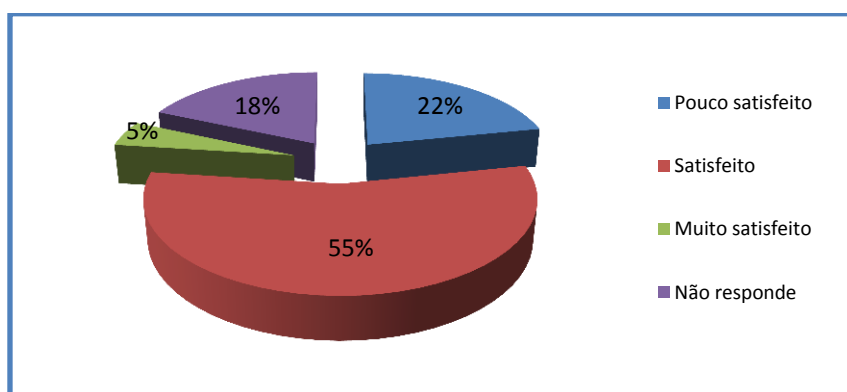
Gráfico 3 - Local onde as crianças/jovens almoçam



Fonte: Dados da pesquisa

A maioria dos pais está satisfeita com a alimentação que é oferecida na escola (55%). No entanto 22% dos pais não está satisfeito com a alimentação oferecida pela escola e 18% não respondem (gráfico 4).

Gráfico 4 - Satisfação dos pais relativamente à ementa dos almoços fornecidos pela escola



Fonte: Dados da pesquisa

Vários estudos enfatizam o sedentarismo das crianças/jovens associando-o à obesidade pelo que questionamos os acompanhantes acerca desta problemática. Pretendia-se compreender como é experienciada pelas crianças e jovens a questão da ocupação dos tempos livres e do sedentarismo e como é que os pais percecionam, a presença ou ausência de uma vida mais ou menos sedentária por parte dos filhos.

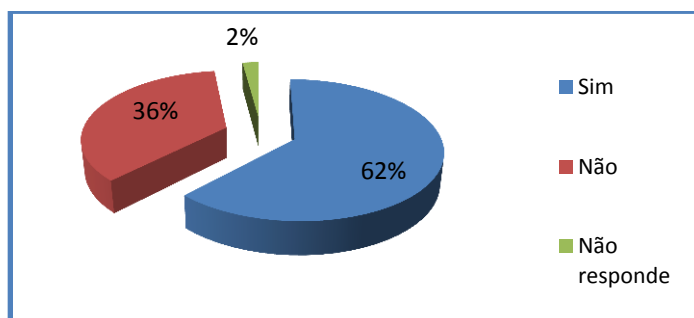
Os progenitores salientaram que 34.5% dos filhos vê televisão uma hora por dia e 29.9% duas horas. Ainda em relação ao sedentarismo, os acompanhantes foram questionados sobre o tempo dedicado a jogar *playstation* e 51.7% responderam que as crianças/jovens jogam entre meia a uma hora por dia.

As respostas obtidas permitiram ainda verificar que as crianças/jovens deslocam-se para a escola essencialmente de carro (37.9%), como se verifica no estudo COSI (2008) Este fato pode justificar-se com a melhoria económica das famílias em que o uso de automóvel se tornou mais ou ainda pela existência de transporte públicos regulares, nos locais onde habitam. No entanto 34.5% deslocam-se a pé. O fato de muitos destas crianças/jovens viverem em meios rurais ou urbanos de baixa densidade populacional (como é o caso do Alentejo) e de fraca dispersão espacial de equipamentos e habitações, explica que cerca de um terço das crianças/jovens se desloque a pé para a escola.

Em relação à prática de atividade física extra curricular 62% das crianças/jovens apresenta esta prática fora das atividades letivas o que supera os valores encontrados por (Rito et al, 2010:31) onde verificou que 40.7% das crianças estavam inscritas em ginásios na região do Alentejo. Esta atividade é frequentada em média duas horas por semana por 21.8% das crianças/jovens. Segundo as

racionalidades periciais a prática de exercício físico ajuda na perda e manutenção do peso (Gráfico 5). Estes dados revelam ainda que os pais seguem as recomendações do discurso médico e a pressão normativa social e promovem a prática atividade física fora das atividades letivas dos seus filhos.

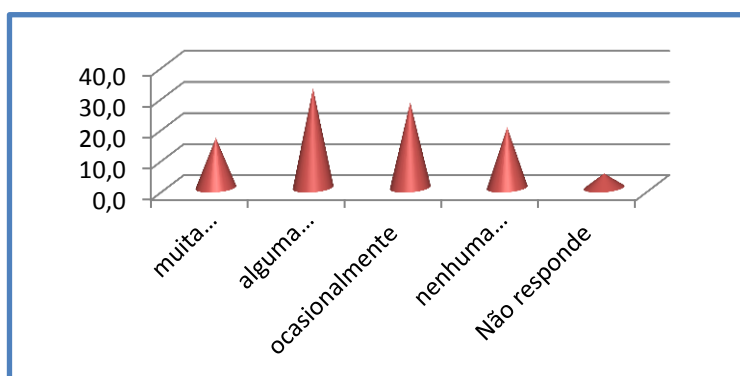
Gráfico 5 – Prática de atividade física extracurricular por parte das crianças/jovens



Fonte: Dados da pesquisa

A alimentação fracionada deve ser uma prática nos hábitos de alimentação saudável, para a população em geral e essencialmente para quem precisa de perder peso, segundo as recomendações periciais. No entanto, para os pais, as orientações alimentares dadas a este respeito na consulta de obesidade, são difíceis de manter como se pode ver no gráfico 6.

Gráfico 6 - Dificuldade em manter as orientações sobre a alimentação

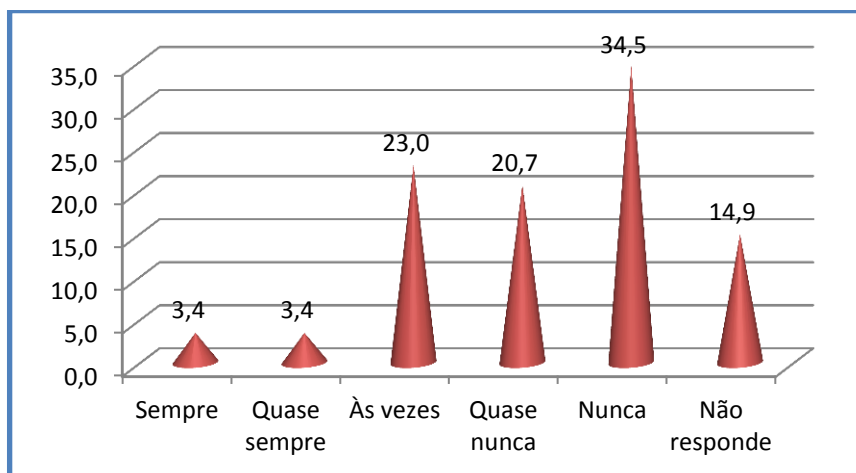


Fonte: Dados da pesquisa

Quando questionados sobre se a alimentação, em casa, eram iguais para todos os membros da família, como é preconizado pelas entidades periciais enquanto fator facilitador da aderência a uma “alimentação boa”, verificou-se que 34.5% dos pais responderam que “*nunca*” fazem comida diferente, enquanto que 23% dos pais responde que “às vezes” a alimentação da criança/jovem é diferente dos restantes elementos da família. Existem ainda 20.7% dos pais que

refere que a alimentação da criança/jovem “quase nunca” é diferente da dos restantes membros da família (gráfico 7).

Gráfico 7 – Alimentação em casa é igual para todos



Fonte: Dados da pesquisa

As dificuldades inerentes ao cumprimento de normas relativas à alimentação, fica espelhada nas respostas obtidas nesta questão, quando maioritariamente os pais (55.2%) não estendem aos restantes membros da família o preceito de partilharem uma alimentação “saudável” igual para todos.

Culturalmente os hábitos alimentares constroem-se e baseiam-se em costumes familiares herdados e baseiam-se essencialmente nas refeições principais e no lanche. Desta forma questionámos os pais sobre os principais alimentos que as crianças/jovens ingerem em cada uma dessas refeições.

Verificou-se que, em termos de bebidas, o leite magro (51.7%) ou leite meio gordo (43.7%), onde a porção é igual à preconizada pelas racionalidades periciais (uma chávena almoçadeira 250ml=1porção) é ingerida por 60.9% das crianças/jovens. No entanto 21.8% dos pais refere que os seus filhos ingerem quantidades maiores, ao pequeno-almoço e lanche.

Quanto à ingestão de carnes brancas (frango, peru, coelho...) são ingeridas por 63.2% das crianças/jovens, uma a três vezes por semana e 65.5% referem que a quantidade é igual à recomendada (por exemplo um quarto de frango).

Os alimentos fritos por vezes têm a preferência das crianças/jovens, no entanto não são recomendados pelas racionalidades periciais 52.9% dos pais referiram que os seus filhos nunca comem alimentos fritos, no entanto 32.2% dos

pais afirma que os seus filhos ingerem com frequência (de 15 em 15 dias) esses alimentos. 31% dos pais refere que as crianças/jovens comem a quantidade recomendada (1 peça média – tipo croquete) e 5.7% refere que ingerem uma maior quantidade.

Em relação ao peixe, este alimento é ingerido uma a três vezes por semana por 50.6% das crianças/jovens e em relação às quantidades 57.5% dos pais refere que a quantidade é igual à recomendada (125gr=1porção). Porém 16.1% refere que a quantidade ingerida é maior.

A ingestão de legumes faz parte do grupo de alimentos que as crianças/jovens menos apreciam. Os pais referiram que há legumes que as crianças aceitam e comem. Da análise a esta questão verificou-se que o feijão é ingerido por 59.8%, as ervilhas por 48.3%, 52.9% come couve, 59.8% comem brócolos, 69% come nabiça e espinafre, a alface é ingerida por 82.8%. Em relação à quantidade de legumes, 62.1% referem que come igual e 16.1% come quantidade maior (a referência apresentada é meia chávena).

A fruta também faz parte da vida diária destas crianças/jovens existe uma preferência pela maçã (89.51%) a quantidade média recomendada (1 maçã) é ingerida por 62.1%. Existem outros frutos que fazem parte da sua alimentação tal como a laranja, que é ingerida por 73.6% e a quantidade recomendada é uma laranja média (48.3%) e em que 8% comem quantidade maior.

A banana é um fruto que deve ser ingerido com menor frequência devido ao seu aporte calórico, no entanto é ingerido por 63.1%, em que 46% refere que come a quantidade recomendada (uma banana média),

Em relação ao pão alimento apreciado pelas crianças/jovens, 72.4% referem que os filhos comem pão todos os dias, e destes, 12.6% referem que comem mais do que uma vez por dia. A quantidade 57.5% refere que é igual à preconizada (uma fatia) e 27.6% referem que é maior.

A água elemento essencial para crianças e jovens é consumida por 86.2% das crianças/jovens.

Em relação ao consumo de refrigerantes 67.8% nunca consome, 17.2% não respondeu a esta questão. As quantidades ingeridas por 20.7% são menores que a referência (uma garrafa pequena) no entanto 56.3% não responde.

Em relação à Coca-Cola outra das bebidas muito apreciadas pelos jovens 69% nunca ingere e 18.4% não responde.

Em relação ao consumo de doces, 65.6% ingerem bolachas e na quantidade igual à recomendada (3 bolachas) 40.2 %. Esta quantidade é maior para 21.8% das crianças/jovens.

O consumo de croissants não é frequente, 50.6% referem que nunca comem, 21.8% refere que come de quinze em quinze dias, 34.5% dos pais refere que comem igual ao valor de referência (um *croissant*).

Os resultados obtidos com a aplicação do questionário revelam que, contrariamente aos que os estudos indicam que a baixa escolaridade dos pais está relacionada com a obesidade, no caso em estudo, os pais entrevistados apresentam um grau de escolaridade elevado.

A alimentação destas crianças/jovens é essencialmente orientada pelos pais ao jantar (95%), no entanto o almoço é na cantina escolar para 61% das crianças/jovens. É importante salientar que metade dos pais se encontra satisfeito com a oferta da escola e que aproximadamente 45% refere apresentar dificuldade em controlar a alimentação.

Em relação ao sedentarismo, de acordo com os pais, cerca de 50% das crianças/jovens vê televisão cerca de uma hora por dia e cerca de 50% das crianças/jovens joga computador ou numa consola, uma hora por dia. Estes dados parecem subestimados quando comparados com publicações que apontam para um número diário de horas bastantes superiores, dedicado pelas crianças/jovens à televisão, computador ou consolas de jogos.

Em relação à prática de atividade física, além da obrigatória na escola, 62% das crianças/jovens praticam atividades extra curriculares, o que também contraria os estudos periciais.

Os pais entrevistados tentam seguir as indicações, recomendações e normas periciais relativas à alimentação dos filhos que apresentam excesso de peso ou mesmo obesidade, mas que têm dificuldades em cumprir todos os preceitos associados, nomeadamente em recorrer à mesma alimentação para todos os membros da família (em casa cerca de 30% das crianças/jovens tem uma alimentação diferente da restante família) ou aderir a uma alimentação fracionada.

Da mesma forma salientam a dificuldade de seguirem todas as orientações recebidas na consulta de obesidade, visando a perda de peso e uma alimentação mais “saudável e equilibrada”, não apenas para a criança/jovem, mas para toda a família.

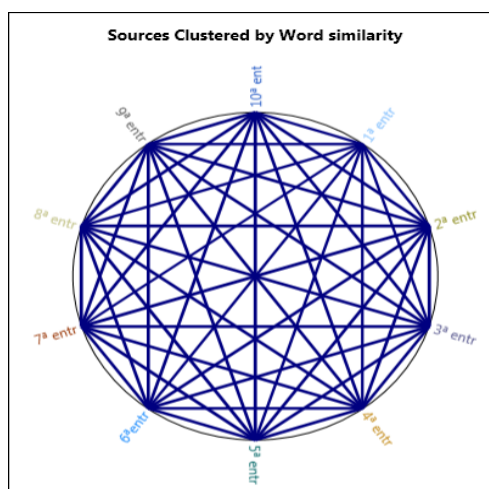
3.2- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS DAS ENTREVISTAS

Nas 10 entrevistas *focus grupos* estiveram presentes sete pais e trinta e seis mães de crianças/jovens que frequentam a consulta de obesidade infantil. A média de idades destes pais é 41.8 anos e são famílias que residem em cidade e vilas do Alentejo. A escolaridade dos pais que participaram nas entrevistas é predominantemente o 12º ano e a Licenciatura, no entanto as mães apresentam uma escolaridade mais elevada.

Através da análise das entrevistas *focus grupos* procurei analisar as racionalidades leigas dos pais face ao excesso de peso e obesidade das crianças/jovens, quais os dilemas destes pais e ainda identificar as estratégias e as habilidades por eles utilizadas que para gerirem quotidianamente a alimentação dos seus filhos⁴. Para análise dos dados obtidos com as entrevistas utilizou-se o programa N Vivo que estabelece uma relação entre as palavras e as categorias. Esta relação encontra-se expressa no gráfico 8. A matriz de relações obtida permite dizer que existe uma relação de similaridade muito equilibrada ao longo das dez entrevistas *focus grupos* efetuadas. Esta relação é evidente pelas linhas azuis fortes existentes entre elas.

⁴ A análise dos dados das entrevistas será pontualmente completada com as informações recolhidas através do questionário, com o objetivo de dar maior visibilidade às dificuldades e dilemas expressos pelos pais.

Gráfico 8 - Dados das entrevistas agrupados por similaridade de palavras



Fonte: Dados da pesquisa

No decurso da análise foram identificadas três categorias e oito subcategorias, conforme se pode verificar no quadro 1, onde se apresenta a grelha de análise (resumida) dos dados obtidos, a grelha completa encontra-se no Anexo II.

Quadro 1- Grelha de análise

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Dificuldades experienciadas pelos pais	Dificuldades Comportamentais
	Dificuldades no contexto familiar
	Dificuldades no Contexto Escolar
Combater as dificuldades	Contexto pessoal
	Contexto familiar
	Contexto escolar
Importância da consulta	Contexto motivacional
	Contexto educativo

Fonte: Dados da pesquisa

A noção de saudável que o conhecimento médico associa com estilos de vida, representa nos dias de hoje a articulação entre a sociedade do risco e a saúde dos indivíduos (Silva,2008). No risco é importante “determinar quais as

consequências que lhe estão subjacentes” (Marques, 2009:3) e ainda segundo este autor, o risco pode ser visto como um *continuum* e nunca desaparecer pois ele existe sempre. Apesar de poder ser minimizado ou localizado e poder ser evitado, nunca é dissipado.

O risco da ameaça de doença associada à obesidade das crianças/jovens é um dos riscos com que os pais se confrontam quotidianamente e que nunca se dissipa. Os pais entrevistados, manifestam dificuldades em controlar estas ameaças à saúde dos seus filhos e a sua perceção sobre os estilos de vida centra-se na responsabilidade de evitar riscos para a saúde dos seus filhos e em cuidarem dela como se esta fosse o seu maior bem (Mendes, 2002).

3.2.1 - Dificuldades experienciadas pelos pais

A primeira categoria identificada foi denominada como ***Dificuldades experienciadas pelos pais***. Estas dificuldades remetem para vários contextos e assim, deram origem a três subcategorias nomeadamente as dificuldades sentidas pelos pais ao nível dos comportamentos individuais das crianças/jovens, as dificuldades no contexto escolar e ainda dificuldades no contexto familiar.

A primeira subcategoria foi denominada *dificuldades comportamentais* (das crianças/jovens).

Esta subcategoria tem subjacente, as dificuldades comportamentais das crianças/jovens dificilmente controláveis pelos pais, de que se salientam o prazer em comer, a recusa dos alimentos saudáveis, a prática de atividade física e o sedentarismo. As crianças/jovens vivem o momento, não o futuro e quando não alcançam o que pretendem sofrem. Para elas importa o prazer e o seu bem-estar no momento. Nos discursos dos obesos existe uma nítida divisão ente prazer e desprazer, entre disfrute e pecado, esta dicotomia manifesta-se num antagonismo entre o prazer e o sofrimento, o prazer com uma representação de valores associados ao comportamento moral valorativo e cultural, por seu lado o sofrimento com valores e representações de comportamento que penaliza responsabiliza e castiga (Felippe,2003). Estes pais vivem um confronto diário entre o desejo e o prazer de comer dos filhos e as indicações que lhe são fornecidas pelas

racionalidades periciais. Os seus filhos exigem controlo, vigilância e disciplina quase constante.

Esta evidência emerge dos relatos dos pais onde se destacam algumas áreas as quais irei descrever ao longo do texto. Uma dessas áreas refere-se ao *enorme prazer que as crianças/jovens têm em comer*.

“O meu filho gosta da nossa comida alentejana, gosta de doces de chouriço, e principalmente de pão.” E2

“Por exemplo vamos a uma festa há aquelas mesas com doces mas ele vai logo há comida, posso tirar uma batatinha? Posso tirar um rissol? Posso tirar um pastel? Um bocadinho de pão? É a comida!” E2

“Ele só quer comer e depois como não estava sozinho tinha lá um primo, mesmo quando as avós diziam que não lhe davam eles iam para a padaria pôr os pastéis de nata no forno e os pães com chouriço, para comerem.” E3

“ O Rui não é guloso, é a comida, e são as feijoadas e os cozidos e as sopas de pão”...“A minha Ana teve sempre o hábito de deixar sempre qualquer coisa dentro do prato e o Rui aproveitava sempre aquilo que lá ficava ”. E5

“ O único problema é que o Ricardo adora comer ele adora mesmo a comida”. E6

“Ele chega com aquele desejo todo da comida, o que é que tens para o jantarinho? O que é o almoço? É muito complicado. É mesmo o gosto de comer.” E8

“O meu filho está na loja comigo incentiva as outras pessoas a fazer compras, às vezes as pessoas andam lá, ai não sei o que

faça hoje de jantar e ele olha para arca e dá sugestões, faz um arrozinho de camarão com uma salchicha, a minha mãe às vezes faz. Até coentros o rapaz incentiva as pessoas a pôr no comer. Ele gosta mesmo de comer.” E8

“Eu meto sempre menos mas a ideia dela é só na comida. Só pensa é no comer, às vezes são 10h e já pergunta pai a que horas é o almoço? Já está a pensar no almoço e depois à tarde já está a pensar no jantar.” E9

“É o prazer que eles têm em estar a comer.” E10

Existem regras e leis implícitas nas culturas sobre o que se deve ou não deve comer e atualmente existe um desconforto pessoal sobre o que se deve ou não comer. Isto é o que Fischler chama a “gastro-anomia”. O termo significa um jogo de linguagem para chamar a atenção sobre as dificuldades para lidar com a complexidade das práticas alimentares na sociedade atual (Fischler, 2008). Os excertos que se seguem, retirados dos discursos dos pais ilustram essa dificuldade e complexidade relativas às práticas alimentares quotidianas.

“Ela sabe o que deve comer mas se vê uma coisa em cima da mesa que não deve comer, ela tem dificuldade em aguentar e não comer” E8

“Nós deixamos de comprar coisas para casa, não há lá nada mas não adianta porque eles comem na casa de um amigo, vão lá comer aquilo que apanham. Eu acho que ainda é pior”. E10

Através dos dados obtidos no questionário verificou-se que 16.1% dos pais referem que apresentam muita dificuldade em manter a orientação dada na consulta e 32.2% referiram que apresentam alguma dificuldade em manter a alimentação prescrita, já 27.6% refere que ocasionalmente apresenta dificuldade em manter a alimentação prescrita.

Da mesma forma, 21.8% dos pais referem muita preocupação por as crianças/jovens comerem exageradamente, o que pode estar associado, mais uma vez ao prazer que usufruem com a alimentação.

Tal como refere Fischler, na sociedade atual, as pessoas estão muito preocupadas com o que podem ou não comer, sem ter uma direção clara para seguir pois as informações são, frequentemente, contraditórias (Fischler, 2008).

Os familiares apesar de frequentarem a consulta e lhe serem dadas orientações periciais relatam que o prazer de comer é intenso e que estas crianças têm necessidade contínua de vigilância por parte dos pais ou de outros familiares, para se evitar que comentam excessos alimentares. Os relatos evidenciam que a vigilância das refeições é contínua e que nunca pode ser descuidada.

“Eu já fiz a experiência uma semana deixei-o comer a vontade, comeu o que ele queria, nessa semana engordou 2 kg. Nessa semana só comeu, sem exercício. Ele tem que ter cuidado, em casa tenho que andar sempre em cima dele”. E1

Preconiza-se que os pais devem ter conhecimentos adequados sobre nutrição, seleção de alimentos, tipo de refeições, conceção de alimentação saudável, hábitos de atividade física (Kaplan, et al, 2004). A educação começa em casa e as crianças devem ser educadas para aprender a comer bem mas inseridas na sua cultura. Na cultura de um povo existem preceitos que determinam as regras. Não são apenas regras sobre o que se come, mas quando se come, com quem se come, quantas vezes se come, onde se come..., (Fischler, 2008).

Aliado ao prazer de comer e à vigilância permanente, os pais manifestam-se preocupados com a quantidade excessiva de alimentos que as crianças/jovens ingerem bem como a rapidez com que o fazem. Também Young e Nestle (2002), concluíram que as crianças consomem porções maiores do que necessário e excedem frequentemente as normas definidas.

Através dos relatos obtidos verifiquei que os pais se deparam quotidianamente com esta dificuldade. Ferreira e Magalhães (2005: 1798) referem que “na sociedade de consumo, os gordos são percebidos como os únicos responsáveis por sua condição. São gordos porque comem muito e são incapazes de se controlar”. Fischler (2008) por sua vez, refere que para a sociedade os obesos

são os que comem o que não podem e o que não devem e além disso comem em excesso. Comem o que estaria destinado a eles e comem o que pertence a outros.

Os resultados encontrados no questionário aplicado aos pais, revelam ainda a necessidade das crianças/jovens se sentirem totalmente saciados com a alimentação, para além do prazer em comer. Assim, verificou-se que há uma preferência das crianças/jovens pelos vários tipos de carne em detrimento do peixe e 48.3% dos pais referem que conseguem que a criança/jovem consuma a quantidade igual à preconizada (120gr). Porém, 16.1% refere que as quantidades ingeridas são maiores. Em relação aos discursos dos pais, estes assumem que as crianças/jovens têm dificuldade em controlar a quantidade de alimentos que desejam ingerir e que, por vezes, ingerem.

“ A minha... é a quantidade de comida e não quer as saladas. Bebe água, leite magro, ...mas depois é a quantidade de comida que quer e sem salada.” E1

“O meu é a quantidade, gosta de tudo e de muito senta-se a mesa e aqui estou eu para comer.” E1

“Depois gosta de tudo e tem sempre fome. Eu mando-o brincar, digo-lhe ó rapaz esquece a comida e ele responde mas eu tenho fome”. E2

“A minha grande dificuldade com o meu é na quantidade, tenho que ter um grande cuidado com a quantidade porque ele come tudo bem”. E3

“Ele come muito, come sempre, nos intervalos, há refeição, qualquer hora serve para comer, qualquer coisa que seja comida” E6

“Eu vi por a minha Ana que ela chorava, ela estava habituada a comer mais quantidade e estarmos ali a reduzir, eles estarem a pedir comer e nós a reduzir é um bocado complicado”. E7

“ Foi complicado porque ela já comia legumes, a qualidade não era má, era a quantidade, por exemplo a fruta ela era capaz de comer quatro ou cinco maçãs seguidas. Era uma quantidade em demasia.” E10

“ Em casa sopa tem que haver sempre, tem que a comer mas é rápido, tipo deixa lá despachar-me com isto para passar para o segundo prato, e chega ao segundo come mais rápido ainda.” E10

Os cereais e nomeadamente o pão estão presente na cultura alimentar de várias gerações e são a base da alimentação mediterrânea. A sua influência na alimentação verificou-se ao longo de gerações e este é um dos alimentos preferidos das crianças/jovens. A dificuldade dos pais controlarem a quantidade de pão que é ingerida, por estas crianças/jovens, acresce consideravelmente quando se trata de impor restrições ao seu consumo. O pão apresenta uma importância cultural e religiosa. Está associado ao ato de partilhar aos momentos em que as famílias se reúnem pela manhã. O pão é um dos elementos sempre presentes à mesa no Alentejo. Da história do Alentejo fazem parte as ceiras de trigo, onde este cereal era abundante. O pão era um alimento abundante no Alentejo e nos hábitos culturais ele continua a manter-se.

No questionário, 63.2% dos pais responderam que as crianças/jovens comem de todos os tipos de pão e 11.5% afirmou que os seus filhos ingerem pão branco. O pão é ingerido diariamente por 27.6% das crianças/jovens e a quantidade que se preconiza (uma fatia a cada refeição principal) é ingerida por 57.5%.

Nos relatos dos pais também se verifica que as crianças/jovens não se querem privar de alimentos, jogam com a autossatisfação e com o prazer alimentar e do paladar e de tudo o que a ele se alia culturalmente (Bourdieu,1983). “O espaço de decisão alimentar individual joga-se no campo da satisfação, do prazer gustativo e relacional, em que o gosto é segurança feita de tradição e é desejo de inovação”, Fischler citado por Silva (2008:72).

“Há aqueles miúdos que não gostam disto ou não querem aquilo e depois compensam com outras coisas, mas o meu não, tudo o que lhe derem ele come e gosta de tudo. E quer mais”. E3

“Felizmente ou infelizmente são umas miúdas que gostam de comer, e apreciam uma boa feijoada e um bom prato regado com molho e pão alentejano”. E7

“Se eu deixasse às refeições comia um pão de quilo”. E7

“O António esconde o queijo dobrado dentro do pão para eu não ver, e o fiambre. Só aparece uma fatia mas estão lá muitas mais”. E10

O desenvolvimento da criança/jovem é marcado por diversas fases, entre os três e os sete anos a criança apresenta dificuldade em distinguir o real e o imaginário, a criança não consegue por vezes separar o faz de conta da realidade, “mentir é algo que pode ocorrer por muitas razões, quando as crianças entram na escola ainda contam histórias e costumam exagerar uma história ou uma situação como meio de impressionar a família ou os amigos” (Whaley & Wong, 2006:483). É uma idade em que a criança poderá não falar verdade, mas é uma fase normal do seu processo de desenvolvimento. Esta dificuldade é manifestada pelos pais, já que as crianças mentem para alcançar os seus objetivos e para comer o que desejam.

“Eu saía da cozinha, deitava o leite para o lava-loiça e depois ia para a escola dizer que a mãe não lhe dava de comer e passava fome, ia queixar-se aos professores que tinham pena dele davam-lhe sandes, pão...” E5

“Ao fim de semana eu almoçava sozinha, o meu marido agarrava neles casa da minha sogra, ele era tão pequeno mas era tão labioso que vinha de lá e dizia sabes a minha avó hoje não me deu almoço, porque me estava a ver comer que era para eu lhe dar”. E5

“Come às escondidas, come o que eu não controlo, come o que eu não vejo, agora não, mas de verão não comia de dia na minha frente, comia de noite, roubava-me comida, escondia bolachas debaixo da cama”. E5

O jogo faz parte do quotidiano das crianças/jovens e essa relação também está presente na sua relação com os pais quando, para alcançarem os seus objetivos, manipulam psicologicamente os pais.

“Só que o meu não aceita eu dizer, já chega, come menos, vê lá que isso faz-te mal, chamo a atenção mas ele acha que a maneira como eu o repreendo é por não gostar dele, é a forma dele me manipular psicologicamente”. E3

“Ela não precisa por ela acha que está bem, quando se ralha com ela pensa que não queremos que ela coma às vezes digo-lhe Tânia o médico disse que é só um bocadinho de carne, ela fica toda assim um bocado amuada e agente também fica assim. É complicado”. E4

“Foi uma criança que sempre gostou de comer muito, ela chorava porque queria comer, dizia que a estava a matar com fome, eu não como porque não me dão de comer”. E6

“Depois revolta-se com a gente em casa, tem sido sempre com a gente em casa, por querer tudo muito”. E6

“Ele chora eu as vezes digo-lhe filho mas tu tens fome? Pronto eu não tenho fome, deixa que eu bebo água.” E8

“Quando lhe digo, hoje não comes pão, comes uma peça de fruta, chora e grita, e depois para ele não andar a chorar ali no meio das

peessoas porque não tenho tempo de lhe dar atenção come metade duma carcaça.” E8

A influência de hábitos sedentários é uma das questões que os pais têm maior dificuldade em controlar. As crianças/jovens com excesso de peso ou obesidade, são crianças/jovens sedentários e com pouca vontade de efetuar atividade física. Também a sua estrutura obesa não favorece essa atividade. Além disso e como salienta Kuk, perder peso só por si não é o único caminho para ter uma vida saudável. Se as pessoas obesas efetuarem atividade física regular e tiverem uma dieta equilibrada, estas pessoas apresentam uma vida saudável (Kuk,2011).

A noção que se tem que fazer exercício físico no pensamento leigo é equivalente à de não ter uma vida demasiado sedentária, “mais uma vez aparece a ambiguidade dos conceitos usados em que racionalidade leiga adota o sentido da noção de vida sedentária como a razão de ser da exigência de fazer exercício, mas adapta-se à sua perspetiva sobre o que pode ser a atividade física no contexto das suas vidas” Silva (2008,106). Os relatos dos pais evidenciam esta ambiguidade.

“ O meu tem tudo o que pode para fazer de atividade física mas... tem tudo menos a disposição dele, mas não faz.” E1

“São crianças muito sedentárias gostam muito de estar sossegadinhos sem ninguém os estar a incomodar.” E3

“E depois quando acabam a atividade física ainda ficam com mais fome”. E3

“O meu não quer fazer ginástica”. E4

“Há minha a Doutora disse-lhe que ela tinha que fazer bicicleta ela não queria porque não queria ir para a rua, eu comprei uma bicicleta fixa, até nem fui eu, foi o avô comprou-lhe a bicicleta para ela andar, está lá serve de cabide para a roupa.” E5

“O meu Rui não quer fazer nada de atividade física, é casa, casa, casa. É só sedentarismo, é mesmo tudo aquilo que agente lê nas revistas, tudo o que não podemos fazer, é tudo o que ele faz”. E5

“E até ainda lhe posso dizer mais o pai deles, não é treinador dele era treinador do mais velho, mas faz parte da equipa do plantel e é o primeiro a dizer ai não queres?! Então não posso fazer nada por ti, tenho aqui outros com que me tenho que preocupar”. E5

“O engordar dele passou por quando chega do treino às dez da noite e vem com imensa fome, ele chega janta e deita-se”. E5

As férias convidam ao sofá, a internet a comida, a ver filmes, depois têm sempre vontade de ir buscar alguma coisa, o snack”. E8

“Tem uma bicicleta tem muito espaço para andar e não anda, tem outra fixa em casa também não anda.” E8

“Ele não come fora da escola. Ele está na Epral vai comer a casa, é um miúdo caseiro, a gente diz-lhe sai de casa, vai ter com os teus amigos.” E8

“Ele tem que comer um bife e muitos legumes, e come mas quanto mais depressa acabar com aquilo melhor, para ir logo para a cama. Vai-se logo deitar.” E10

Alguns dos pais assumem a importância da inatividade dos filhos e a sua impotência para a alterar. No entanto, salientam que as crianças/jovens se sentem bem com o seu corpo, pelo que não encontram razões que justifiquem a frequência da atividade física. Apesar disso, os pais reconhecem que esta seria uma prática benéfica para a saúde dos filhos e para evitar os riscos associados ao excesso de peso e obesidade. A disponibilidade monetária de algumas famílias também propicia

o sedentarismo, já que os pais colocam televisões, consolas e computador no quarto das crianças/jovens, revelando depois têm muitas dificuldades em controlar o tempo que os filhos dedicam a estas práticas.

Nos dados obtidos do questionário constatou-se que 34.5% dos pais refere que as crianças/jovens vêem televisão uma hora por dia e 29.9% vêem até duas horas por dia. No entanto, também existem pais (5.7%) que referem que os filhos vêem televisão até quatro horas por dia e 6.9% referem que vêem cinco ou mais horas diariamente.

Em relação aos jogos de computador 51.7% dos pais referem que os filhos jogam computador ou consola entre meia hora a uma hora por dia, 2.3% referem que estes jogam duas horas por dia e 2.3% refere que chegam a jogar três horas por dia. Já 22.9% dos pais afirma que os seus filhos joga 2/3 horas por semana e 8% não jogam. Os restantes afirmam que os filhos apenas jogam no fim-de-semana, mas não referem o tempo.

A atividade física foi outro dos itens sobre o qual questionámos os pais e verificou-se que 62.1% das crianças/jovens praticam outra(s) atividades além da escolar obrigatória. 36-8% dos pais refere que os seus filhos não pratica qualquer atividade física extra escolar. Das crianças/jovens que praticam exercício físico, 21.8% dizem que o tempo dedicado à atividade é entre uma hora e meia e duas por semana e 13.8% pratica três horas por semana. Existem ainda 11.5% das crianças/jovens que praticam cinco horas ou mais por semana.

Nos relatos observamos a dificuldade que os pais apresentam em que os filhos cumpram regularmente a atividade física como forma de os responsabilizarem pela sua saúde. “Além da prevenção da doença importa promover a saúde dos jovens por via da sustentabilidade coletiva e individual. A perspetiva da saúde individual foi integrada nos cuidados médicos de proximidade que operacionalizou as orientações do conceito de estilos de vida saudáveis para a definição de comportamentos específicos de responsabilidade individual” (Silva & Alves, 2011:1217)

“O meu teve negativa a educação física. É televisão, computador e eu estou sempre a ralhar”. E4

“O problema dele é gostar de comer e não se mexer. Ele gosta muito de estar ao computador se eu o deixar estar 16 h ao

computador são 16h que ele lá está, mas fazer exercício não é com ele... passa mais tempo agarrado ao computador, está isolado.” E6

“E está no vício do computador e da playstation, sai muito pouco.” E8

“O computador é o vício dos gaiatos, é verdade não é só o meu é de todos!” E9

“Assim que chega dos acampamentos, lava-se a correr e vai a correr para a cama, ou para o computador jogar na consola.” E10

Por outro lado há pais que assumem o exercício físico deve fazer parte da vida saudável dos filhos, embora nem sempre tal aconteça. Segundo Silva (2008:106) “o exercício físico na sua vertente negativa de «não prático» é como a alimentação a prática mais convocada pelos discursos de quem auto avalia a sua vida num registo de «saudável-comportamentos»”.

No seu discurso alguns pais revelam que combater o sedentarismo e a inatividade física é uma dificuldade com se confrontam e que as crianças/jovens e os filhos se isolam devido à sua estrutura física, não conseguem ter a mesma destreza que os seus colegas, sentindo-se mal em expor o seu próprio corpo, perante os outros. Perante esses problemas, as crianças/jovens recorrem a todo o tipo de expedientes para evitar a atividade física e combater o sedentarismo. A mudança contínua de atividade física praticada e o descontentamento com todas elas é frequente nestas crianças/jovens, que usam os mais diversos recursos de evitamento, quando confrontados com o dia ou hora da mesma.

“O Ricardo já andou em ginásios, já paguei muitas mensalidades e ele quando é para ir não quer, tive que desistir porque não valia estar a pagar para ele não ir.” E3

“Ela não se mexe, ela cumpre a dieta, cumpre com a comida, ela não se importa de não comer mas não se mexe, quer é o sofá...”

ela diz que gosta de tudo o que são atividades físicas, mas depois arranja desculpas para tudo. Ou porque está de dia ou porque está de noite, ou porque está sol ou porque está a chover.” E5

“Experimentamos o hi-pop dança nem pensar porque depois não tem a agilidade que as outras miúdas têm e ela tem vergonha”. E5

“A minha esquece-se da mochila da educação física sempre e depois manda mensagens, desculpa mãe mas não fiz educação física”. E5

“Ele queria ir ao ginásio mas quando chegava a hora de ir já não queria porque estava a jogar computador ou porque hoje não me apetece.” E6

“Era o meu caso o Rafael não gostava de nada, andou no hóquei, no futebol, no carate era seis meses num, um ano noutro, era por obrigação, na hora de ir até ficava mal disposto.” E9

Conseguir uma alimentação com «hábitos saudáveis» não significa fazer uma alimentação restritiva, muito pelo contrário deve ser uma alimentação variada. Com uma alimentação saudável pretende-se que a alimentação ou nutrição seja um ato de comer bem e de forma equilibrada (DGS, 2005). Os pais referem muita dificuldade em manter a alimentação equilibrada, pois existem certos alimentos que as crianças/jovens rejeitam (os saudáveis) e outros que adotaram e são os seus preferidos (os não saudáveis).

A literatura sociológica que se dedica à investigação das práticas alimentares, revela que o conflito afirmado pelos pais entre a crença da alimentação saudável e a prática do quotidiano, lhe gera sentimentos de impotência para mudar os hábitos e os gostos da família. A relação entre os padrões de consumo de alimentos e a estrutura das posições sociais, “de uma forma global, no retrato dos alimentos consumidos e das crenças a eles associadas, sobressai o desacordo entre crenças e práticas” (Silva 2008:68). Deste conflito de ideias surgem dificuldades em manter uma «alimentação saudável», em que a preferência por bebidas com excesso de

açúcar, a relutância em ingerir saladas e a insistência em comer demasiada carne ou peixe, são alguns dos problemas evidenciados pelos pais.

As definições do conhecimento básico sobre alimentação variada e equilibrada traduzem-se em comer um pouco de tudo. Para Silva (2008:72) neste «tudo» incluem-se “os produtos da alimentação tradicional e os erros alimentares modernos”. No entanto, no discurso dos pais, a alimentação dos filhos apresenta muitas incorreções, entre essas encontram-se alimentos socialmente aceites pelo grupo de pares e em que se destacam os produtos maioritariamente à base de hidratos de carbono, açúcar e sal como os “bolicaus”, *snacks*, pão com manteiga, leite com chocolate, panados ou refrigerantes. Este conjunto de alimentos, fortes em termos de paladar alicia as crianças/jovens e leva-os a preferi-los, por oposição aos produtos da dieta, onde estas características não estão presentes.

Nas escolas é comum oferecer às crianças leite escolar (que tem chocolate), o pão do meio da manhã fornecido pela escola geralmente tem manteiga e queijo ou manteiga e fiambre, raramente apresenta apenas um ingrediente. Da mesma forma, nos bares da escola este tipo de alimentos continua a ser comercializado.

Há preferência das crianças junta-se o seu gosto por determinados alimentos “que em grande medida comanda as escolhas a eles associadas e reconhecem-se ancoragens culturais que se integram pela socialização familiar e convivial no meio em que se habita” Silva (2008:76). Parecem ser precisamente esses hábitos que vão comandando as práticas alimentares do dia-a-dia e que as crianças/jovens foram assimilando.

Ao questionarmos os pais se no último ano tiveram dificuldade em manter a alimentação saudável dos filhos, verificou-se que 16.1% referiu muita dificuldade, 32.2% alguma dificuldade e 27.6% ocasionalmente tiveram dificuldade. Essas dificuldades estão expressas nos discursos dos entrevistados. Mais uma vez está presente a racionalidade pericial e o conflito entre aqueles que as tentam reproduzir (os pais) e aqueles que as ignoram em nome do prazer e da saciedade (os filhos).

“Ele ia ao nutricionista e disse-lhe que tinha que perder mais ou menos 1,5 kg, mas ele agora vai daqui e vai beber ice-tea, no lugar de água é o que bebe, não é doces, comida, batatas fritas, isso não, é ice-tea ele não come muito. Eu não compro para casa, mas na escola e nos cafés, compra ele”.E1

“A Susana não come saladas, os vegetais só na sopa. É tudo muita carne e muito peixe, pouca salada e misturada com arroz. Na sopa marcha tudo. Tenho que ser eu a insistir e a retirar mais as massas e o arroz.” E1

“Quando a minha mãe não está, diz logo ao avô mete-me uma carcaça com manteiga e fiambre e o meu pai às vezes lá mete, mas ou é manteiga ou fiambre! Os iogurtes é assim um bocado mais difícil! As barritas integrais também é um bocado difícil”. E2

“Come fruta se quiseres e pronto, andamos nesta guerreia assim para ele comer estas coisas assim de dieta é uma briga para continuar”. E2

“O meu é sempre problemático mas de verão são os gelados ”.
E3

“Onde eu encontro um problema é metê-la a comer sopa com legumes que não sejam brancos, não gosta dos verdes. A salada de alface já come agora sopas, não. Nas outras comidas o verde é um castigo ”. E9

A segunda subcategoria foi denominada dificuldades no contexto familiar.

Questionados se todos os membros da família têm uma alimentação idêntica, 50.6% dos pais referiu que comem sempre o mesmo. Já 14.9% referiu que às vezes comem o mesmo que a restante família. As diferenças na alimentação familiar podem provocar sentimentos de desigualdade face aos irmãos ou aos pais gerando conflitos familiares.

Uma das dificuldades manifestada, é ter mais do que um filho e apenas um deles apresentar excesso de peso ou obesidade. Fischler defende que comer é um ato compartilhado, as pessoas têm que se preocupar com os outros que estão envolvidos e que a alimentação deve ser igual para todos (Fischler, 2008).

Nos relatos dos pais entrevistados existem dilemas familiares relacionados

com a alimentação dispar entre os membros da família. Estes dilemas podem envolver quer os irmãos, quer os próprios pais, quando a dieta não é partilhada por todos, podendo ser experienciada pelas crianças/jovens como uma desigualdade de afetos e levar a conflitos insanáveis entre irmãos.

“Eu tenho muita dificuldade porque eu tenho dois filhos e é muito difícil dizer a um já chega e dizer há outra, podes comer”. E3

“Na minha casa para ela é, não comas e Cláudio podes comer”. E4

“Ela não faz dieta come tudo, quando eu sai estava a comer um pai natal de chocolate e a fazer-lhe inveja. E eu a dizer-lhe a ele não estejas a olhar”. E4

“Mas a minha mais velha também faz isso à irmã e ela não gosta nada disso, tu és gorda tu és isto e aquilo, tu não és capaz e não fazes nada de jeito eu já falei com ela mas é impossível e depois a Rita ainda fica com a autoestima mais em baixo”. E5

“Desmorece porque vê o irmão a comer e não engorda”. E6

Quando ambos os pais não aderem às práticas alimentares saudáveis a problemática de acompanhamento destas crianças/jovens e da manutenção da dieta ainda é mais evidente. Pretende-se que os pais acompanhem a criança/jovem e que ambos procurem o bem-estar da criança. O conceito de bem-estar é referido à saúde no sentido de não-doença, à família e relações familiares, ao trabalho e à vivência num ambiente tranquilo (Silva & Alves,2011).

“O meu problema é outro, eu e o pai estamos separados e às vezes fazem-se as vontades todas, mesmo que eu tente é complicado. Perde muito pouco meio quilo, um quilo”. E4

“Para o meu marido a comida é a coisa mais importante da vida (mas não é obeso). Comida saudável como eu costumo dizer para ele é comida de animais, eu não posso seguir para todos. Ele não gosta de vegetais, diz que aquilo não é comida que se coma, ele não serve de exemplo”. E4

Nos relatos dos pais, como já se verificou, sobressai uma preocupação em manter uma «alimentação saudável», que passa por modificar a alimentação de todos os intervenientes na família e por cumprir as regras que são «impostas» não apenas à criança/jovem. Palavras como «não comas», «não podes comer» passam a ser comuns no vocabulário dos pais e estas situações, por vezes, embora deixem os pais conscientes e convictos que fazem o melhor que sabem pelos seus filhos, deixa-os fatigados psicologicamente. Silva refere que “podem caracterizar-se as atitudes face à alimentação em quatro tipos quanto à convicção com que se afirma ter presente a preocupação do saudável e a sua tradução prática em comportamento alimentar: a atitude indiferente, não penso nisso; a atitude dividida, sei mas não quero saber; a atitude ansiosa, penso muito mas não faço nada; e atitude voluntarista, faço por isso” (Silva,2008:99).

Estas atitudes estão presentes no discurso dos pais no entanto, destacam-se mais a atitude dividida e a atitude voluntarista, em que os pais sabem o que podem e devem fazer mas por vezes cedem nas regras estipuladas usando, a etapa de desenvolvimento que as crianças/jovens atravessam, como justificação para o seu sucesso ou insucesso.

“Esta idade dos 16 anos é chata, nos iogurtes nem tocou, o pai é que bebeu os iogurtes já foi comprar mais ao supermercado, a maçã não percebi se a comia ou não, tem sido muito complicado, porque ele não adere”. E8

“Acho que um dia ele tem que perceber que tem sérios riscos e tem que começar a evitar, até que não perceba isso vai ficar de trombinhas, amuado até acontecer o que aconteceu hoje que é cortarmos na comida à hora do almoço”. E8

“Quando comemos a sopa já ele tinha ido buscar uma montanha de puré de batata... foi quando eu disse, isto é um terço é para mim e tu comes o resto. Depois fica zangado comigo, então também já não quero comer mais nada. Emburrica”. E8

Através dos relatos dos pais verificamos que existem hábitos que não fazem parte da rotina diária das famílias, nem das crianças ou dos jovens. Se a alimentação familiar apresenta hábitos difíceis de alterar, isso implica uma maior dificuldade de mudança de hábitos das crianças/jovens. A substituição da água por refrigerantes foi uma prática adotada pelos pais e confirmada no estudo de Harnack et al (1999) que verificou que o consumo energético foi positivamente associado ao consumo de refrigerantes. As crianças que consumiam mais refrigerantes consumiam menos leite e menos sumos de fruta, tinham a ausência da sopa nas refeições, não inclusão das saladas no segundo prato e, de igual forma, os legumes cozidos e a fruta também deixaram de fazer parte das ementas das famílias.

Os alimentos menos preferidos pelas crianças/jovens, na perspetiva dos pais entrevistados, são os mesmos alimentos que as crianças/ jovens mais rejeitam como se verificou no relatório do estudo Cosi (2008).

Os relatos dos pais evidenciam as suas dificuldades em introduzir ou alterar os hábitos existentes e, simultaneamente, obterem a sua adesão a produtos recomendados na consulta de obesidade.

“Se ela não bebesse o chá não comia nada, às vezes zanga-se e prega pontapés na gramática”. E4

“O único problema que ela tem e que ainda continua a ter são os sumos da Compal, mas já se vai desimaginando mais ”. E4

“O André para beber água é complicado”. E7

“O meu o que acho que o faz engordar mais é os sumos”. E10

Apesar das mudanças, o ritual da alimentação deve manter-se e a refeição deve ser composta pela entrada, prato principal e sobremesa. Poderão, no entanto,

existir pequenas mudanças se as crianças preferirem algo diferente (Fischler, 2008). Os pais manifestam alguma dificuldade na introdução da salada na alimentação e na prática de comer sopa à refeição.

“Mas como a Doutora diz metade do prato só salada, ainda é complicado”. E3

“O meu tem muita dificuldade com a salada”. E3

“O mais difícil deles cumprirem, não é o caso da Beatriz mas há meninos que é a sopa por exemplo”. E3

“Eu como trabalho numa cantina, noto que isso é uma grande luta os miúdos quererem comer sopa”. E3

“Os legumes não come, a ervilha não come, come se for arroz de ervilhas por exemplo, já as ervilhas podem ser poucas e o arroz muito”. E5

Mas apesar de todas as dificuldades referidas, existe também uma manifestação de vitória, orgulho e contentamento quando se conseguem mudar e introduzir hábitos mais saudáveis, bem visível nas observações dos pais. Ressalte-se que estas mudanças, passaram a ser aplicadas a toda a família. É como se de uma caminhar conjunto, rumo à saúde, em que todos estão envolvidos e que todos partilham.

“Agora são só grelhados, saladinhas, lá em casa acabaram-se os fritos para todos. Melhoramos todos. Fazemos todos a mesma dieta e ficamos bem”. E4

As crianças/jovens que apresentam maior dificuldade em aceitar uma alimentação com regras estabelecidas, são as que apresentam desejo por comer muito, às quais os pais também referem dificuldade em negar os alimentos.

Na comida intercalam-se valores simbólicos antigos e modernos e padrões socioculturais das diversas instâncias do conhecimento. A alimentação é uma

obrigação da família, se existe um pedido, existe uma obrigação social e cultural de dar o alimento. Esta obrigação é um direito criado com fundamento num princípio de solidariedade familiar e que coloca de lado qualquer indagação ou pressuposto de haver afeto ou amizade (Queiroga,2009).

“Acho muito complicado, eu dizer-lhe já não comes mais”. E1

“Eu até acho que nem é pelas quantidades, ele come muito a miúdo. Mas não é uma criança que come um prato cheio. Às vezes até deixa comida para comer outras coisas de que gosta mais. Quando pede para repetir eu digo-lhe que já puseste uma vez já chega, pronto aquilo é uma roda-viva. É uma briga”. E2

“Na 1ª quinzena de Setembro tivemos um casamento e aí descontrolou nesses 15 dias conseguiu engordar 1kg”. E2

“Eu umas vezes digo que sim podes comer o chocolate, outras vezes digo que não, a maior parte das vezes é não”. E2

“Como é que a gente lhe tira a comida da frente. Se a gente não tivesse nada para lhe dar! Era muito mais triste agente não ter para lhe dar. Mas a gente estar-lhe a furtar a toda a hora estar-lhe a tirar a comida da frente e a dizer-lhe não comas, não comas...”E2

“Ele começa sempre por pedir as coisas piores, mãe quero uma banana eu digo não então uma pera? E é aí que eu jogo, primeiro começa sempre por pedir o que não pode ser, e depois vem baixando”. E2

“Ele concorda sempre mas depois o problema é chegar à mesa, e depois é todos os dias a mesma coisa, pára de comer, a irmã não come, temos que dizer "come mais" e, para ele é "pára de comer".

E6

“Outro problema é a noite a seguir ao jantar antes de deitar o que é que vai comer. É um dilema grande porque cereais não pode e depois o que é que sobra chá, como não pode por açúcar depois não quer, e depois com a bolacha e qual é a bolacha? E depois não tenho nada para comer, depois não quer iogurte”. E5

“Não é fácil dizer para ela não comer. Mas eu sou uma pessoa que não sou uma pessoa para agradar às minhas filhas eu sou uma mãe para elas serem os mais saudáveis possíveis”. E7

“Eu custa-me muito estar sempre em cima do meu filho para não comer”. E8

“Eu sou sincera, não adianta eu estar a dizer eu faço correto, mentira não faço. Há coisas que eu faço mas depois também há outras que eu não faço”. E9

“Quando posso faço correto e nas carnes optei por carnes brancas. Fiambre de peru... nas verduras não é muito de verdes mas com um jeitinho lá vai. Gosta de ervilhas de cenouras. Eu desvio um dia por semana, porque há aqueles dias que uma pessoa está estoirada e não sabe o que fazer e o que vem á mão é o que se faz”. E9

“Depois também é muito complicado para nós, eles estarem a pedir, ó mãe é só mais um bocadinho, e nós a dizer não”. E10

Os pais revelam, no seu discurso, conhecimentos sobre as regras e práticas da alimentação saudável e todos eles exprimem que se pode comer de tudo sem exagerar, apesar de alguns terem filhos que, devido ao seu excesso de peso e obesidade, já apresentam restrições de determinados alimentos. Mas este discurso muitas vezes não é coerente com as práticas alimentares quotidianas. Silva (2008: 98) refere que no discurso dos pais os filhos “aparecem como a principal desculpa

para os erros alimentares na cozinha, para a existência de refrigerantes no frigorífico para a compra de doces e guloseimas”. A autora refere ainda que “esta irracionalidade das práticas, no sentido de incoerente com o conhecimento afirmado, confirma a sua racionalidade feita de afetos, ..., configura uma projeção nas crianças de ambivalência que os adultos têm dificuldade em assumir” (Silva,2008:98). Esta ambivalência também é visível no discurso dos pais do estudo.

Assim alguns dos pais entrevistados, não aceitam uma alimentação igual para todos os membros da família. A justificação encontrada reside no fato de considerarem que as necessidades alimentares não são idênticas para todos os elementos da família. Esta situação, como já foi referido, gera conflitos e dá origem à revolta dos irmãos, que não apresentam problemas de excesso de peso. Estes conflitos estão relatados nas expressões utilizadas pelos pais.

“E se compro para ela alguma guloseima porque ela é magra, a diferença de idades é muito pouca, ela chega a casa e diz-lhe logo a mãe comprou-me isto. E depois tenho essa dificuldade”. E3

“O meu tem 10 anos agora e tem um irmão com 8 anos e às vezes é um bocado complicado seguir as coisas mesmo à regra e não se consegue. Tem sido complicado com este de 10 anos, o de 8 anos não tem excesso de peso, por vezes quando vamos cozinhar abrimos exceções para os dois”. E4

“Ela tinha 98kg e tem 68kg nesta altura. Passou do 48 de calças para o 40. Lá está o mais novo levou por tabela porque ao princípio fazia igual para todos, mas depois optei por fazer a comida normal, mas tirei aquelas coisas que fazem mal ele comia, mas muitas vezes tinha que fazer à parte para ele, porque ele até tem falta de massa muscular. Enquanto ela tem peso a mais e gordura, ele não tem, ele tem quase 1,80 e pesa 56kg ele é só osso”. E4

“Lá em casa é só ela assim porque o irmão até é magro de mais. Esse podia ter mais uns quilos em cima e não tem e não engorda.

Mas também é ao contrário a ela está-se sempre a lembrar a comida e ele é preciso insistir para comer. É tudo ao contrário”.
E9

“Ela diz-me está-me sempre a dizer para não comer e a ele está sempre a dizer para comer. Ele come como ela e está magro é diferente não percebo, é de pessoa para pessoa”. E9

Os pais, na tentativa de evitarem os conflitos e gerirem quotidianamente a questão alimentar recorrem às diferentes necessidades individuais, para justificarem as suas práticas.

Assim, se há pais que para que a alimentação com restrições seja cumprida pelas crianças/jovens, a alargam a todos os elementos da família, existem outros pais que não concordam com esta ideia e que em casa tem certos alimentos que poderão ser para todos à exceção das crianças/jovens com excesso de peso ou obesidade. Trata-se neste caso de conciliar a dieta de uns com o prazer de outros, num equilíbrio precário e de difícil gestão quotidiana.

“Eu não posso tirar um docinho ao meu pai que tem 80 anos mas que não tem problemas e que é guloso eu não posso tirar-lhe esse prazer, não posso por toda a família a viver em função do Marco”. E8

“Há coisas que eu vou fazendo mas retirar da mesa privilégios de todos isso eu não faço, até porque eu sou egoísta ao ponto de não deixar de comer o meu doce porque o meu filho de 16 anos está gordo, porque eu tenho muitos problemas na vida e tenho um enorme prazer, desculpem em comer um chocolate de vez em quando”. E8

Contrariar os desejos dos filhos parece ser difícil a grande parte das mães, que têm também de conciliar a necessidade de ter emprego e de trabalhar, o que por vezes se torna incompatível com o tempo disponível para cozinhar e evitar assim

o recurso às refeições pré-cozinhadas ou aos alimentos de *fast-food*.

“Eu para conseguir e para resistir às pizzas, aos hambúrgueres, àquelas comidas rápidas, é um grande sacrifício ”. E7

“O problema é que eu muitas das vezes não estava em casa à hora de jantar, o comer tinha que ficar pronto. O meu marido já me dizia por amor de Deus vê lá o que me deixas para eu fazer com elas ”. E7

Ser gordo no início do séc. XX deixou de estar associado a bem estar da pessoa e começou a ser associado a pessoas que apenas ingerem comida em excesso. Os problemas físicos e psicológicos em pessoas com obesidade são uma realidade. Stenzel (2002:36) “refere que tão forte quanto a moda e a comercialização do controle de peso, foi o crescimento da crença e/ou percepção de que a gordura, a obesidade, era negativa. Rapidamente começou a se criar um poderoso estigma em torno da obesidade, atingindo profundamente a autoimagem e o comportamento das pessoas”.

“A obesidade pode agir como fator discriminatório e trazer consequências negativas sobre a saúde física e psicológica do indivíduo, bem como provocar sentimentos de rejeição” (Stenzel, 2002:44). O autor salienta ainda que os obesos sofrem maiores distúrbios psicológicos do que aqueles que apresentam um peso normal e isso se deve a fatores relacionados com o preconceito e a discriminação aos quais os obesos estão sujeitos.

As crianças/jovens apesar de saberem que a sua alimentação não deve englobar certos alimentos, sofrem porque se comparam a outras crianças/jovens que não apresentam este tipo de problema. Os gordos são vistos como responsáveis pela sua gordura e pelas suas doenças (Fischer:2008).

“Eles depois comparam-se a outros meninos da escola que comem tudo e eles não. Alguns comem só bolicaus e leites com chocolate e não engordam. Só que ela também já percebeu que

nem todos temos o mesmo organismo. Eles não têm esse problema, não engordam, podem comer”. E3

Stenzel (2002:21) refere que “o corpo aparece em três dimensões ontológicas. Na primeira o corpo é uma forma de afirmação em como existo no meu corpo, a segunda é o reconhecimento do meu corpo pelo outro e finalmente uma terceira dimensão eu existo para o outro e nada sou sem este outro”. O corpo e a imagem corporal apresentam uma grande importância para os jovens, “o corpo e a aparência moldam a forma de estar e de interagir em sociedade, constituindo-se como fatores fundamentais para a construção da autoimagem do indivíduo logo desde a infância” Cunha citado por Oliveira (2009:42). A idade dos jovens é, aqui, um fator de grande importância, pois é na adolescência que estes se preocupam com a autoimagem e se comparam com outros jovens da mesma idade. Consoante a sua idade assim é a apreciação que fazem do seu corpo.

Outros autores (Teti 1995, Brink 1995) referem que algumas sociedades além de aceitarem a obesidade também a estimulam pois esta é o símbolo de prestígio na sua cultura. Não é este o padrão da sociedade ocidental atual. Apesar disso, existem crianças/jovens que afirmam gostarem de se sentir gordas e que se sentem bem no seu próprio corpo.

As pessoas gordas sofrem acusações e são estigmatizadas, mas a partir da década de 1970/1980 estas acusações ainda se tornaram mais estigmatizantes, apesar desta preocupação com o peso ser mais evidente nas classes mais altas (Goldenber,2011:241). O autor salienta que fez uma pesquisa sobre a aceitação do corpo em várias culturas e todas lhe referiram que «apreciam alguma gordura no corpo da mulher». Para o mesmo autor o corpo, o peso e a dieta combinaram-se numa nova obrigação social e moral.

De fato, historicamente o gordo era bem aceite, mas as sociedades contemporâneas são lipofóbicas e têm horror à gordura e aos gordos. No entanto, se a pessoa for gorda desempenhar uma profissão que necessite de muito esforço, ele não é visto como gordo mas sim com uma pessoa forte. Neste caso, a sua função social está de acordo com a sua forma corporal e a pessoa é socialmente aceite. Isto significa que o conceito de obesidade foi socialmente construído e o que hoje é considerado obeso, provavelmente seria visto como normal, em épocas anteriores (Fischler, 2008).

“Ela adorava olhar para o espelho e ver-se gorda, ter um belo par de mamas e agora olha para o espelho e diz “as minhas mamas morreram”. “Os meus pneus foram-se, a minha tatuagem está quase no rabo”. Agora está ali contrariada... ela gostou de ter emagrecido, mas não gosta do que vê. Ela aceita..., só o único problema que tem é o desgosto, foi o desgosto dela de perder as mamas”. E4

“Ela é gorda, é obesa, com 95kg é obesa ela estava com valores de quase diabetes, valores altos, ela gozava com a Dr.^a dizia que não estava gorda, porque não queria admitir que estava, ela não se importava de ser gorda”. E4

“Porque ele depois não tem complexos nenhuns, porque para ele estar gordo ou não estar gordo não faz diferença ele faz tudo à mesma”. E5

“A perspetiva de saúde individual foi integrada nos cuidados de proximidade que operacionalizou as orientações globais do conceito de estilos de vida saudáveis para a definição de comportamentos específicos de responsabilidade individual” (Silva & Alves,2011:1217). Nos relatos dos pais entende-se que gostariam que os filhos apresentassem essa responsabilidade e que esta se expressasse em práticas alimentares saudáveis e na prática de atividade física. No entanto, para algumas crianças/jovens a constatação das dificuldades encontradas e dos sacrifícios exigidos para perder peso, onde constantemente prazer e disciplina se confrontam, leva-os a um estado de depressão, que muitas vezes necessita de intervenção pericial e que também os incapacita para agirem.

“O Rui é um miúdo que é depressivo quanto mais gordo está mais se deprime mais afunda na auto estima a auto estima dele é muito baixa”. E5

“Não consigo tirá-la do sofá, não consigo fazê-la mexer, depois a irmã embirra com ela diz-lhe que estás gorda ela ainda afunda

mais fica deprimida fica triste, e depois a autoestima está muito má com os amigos, não quer ir correr porque os outros depois vêm e ela gorda”. E5

“Ele é o primeiro a dizer-me mãe eu estou deprimido, mãe eu estou mal, “A diretora de turma telefonou-me logo para me dizer que o Rui tem um comportamento depressivo, porque o Rui chega à sala e deita-se em cima da mesa”. E5

“A ciência social da saúde tem pesquisado o senso comum em matéria de saúde e doença. Reconhece-se a importância dos saberes leigos enquanto pilar analítico para compreender as práticas e as concepções socialmente construídas sobre saúde e doença” (Silva & Alves,2011:1213).

Os pais reconhecem a obesidade ou excesso de peso dos filhos e tentam evitar que os riscos que lhes são inerentes e que este sofram de estigmatização e exclusão social. A perspectiva de uma doença futura ou de complicações de saúde, retém a atenção dos pais e revela preocupações que se centram não apenas no presente mas no futuro destas crianças/jovens.

“A pouco e pouco, foi engordando cada vez mais, chegou a uma altura que foi um exagero, já não sabíamos o que havíamos de fazer”. E4

“Ele tem dores nas pernas, dores nas solas dos pés e eu já lhe disse que é do peso e é muito complicado”. E5

“A minha filha já tem apneia do sono”. E6

“O meu João tem apneia do sono, tem diabetes”. E6

“Agora ponho brócolos ou outra coisa na mesa, ele come mas o meu problema não é estético é por questões de saúde, é o que me preocupa nele, se a doutora me diz que os valores dele estão maus é muito preocupante”. E8

Stenzel (2002:39) ressalta que a “medicina contribuiu fortemente para o sentimento de hostilidade com relação ao obeso”...atribui ainda a dificuldade de perder peso como responsabilidade única da pessoa, porque não se esforça, tem falta de persistência, de carácter e apresenta preguiça. Ao analisarmos as afirmações das mães e dos pais das crianças/jovens identificamos similaridades com a opinião do autor. No fundo, os próprios pais consideram que tudo se resume a uma questão de esforço individual, de preguiça ou falta de motivação e onde a idade também desempenha um papel impeditivo de se alcançar com êxitos os resultados pretendidos a nível da perda de peso.

“Ele sabe tudo sobre as doenças que tem e concorda que se deve portar bem, mas depois falta-lhe aquela força de vontade, ele tenta mas depois aborrece-se”. E6

“Esta fase agora está a ser muito complicada. Na fase dos 12 para os 13 foi uma fase de rejeição, rejeitou o pai, a mãe, zangou-se com tudo e com todos, foi a altura da dieta”. E7

“Ela sabe o que deve comer mas se vê uma coisa em cima da mesa que não deve comer ela tem dificuldade em aguentar e não comer”. E8

“Esta idade dos 16 anos é chata, nos iogurtes nem tocou, o pai é que bebeu os iogurtes já foi comprar mais ao supermercado, a maçã não percebi se a comia ou não, tem sido muito complicado, porque ele não adere”. E8

“Falta-lhe a motivação. É complicado, mas o mais complicado é porque ele não quer, ele está a mesa se ele tivesse mais motivação pensava se a minha mãe me está a chamar a tenção então vou comer mais fruta ou mais vegetais, e ele não quer saber”. E8

A literatura médica dominante sobre a obesidade, nas diferentes sociedades, tem uma tendência a utilizar medidas padrão para definir obesidade. Por exemplo o índice de massa corporal (IMC) e define igualmente o peso ideal para um indivíduo. Também as medições de gordura do corpo são exemplos de padronização. No entanto Stenzel (2002:50) questiona “ideal para quem e por quê? Com que padrões e normas? Estas formas de definir e medir a obesidade podem ser consideradas limitadas diante da diversidade cultural”.

Os pais entrevistados deparam-se, eles próprios, com estes padrões, revelando dificuldade em torná-los imediatamente apreensíveis e compreensíveis ou seja, em descodificá-los. Aliás a questão central é a de saber porque é que uns filhos não comem muito mas facilmente atingem o excesso de peso, enquanto os outros comem de tudo e permanecem magros.

Ao mesmo tempo desenvolve-se e divulga-se a noção de risco associada às doenças que a obesidade pode provocar, salientando que a prevenção de comportamentos alimentares abusivos e a promoção de uma alimentação saudável são essenciais para evitar os riscos. Porém o conhecimento do senso comum, não se alimenta apenas da racionalidade médica, ele combina os saberes cognitivos, com o conhecimento assente na experiência relacional e subjetiva, organizando representações sociais que modelam as percepções e o pensamento (Silva, 2008:35). As percepções que os outros apresentam relativamente à obesidade dos seus filhos têm um impacto forte junto dos pais, que se sentem culpados pelo excesso de peso dos filhos.

“Eu sinto-me mal andar na rua, as pessoas olham, eu fiquei assim (gorda) e não é porque quero. Às vezes parece que nós só lhe damos hambúrgueres e batatas fritas... ele foi a uma visita de estudo e passou fome. Porque isso são coisas que ele não come é a quantidade de comida mesmo, é que lhe faz mal”. E1

“Se não querem ir há consulta e não querem fazer dieta, chegam ao gabinete e dizem, nós vamos desistir. E se querem comer muito querem ficar bolinhas então têm que se assumir como são, é isso que nós pais hoje fazemos nesta sociedade, tapamos o sol

com a peneira e criamos aqueles meninos mimados que não são capazes de se defender perante a sociedade”. E7

Controlar a alimentação é uma tarefa difícil para os pais mas essa tarefa é acrescida quando as crianças/jovens não estão sempre com os pais. Para Fischler é mais fácil não engordar numa sociedade em que existe a cultura do controle coletivo, ou seja uma cultura em que não se deve comer entre refeições, onde os restaurantes estão fechados e na maior parte do dia não se tem comida em qualquer lado (Fischler, 2008). Esta necessidade de controlo, perante a necessidade imperiosa da criança/jovem estar constantemente a ingerir alimentos ou de ter acesso aos mesmo, é uma dificuldade manifestada pelos pais, que referem a sua ausência durante a maior parte do dia e a gestão o tempo.

“Eu estou sempre a dizer não comas tanto Joana, pára de comer e ela diz estou em fase de crescimento, com 15 anos tem mais corpo do que eu, é mais alta do que eu e diz estou em fase de crescimento, eu digo ai estás? Então depois quando quiseres fazer dieta é que vais ver o crescimento”. E2

“A dificuldade é que eu estou o dia inteiro fora, a única refeição que ele faz comigo é ao jantar”. E3

“É um problema das mães que têm filhos com este problema têm, e nós mães na sociedade em que vivemos, mulheres trabalhamos fora de casa muitas vezes, eu falo por mim que este ano por acaso estou a dar aulas cá em Évora mas já estive a dar aulas noutros sítios, e saia de casa muito cedo e chegava às vezes às 11h da noite”. E6

“A maior dificuldade que eu senti foi estar muito tempo ausente de casa e a Elizabete está sempre na escola levava dinheiro e eu não a controlava se ela comia no refeitório se comia na cantina”. E10

“A disponibilidade temporal hoje em dia é muito complicada, eu primeiro que tivesse um horário que desse para conciliar isto foi complicado”. E10

A família tem um papel muito importante no suporte familiar, estabelece como uma das estratégias para o aumento do sentido de família, o aumento do sentimento de orgulho e de pertença, através da promoção do respeito e da admiração entre os membros da família (Schaefer (1998). Ainda segundo este autor é importante incentivar ações que levem ao aumento da coesão familiar. A relação com os pais, com os irmãos, com os avós deve ser uma relação estável para manter a orientação da criança. No entanto, a adoção de comportamentos permissivos pelos avós, os quais não cumprem com as regras acordadas pelos pais, são práticas que agradam às crianças/jovens. Na perspectiva dos avós eles têm o dever de agradar e a obrigação de dar alimentos, este conceito é antigo. Ele reflete o dever moral de auxílio familiar. Esta responsabilidade dos avós é complementar uma vez que a responsabilidade por alimentar a criança/jovem é dos pais. Atualmente vive-se com maior quantidade de alimentos do que os avós experienciaram, a fome é algo que eles não querem que os netos experimentem, pelo que se tornam mais permissivos.

“Ele disse à Doutora a minha mãe e o meu pai não estiveram cá, fui para casa da minha avó, comi empadas, comi... ai eu , ela até dizia deixa o menino comer , o menino está com fome ”...“ele disse como a mãe e o pai estavam fora ficou com os avós ele comeu o que quis e teve vontade. Disse no meio da consulta e eu calei era verdade ”...“ o meu pai diz que se o menino está em crescimento, porque não pode comer ”. E3

“São os pais são os avós são os tios, não percebem isso. É difícil lidar com a família também ”. E3

“Nas férias do verão eu estava a trabalhar não tinha com quem o deixar ficou com a minha mãe, ela tomou conta disso, ele comia a toda a hora, estragou tudo, passou dos 45kg para os 50kg”. E3

“Eu tenho alguma dificuldade é sobretudo com o meu pai, porque o meu pai depois não percebe, que estes cortes são cortes necessários. Eu até já o trouxe à consulta”. E3

“Ele ao fim de semana vai para a da minha sogra, coitadinho do menino tem fome e come e ninguém tem noção disso ”...“não tenho avó á altura do poder ajudar, é porque avó acha que coitadinho do menino tem fome mais um bocadinho ”. E5

“Em casa da minha sogra para não comer o que sobrava do prato da irmã ela punha mais um bocadinho”. E5

“Ele acabava de almoçar em casa e chegava a casa da avó e dizia, sabes, eu hoje não almocei na minha casa e a avó dizia, ai coitadinho do meu menino vá um pratinho de comida e pronto”. E5

“Tu levas o Rui a consulta fazes trinta por uma linha, o Rui chega lá ao seminário coitadinho tem fome e chega lá é só darem-lhe comida, um dia destes meia travessa de bacalhau à Brás foi para o prato do Rui e ele comeu-o todo, foi a avó que o serviu. Meia travessa, são travessas que eles servem aos seminaristas para 4 pessoas”...“meia travessa era comida para dois homens que são estudantes, dois adultos e foi a avó que lhe pôs na frente, meia travessa de bacalhau com o colesterol a 300 ”. E5

“Eles estão entregues praticamente à minha mãe e depois é assim, a minha mãe é uma pessoa com mais idade e se eles querem batatas fritas ela faz se eles querem seja o que for, ela só para os manter bem, pensa que está a fazer bem dá-lhes tudo o que eles querem”. E6

“A dieta ela faz, este verão é que foi para esquecer, o problema é a minha mãe, fica com a avó, nas férias é um descalabro ”. E7

“Com a minha sogra também foi mais complicado. Os meus adoram ir a casa da avó porque há doces, quando lá chegam a primeira coisa que vão fazer é abrir o armário onde há doces. E assim que vão à casa da avó aquilo é um regalo, uma festa ”. E7

“Na casa da minha sogra é seven-up e coca-cola que é o que ele mais gosta, às vezes vai lá de propósito para beber seven-up”. E7

Alguns pais e outros familiares mais próximos, expressam a sua racionalidade leiga, ignorando ou minimizando as normas alimentares e nestes casos, optam por valorizar o que os filhos gostam independentemente de poder ser benéfico para a sua saúde. Aqui, o prazer parece sobrepor-se ao dever, em questões de alimentação, o que dificulta a gestão do processo por parte do progenitor que acompanha a criança na consulta.

“O meu marido começou a ir aos petiscos e levava o menino (porque este menino já veio fora do tempo eu já tinha quase 40 anos já tem um mano quase com 20 anos) e é tudo muito giro porque o menino gostava muito de comer ”...“o meu filho aos 8 anos comia tanto quanto o pai e eu disse-lhe tens que deixar de o levar contigo. Tu vais pesá-lo e vais ver se é normal o teu filho está com 9 anos e com 52kg, está mesmo obeso ”. E2

“O meu, quando a irmã o convida para ir ao Mac ele não vai lá pela comida é pelo brinde ”. E2

“O meu caso é complicado porque estou separada do pai do João, ele quando está com o pai ele come tudo aquilo que ele quer, o que não come comigo ”...“quando está com a mãe faz bem, às vezes, também não sou santa também gosto muito do meu filho gosto de fazer erros com ele ”...“quando está com a avó, a avó faz outro tipo de alimentação e aí é pior, a avó é mais à

base de carne de porco, carnes vermelhas enquanto na minha casa é ao contrário é mais à base de carnes brancas ”. E9

“Eu também passei pela separação e houve uma altura, que o Rafael foi passar as férias com a mãe e eu não reconhecia o meu filho, ele era uma bola ”...“lá com a mãe passou pelo fast-food e foi isso que desencadeou isto no Rafael porque ele ficou uma bola”. E9

Face aos riscos internos, a biomedicina e a epidemiologia, pelo saber objetivo que detêm sobre o corpo, determinam e enunciam quais os comportamentos que são considerados de risco e quais os indivíduos que se supõe estarem em risco (Mendes,2002:58). Os pais reconhecem os riscos que as crianças/jovens apresentam e entram em conflito com os familiares por não conseguirem controlar a dieta dos seus descendentes de forma a prevenir esses mesmos riscos. As crenças individuais sobre a perceção da suscetibilidade individual a uma doença adquirem, assim, um lugar central nos modelos comportamentais da saúde, em que se assume que a perceção da suscetibilidade ao risco é essencial para motivar os sujeitos e impedi-los para a cação (Mendes, 2002:59). Este parece ser o caso dos pais que assumem o acompanhamento dos filhos à consulta.

“Eu não tinha mãe mas tinha uma sogra e um sogro, principalmente com a sogra tivemos assim os seus problemas, fazem as vontades e achavam que eu era exagerada, a mãe era exagerada e na altura o filho da senhora que era meu marido na altura, também achava que a errada seria a mãe ”. E7

Também, por vezes, se culpabilizam por não conseguirem alcançar os seus objetivos.

“Já o meu pai me dizia que os pais é que são os culpados em tudo ”. E7

Para não se sentirem culpabilizados e não entrarem em conflito com as crianças/jovens, os pais optam por não levarem as crianças aos lugares de mais difícil controlo, onde os alimentos são expostos de forma a apelarem ao seu consumo imediato.

“Os sítios onde já se sabe que vai ter mais dificuldade, não o levo. Eu entrar com ele no supermercado nesta altura dos chocolates é uma briga”. E3

A terceira subcategoria denomina-se dificuldades no contexto escolar.

A escola é um local onde as crianças/jovens sentem que podem escapar há vigilância constante que lhes é movida pelos pais. Só aí eles têm a liberdade de comer o que desejam.

No entanto, com a alteração da legislação através do aprovado no Decreto-Lei nº124/2011 e publicado no Despacho nº007/2012, feita através do Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), que tem como finalidade melhorar o estado nutricional da população, incentivando a disponibilidade física e económica dos alimentos constituintes de um padrão alimentar saudável e criar as condições para que a população os valorize, aprecie e consuma, integrando-as nas suas rotinas diárias”, veio alterar esta situação DGS (2012,3). No ponto 3 na alínea b, pode ler-se a seguinte estratégia “ A modificação da oferta de determinados alimentos (com elevado teor de açúcar, sal e gordura), controlando o seu fornecimento e venda nos estabelecimentos de ensino...” DGS (2012,5). Até à implementação da legislação na escola, as crianças podiam comprar o que desejavam desde que tivessem dinheiro para tal. Com a alteração da legislação as escolas ficaram sujeitas a um maior controle dos produtos que vendem e de regras mais restritivas no controle alimentar.

Apesar da imposição dessas normas, os pais apelam a um maior controlo referindo que, na escola, a vigilância tem que ser uma continuação do processo iniciado em casa.

“Na escola temos ainda a dificuldade dos aniversários, nos aniversários agora levam o bolo e já não basta o bolo, mas nós também somos culpados disso os pais, além do bolo ainda é um

saco com chocolates e gomas, isto virou uma moda que é difícil de se perder, depois com tantos na sala ”. E3

“Mesmo fazendo as sessões na escola, continua a haver miúdos a levar tudo e mais alguma coisa. Aquilo que agente luta um ano inteiro para eles não levarem, eles depois também sentem e verbalizam isso mesmo ”. E3

“Mas a gente vai a Reguengos ouço muitos pais a dizer que os miúdos não devem fazer educação física porque está frio, porque esta a chover é mesmo a mentalidade que não ajuda, têm o pavilhão coberto. Mesmo que esteja a chover podem fazer ”. E3

“Estas coisas já não são desconhecidas, mas as pessoas por comodismo ou seja pelo que for continuam a mandar aqueles lanches ”. E3

“O meu já me disse que há um miúdo que leva um pacote de bolachas inteiro daquelas com recheio de chocolate ”. E3

A escola sendo um lugar compartilhado por alunos, pais e professores é um lugar onde as crianças/jovens permanecem durante todo o dia e é também um lugar de partilha de informação. Os pais entrevistados têm procurado o apoio dos auxiliares de ação educativa para cumprirem as regras da alimentação estipuladas no contexto clínico consoante as necessidades da criança. No entanto, os relatos dos pais nem sempre evidenciam esta realidade pois o sistema parece não estar ajustado de modo a satisfazer todos os alunos, com necessidades de acompanhamento.

“No ano passado tive que lá ir dizer às senhoras por amor de Deus não lhe deem mais comida, porque ele comia tudo e como é todo querido com as senhoras toda a gente gosta dele, vai de pratinho outra vez há das senhoras e elas dão, mais um bocadinho de massa mais um bocadinho de bolonhesa e dão

duas vezes, eu lá fui pedir para não repetirem a comida ao Rui, não tenham pena dele ”. E5

“O meu não leva lanche, a moça que dá o lanche lá na escola diz que não é capaz de lhe negar, dá o leite com chocolate a todos e ver o teu filho ali com aqueles olhos a olhar e a querer, eu não sou capaz dou-lhe também ”. E8

“Tenho levado imensas cartas da Doutora para a escola para ter uma alimentação correta para o João e eu chego lá não é nada daquilo que a Doutora pediu ”. E9

“Têm a alimentação por senhas mas a ementa é x,x,x e pronto é igual para todos e quem come, come, quem não come, não come”. E9

“Já consegui que ele fosse almoçar a casa, porque em casa não repete e na cantina da escola consegue sempre repetir, esta semana já almoçou lá dois dias e soube que ele repetiu porque as senhoras não conseguem não lhe dar, porque ficam com pena dele. Ele até a sopa repete”. E10

“Mas na primária dão, porque é um meio mais pequeno, sentem pena. Eu falo por mim porque as vezes acompanho os meus alunos `a cantina e agente vê que repetem sempre é só mais um bocadinho, começam a fazer aquelas caras e pronto. Conseguem sempre manipular para o que querem ”. E10

O acesso à ementa e à escolha da alimentação por parte das crianças/jovens é outra dificuldade que os pais procuram ultrapassar. Também a troca de lanche entre colegas parece ser uma estratégia utilizada para terem acesso aos alimentos que lhe são proibidos e negados pelos pais.

“Fui alertado porque eu comprava a senha do almoço semana a semana e houve uma moça minha amiga que me disse, olha ela não almoça na escola eu fui lá e realmente era verdade ela não almoçava isto durou quase 3 semanas ”. E2

“A dificuldade é que mesmo que os pais escolham dieta, as crianças têm acesso à folha e podem mudar no próprio dia, e a maioria dos miúdos vai para o menu normal. É uma escola primária e permitem isto. É com o cartão ”. E3

“O meu às vezes sabe que leva lanches mais saudáveis e acaba por trocar lanche dele com o dos outros. E troca por aquilo que lhe agrada. Como por exemplo hoje mandei-lhe uma maçã, metade de uma sandes, porque o dia hoje foi mais prolongado e agora quando o fui buscar estava a beber um copo de ice-tea. Porque tinha trocado a fruta com outro ”. E3

“A minha bebe leite branco mas ela não se importa, mas depois na escola não há leite branco, o leite da escola é leite com chocolate, o que também é complicado, agente anda a lutar com uma coisa em casa e depois na escola aquilo que oferecem é leite com chocolate. Eles depois usam isso, tu não me dás, mas na escola bebo leite com chocolate ”. E3

“A não ser que troquem os alimentos. Mas pode pedir a alguém que lhe compre para ela comer”. E7

“A minha Inês trocava de lanches. Eu cheguei lá um dia, estavam os outros a comer as maçãs dela”. E8

“Ele ia almoçar com um grupo, gomas à pastelaria em frente, ele ia a procura dos açúcares que não tinha em casa.” E9

“Ao início resultou ela prometeu que já não voltava a fazer e eu comecei a dar novamente dinheiro e ela voltou a cair no mesmo erro e agora está completamente retirado, voltou às mesmas regras que tinha ”. E10

“O meu Francisco troca o lanche ”. E10

“Disse-me a minha colega é uma sortuda levou piza e deu-me, outro levou outra coisa e também lhe deu ”. E10

“Na escola um colega deu-lhe uma bolacha oreo em troca pelo iogurte que ele levava”... “a gente até pode mandar o lanche mais saudável do mundo que eles trocam ”. E10

Com o objetivo de conseguir uma alimentação onde os lanches são considerados “mais saudáveis”, as crianças/jovens levam orientações alimentares para os auxiliares educativos, no entanto segundo o relato dos pais estes além de não cumprirem ainda as humilham criando situações de *bullying*.

O termo deriva do vocabulário inglês e significa agredir, intimidar atacar. O *bullying* é violência contra a pessoa os comportamentos envolvidos nesta prática são variados: palavras ofensivas, humilhação, difusão de boatos, exposição ao ridículo, acusações, ameaças, insultos... (Middelton-Moz & Zawadski, 2007:21).

As crianças que apresentam excesso de peso ou obesidade sofrem discriminação e estigmatização social, apresentam dificuldades em realizar atividades diárias como ir à escola, fazer exercício físico, namorar e divertir-se. Estas crianças sofrem com o preconceito dos colegas e por isso são menos aceites nos grupos. (Gonçalves & Gorayeb,2005:38).

Os relatos dos pais evidenciam situações de *bullying* por parte dos funcionários e por parte dos colegas.

“Ele foi para a escola e depois quando foi buscar a sandes, ele vai lá á padaria e diz que só quer com manteiga, outras vezes é só com fiambre, e elas depois riam-se por ele querer só uma coisa ”...“a Dr.^a disse-lhe que só colocava uma coisa na sandes e

elas riam-se da maneira como ele dizia. Gozavam com ele mesmo na escola ”. E2

“À refeição ele dizia que só queria isto ou aquilo tirava as gorduras que via da carne toda, começavam a gozar com ele ”. E2

“Ela achava que era mais gorda que os outros, na escola começaram a chamar-lhe nomes e essas coisas todas”. E2

“O meu era forte nessa altura tinha 49kg ou 50kg e toda a gente lhe chamava gordo, quero lá saber sou gordo, sou gordo. Ele não se preocupava com o que os outros lhe chamavam”. E2

“A minha o ano passado quase do princípio ao fim ela não fez educação física porque teve uma professora intragável, a Sra. conseguiu dizer que eles não serviam para nada, virava-se para ela e dizia tu não serves para nada não és capaz de fazer nada”...“a minha filha dizia que a professora fazia distinção entre os rapazes como conseguiam fazer tudo bem a professora estava sempre a incentivar no caso das meninas havia 2 ou 3 que têm o rabo mais pesado pois custam mais a fazer as coisas ela deitava-as abaixo”. E5

“Porque os miúdos são muito cruéis e ela começou a isolar-se na escola, os próprios colegas, a tratavam mal, era a gorda era todo o tipo de nomes”... “ela isolava-se e por vezes de manhã entrava em pânico, diarreia, vômitos, perdeu dois ou três anos na escola derivado a isso e a gente temos sofrido muito com isso”... “a minha filha ainda tentou o suicídio e tudo na escola”. E6

“Tinha 22 quilos a mais, a alcunha dele é badocha”. E7

“Mas o meu quando passou da primária para o 5 ano aí foi complicado, porque os banhos eram obrigatórios e nos balneários foi complicado”. E7

“Porque os meninos conseguem ser muito maus, meninos e meninas, são muito maus ele chegou a um ponto de não querer ir à escola”. E7

As pessoas que são alvo de *bullying* são caracterizadas unanimemente pelos autores como frágeis, desiguais, prejudicadas, mas que dificilmente pedem ajuda, que não se adaptam aos grupos, que é comum terem poucos amigos, apresentam baixo desempenho escolar, sentem medo e pouca vontade de ir à escola chegando mesmo a simular doenças. Os autores referem ainda que são crianças que trocam de escola com frequência ou abandonam os estudos (Campos & Jorge, 2010). Evidenciam-se estas práticas, através das narrativas dos pais.

“A Ana era a escola... Ela já odiava tudo, não queria já a escola ela diz que odiava tudo. Eram todas as crianças, os professores”. E6

“Na equipa de futsal, não tem interesse e depois são um bocado postos de parte”. E5

“O Rafael em relação aos vícios diz-me, ó pai é a pressão de grupo a sociedade incute na gente”. E9

Os pais manifestam alguma esperança em relação à idade dos jovens, têm esperança que a adolescência lhes traga maturidade e compreensão. A adolescência significa fazer-se homem/mulher ou crescer com maturidade, é uma fase em que o indivíduo procura construir de forma proactiva a sua identidade. É um período longo, ocorre geralmente entre os dez anos e os dezanove anos, esta fase corresponde a um período do ciclo de vida relacionado com a resolução da crise de identidade. O corpo do jovem, modifica-se, não crescem todos ao mesmo tempo, vai sofrendo modificações, vai ter assim que se familiarizar com o seu novo corpo e,

com a forma como os outros o veem. Estes três níveis interrelacionam-se pois é difícil separar o biológico do psicológico e do social (Cole & Cole, 2004).

“A Marta já tem 14 anos e já percebe, o mais pequeno, a idade não ajuda nada a perceber”. E2

“A minha filha a Ana está-lhe sempre a dizer, “puxa a blusa, não mostres a barriga”, mas ele importa-se lá que mostre a barriga, não tem noção que não fique bem”. E2

“O meu tem 11 anos agora já está mais fácil mas tem sido complicado”. E3

“As meninas quando chegam ali aos 11 anos fazem aquelas dietas radicais e começam a querer namorar são muito complicadas, elas ainda mais do que eles”. E3

“Agora é que ela está a perder mais com regularidade. Agora também tem outra idade e isso também influencia”. E4

“Os mais novos são mais difíceis, a minha está na adolescência e só faz o que ela quer. Temos que ter calma”. E4

“Eu tenho tido sempre a esperança que ele dê aquele pulinho na idade ali naquela idade que começam a olhar para a sombra para as raparigas como agente costuma dizer, mas até nisso ele está-me sempre a dizer não te preocupes que eu não vou casar, ...”
E5

“Acho que é a idade os 17 anos, aqui à uns meses lembrou-se que tem que cuidar da imagem dela e então perdeu muito peso, foram 6kg, nuns meses”. E6

“O Rafael com 10 anos estava eu aqui com ele mais obeso do que está a agora. Mas a idade foi importante na mudança”. E9

Ao refletir nas principais dificuldades manifestadas pelos pais sobressaem comportamentos infanto-juvenis difíceis de controlar ou seja, a necessidade de satisfação do prazer imediato proporcionado pela alimentação e de que as crianças/jovens não abdicam. Aqui, inclui-se o fato de comer muito e em quantidade excessiva principalmente pelo prazer e que manifestam em comer. Alguns pais manifestam também dificuldade em conseguirem que as crianças ou jovens adiram de livre vontade à prática de atividade física. Dão também ênfase ao pouco apoio social de que usufruem e do alheamento da sociedade face a esta problemática. Manifestam ainda que sentem que os filhos são estigmatizados e discriminados por vezes com hostilidade, por colegas e até auxiliares de ação educativa das escolas. A nível familiar expressam as dificuldades em seguir a racionalidade pericial associada à alimentação por oposição à racionalidade leiga, em que os alimentos nunca se negam a quem expressa fome e são utilizados para usufruir com prazer, tanto como por necessidade. Esta questão tem maior impacto nas gerações mais velhas e nos familiares mais afastados do núcleo central da família, que quotidianamente se confronta com a necessidade de partilhar uma alimentação saudável, tanto nos produtos ingeridos, como na forma de os confeccionar.

3.2.2 - Combater as dificuldades

A segunda categoria **Combater as dificuldades**, pauta-se pela forma como os pais procuram superar as dificuldades que surgem ao longo do seu percurso, na tentativa de que os seus filhos adquiram o dito “peso normal”. As dificuldades como já referenciei são inúmeras e as estratégias alternativas é muito variável, de acordo com os testemunhos dos pais entrevistados. Nessa variedade revelaram-se três subcategorias.

As subcategorias encontradas foram denominadas de contexto pessoal, contexto familiar e contexto escolar.

Ao nível do contexto pessoal o combate às dificuldades referenciadas pelos pais centra-se na forma como as crianças pretendem gerir o seu tempo livre. Muitas

destas crianças/jovens adotam o exercício físico como forma de gastar mais energia e manter ou perder peso. Segundo Silva (2008: 115) “as pessoas que começaram a fazer exercício físico «por ordem médica» confirmam a lógica que encara o exercício como um esforço suplementar na vida, que só se justifica quando a saúde está ameaçada”. Os pais vêem a atividade física como necessária pois a saúde está associada à manutenção ou perda de peso. No imaginário destes pais a atividade física representa, portanto, um meio de eleição que permite emagrecer e, posteriormente, controlar o peso. Assim, criam nos filhos a noção de dever associado à atividade física, considerada o único meio capaz de alcançar sucesso, num campo onde os pais já várias vezes falharam. A indissociável associação da atividade física à saúde é o elemento discursivo a que recorrem quando se trata de incentivar e obter a adesão dos filhos.

A noção que se tem de fazer exercício, no pensamento leigo, é equivalente à de não ter uma vida demasiado sedentária e à de se movimentar mais do que a prática regular. “O raciocínio leigo adota o sentido da noção de vida sedentária como a razão de ser da exigência de fazer exercício” (Silva, 2008:106).

Através dos relatos dos pais constatamos que as crianças/jovens efetuam atividade física com muita frequência e com «alguma obrigatoriedade».

“A minha pratica natação e faz sempre sem esforço, se for preciso ir 3 dias vai 3 dias”.E3

*“O meu conforme ganha peso com facilidade também o consegue perder, porque eu se apertar com ele com desporto, perde logo”.
E3*

“O pai é sócio dos escuteiros e ele também vai por aí, começa a meter-lhe aquele bichinho do campo. E é o futebol, isso então ele gosta”. E3

“Eles na escola já têm mas deviam ter mais atividade física. A nossa parte nós já fazemos, podemos investir com mais atividade física no fim-de-semana ”. E3

“Outra estratégia que utilizo como sei que ele come bem, tento colmatar com o desporto mas também sinto que não posso pôr a fazer mais do que já faz, ele já faz todos os dias da semana inclusive ao dia da natação já faz 2 aulas seguidas. E quando tem na escola faz 3 horas de natação”. E3

“Outra estratégia foi tirar a playstation do quarto. Agora comprei-lhe o comando do move para ele se mexer, mas está na sala para ele se mexer, a gente tem que ir inventando as estratégias possíveis”. E3

“São duas miúdas que praticam desporto semanalmente, a mais velha joga futebol, já praticou triatlo, pratica atletismo a mais nova anda no andebol, anda na natação, no ballet, a atividade física é de gosto, faz-se sacrifício, tem que se perder tempo, dinheiro, não é fácil nos dias de hoje”. E7

“Chegou aqui chorou, chorou baba e ranho depois já perdeu outra vez, chorou porque não queria ter aumentado, porque não tinha a perceção dos erros que tinha cometido. O exercício físico para além do ballet é a ginástica na escola, dois dias por semana e é uma tarde que tem livre na escola e vai praticar badminton”. E8

“Apareceu a dança e aleluia. Tive sorte! Nunca me passou pela cabeça”. E9

“Ele gosta da natação dos cavalos (hipoterapia) ele adora aquilo, também nunca teve outra coisa ele começou a fazer hipoterapia com 11 meses, e hidrogenástica com 9 meses, por isso ele nunca teve outra coisa. Ele adora e vai fazendo”. E9

Os relatos demonstram também a incapacidade dos pais em controlar o período de desenvolvimento que cada criança/jovem experienciava. Devido ao estágio em que se encontram, na sua maioria, apreciam experiências novas e desafiantes,

características da pré-adolescência e adolescência, onde o futuro é parece demasiado longe para ser evocado, nomeadamente em termos de complicações ou doenças. Nesta fase é o presente e tudo o que ele tem para oferecer, explorar e disfrutar que comanda os quotidianos destas crianças/jovens. Estes são alguns dos motivos que dificultam o cumprimento de regras, impostas pelos pais, ao nível da prática da atividade física.

A lógica que liga a prática de exercício físico à imagem corporal é coerente com o projeto de construção do corpo que se pretende (Silva,2008). Ora, para estas crianças/jovens, esse corpo desejado é para muitos, ainda um projeto ausente ou adiado, mas cumprem as regras ditadas pelos pais e peritos. Individualmente ou em conjunto com a família, são impelidos para a prática da atividade física quotidiana.

“É difícil eu controlar, agora vai para a escola a pé, aquelas caminhadas e tudo, é bom, ganhou peso e depois para perder? Tem que ser assim”. E2

“Combinamos agora com a Doutora de fazer a experiência nas férias do natal dele vir de casa que é no bacelo, até á escola de bicicleta a pedal, mas ele tem que ver se consegue aguentar o trajeto, porque ele está tão pesado que não consegue treinar ainda”. E5

“Começamos a ir os três passear e escolhíamos, queres ir a pé ou de bicicleta”. E7

Os pais revelam que o controlo da alimentação das crianças/jovens por parte da família tem que ser constante, no entanto os jovens já revelam algum cuidado na manutenção da alimentação. As crianças/jovens aprendem a cuidar do corpo como uma obrigação, é importante ter boa aparência, boa apresentação, para os outros que é feita à luz das normas sociais (Silva,2008). A pressão social inerente ao corpo impõe-se as estas crianças/jovens e leva-os a agir e a optarem por práticas alimentares ditas racionais.

“Mas agora que vamos de férias ou de fim-de-semana ele já controla, ele já sabe controlar. Já sabe até onde é que pode comer”. E2

“O meu come tudo bem, tem as horas da refeição, depois tem o lanche, de manhã leva um papo-seco partido ao meio, metade para a manhã metade para a tarde. Não quer mais ele é que define”. E2

“Janta à noite e já não quer mais nada”. E2

“A regra que seguiu foi deixar de comer fritos, ela comia batatas fritas, ovos estrelados, foi a única regra ... nós temos que os controlar porque se não soubermos jogar é mau”. E4

“Temos que vigiar. Ela pediu-me para comer um pastel de nata e eu deixei, porque lhe tenho que dar alguma coisa porque se continua a emagrecer assim, fica toda espinafrada”. E4

“Um croissant, ainda agora o padeiro lhe trouxe, vou comer que está aqui a chamar por mim. Mas é só 1... Para quem comia 2 ou 3”. E4

“Emagreceu e tem cuidado, não quero mãe, não me metas muito, tem que ser menos é só o que ela está a fazer, reduziu as quantidades, ela só fez isso ela não faz atividade nenhuma”. E6

“Ele agora já não consegue comer mais do que aquilo, quando começou a controlar só comia aquilo”. E7

“A fruta por exemplo... Ela come uma banana por semana, e muitas vezes nem come, come muito é maçã”. E8

“Ele aceitou bem a mudança de alimentação....Ele não gostava muito mas hoje em dia adora brócolos, couve-de-bruxelas saladas, se for preciso as batatas ficam de lado”. E9

“A minha por acaso só bebia o leite com chocolate, agora é só leite branco, é branco sem nada dantes ainda metia uma colher de cola-cau só para mudar a cor, mas agora não, não mete nada. Foi opção dela”. E9

Restringir monetariamente as crianças/jovens foi outra estratégia adotada por alguns pais. É necessário vigiar ainda o dinheiro que lhes é dado para a compra das senhas de alimentação, na escola.

“Na escola elas têm o dinheiro controlado para não comerem porcarias, levam o lanche de casa. A mais nova, eu tenho acesso ao cartão dela em casa através da internet e sei o que ela come”. E7

“Sair da escola, ele agora já sai, mas tem o dinheiro controlado, eu não lhe dou dinheiro que lhe dê para ele ir almoçar fora”. E7

“Só leva dinheiro uma vez por semana e não leva mais dinheiro nenhum, eu dou-lhe dinheiro à segunda-feira, as senhas são para se tirar eu vou ver no cartão da escola se as senhas foram tiradas ou não”. E10

“Vou de vez em quando há cantina da escola falar com as auxiliares que lá estão para ver se ela tem ido comer e saber as quantidades que come, também foi escrito para a escola pela Dr.^a aquilo que ela podia comer e as quantidades que deveria comer”. E10

“A sociedade atual é uma sociedade medicalizada em que a medicina atribui significados de doença a numerosas dimensões e coloniza a sociedade ao domínio

da prevenção como valor científico em si mesmo (Illich 1975 e Freidson 1984) ” Silva (2008:31). Na sociedade atual estar com excesso de peso ou obesidade é um risco para a saúde do próprio indivíduo e da sociedade. “Na cultura do risco a promoção da saúde constrói uma nova configuração biopolítica que pretende regular já não apenas o corpo, não já apenas o sujeito individual, mas agora, o sujeito social que deve assumir a responsabilidade de se proteger do risco, a si próprio e à sociedade” (Silva,2008:35). A única probabilidade que o pensamento leigo aceita, em relação à doença, a um nível que não é apenas cognitivo é a de que a doença é mais provável à medida que a idade avança (Silva,2008). Porém, foi precisamente o medo da doença e dos riscos que esta acarreta, associado à imagem corporal que não se deseja exibir, que levou algumas das crianças/jovens a mudar as suas práticas ao nível alimentar.

“Quando a Doutora lhe disse que a diabetes estava a entrar no corpo dela, aí é que ela começou a fazer dieta sozinha à maneira dela sem seguir as regras”. E4

“Ela já se preocupa e nunca se preocupava nem tinha complexos de ser assim e neste momento a fase de idade onde ela está a entrar é precisamente com a imagem e o susto que apanhou, ela é pré-diabética neste momento, foi-lhe detetado também que tinha uma alteração nas pernas, uma maior que outra que lhe provocou uma escoliose na zona lombar, e tem um problema nos pés, e se não perder peso vai ter que ser operada aos pés”. E9

“A minha é que se mentalizou que tinha que ser, agora a semana passada quando viemos à consulta da fisioterapeuta e descobriu que tinha uma escoliose, ainda pior. Em cada ano tem-se descoberto uma coisa diferente derivado do peso, é muito complicado mesmo”. E9

“Ela era muito preguiçosa para fazer qualquer atividade física que fosse, neste momento como lhe surgiram outros problemas relacionados com a obesidade já faz, ela apanhou um grande

susto ficou pré-diabética, e neste momento é ela própria que pede, mãe anda comigo correr ou mãe anda comigo fazer ginástica, mãe achas que eu deva comer isto ou não? ”. E10

Apesar da mudança de práticas alimentares de algumas dessas crianças ou jovens ser baseada no medo da doença, a mudança também tem que ocorrer por vontade própria. Os pais referem que primeiro é necessário um período de preparação para mudar e se esse tempo não existir eles não mudam.

“Quando nós falamos com ele compreende, mas depois quando chega a hora da refeição é todos os dias a mesma coisa, chega já chega e depois fica zangado parece que o estamos a proibir de comer”. E6

“Eu estava a ouvir e penso que é assim se eles não levarem aquilo como uma opinião deles nada resulta, é uma luta só dos pais”. E6

“Na idade da minha Elizabete, ela tem 13 anos, a estratégia vai muito por trabalharmos primeiro o psicológico porque se eles não quiserem e não for de vontade deles não se consegue fazer nada, se nós conseguirmos que eles se mentalizem a eles próprios, que a imagem deles não é a melhor e que lhe vai trazer problemas a nível físico futuramente, sem eles terem essa noção não se consegue”. E10

Na subcategoria contexto familiar foi reconhecida a forma como a família participa no contexto de melhoria de saúde dos jovens e na promoção da saúde. As mudanças nos hábitos alimentares, com a introdução de saladas sempre à refeição, não é uma prioridade destas crianças e jovens, da mesma forma que não o é das famílias. A influência da alimentação na saúde é equacionada em função dos efeitos visíveis das perturbações do bem-estar físico (Silva,2008).

“Não a salada vai numa taça a parte para todos e depois digo esta salada é tua, toda a gente tem que comer a sua parte” E1

“Eu penso acaba-se o chocolate e essas coisas todas, da alface só come a parte mais branca aquela mais verde já é mais difícil e é porque a mana come insiste e ela come também”.E2

“Outro dia fiz salada de alface e a irmã gosta de pôr no prato maionese e depois vai lá molhar e ele é doido por maionese. Eu pus na salada iogurte, ele foi provar com toda a ganância e depois disse-me “que porcaria é esta que te ensinaram, quem foi que te ensinou a fazer estas porcarias?” E2

“Ela gosta só de alface mas eu colocava na salada alface pepino, tomate cenoura ralada e depois temperava, ela enchia o prato daquela salada e a seguir comia carne que já é pouca”. E4

“Eu vou obrigando a comer um pouco de cada vez para ver se se habitua, o verde da sopa é cortado aos bocadinhos”. E9

A diminuição do consumo de pão e a utilização de margarinas magras em substituição de manteigas gordas, são outras estratégias que os pais procuram adoptar. “Subjacente a esta forma de agir está uma concepção de saúde, como não-doença”, (Silva,2008:93).

“Na minha casa eu tenho de esconder o pão”. E2

“O meu adora torradas, ponho Becel ou flora só de um lado, se ele não se apercebe que está só de um lado aquilo vai que é uma maravilha, depois dá-lhe a volta e pergunta e deste lado? Digo-lhe o pão já chupou a manteiga, chupou, chupou! Tas vendo não esta ca nada”. E2

“Às 6.30 e já estou a fazer duas torradas ao Rui e uma caneca de café com leite, e às tantas o Rui está enjoado de comer torradas com Becel”. E5

“Nós deixamos de comprar coisas para casa, o que eu adotei por fazer foi em casa não há nada que ela não possa comer”. E10

A substituição do chocolate do leite por cevada é uma das medidas que os pais procuram cumprir, apesar de não ser bem aceite por todas as crianças/jovens.

“Eu por exemplo ao pequeno-almoço deixo uma caneca de leite para ela com chocolate e para ele com café de cevada. É difícil ele beber o leite branco tem dificuldade é só para lhe mudar a tonalidade”. E3

“É uma alimentação equilibrada vamos colocando a fruta a todas as refeições, beber leite todos os dias, fugir mais aos açúcares mais aos cafés e chocolates, em vez de ser Nesquick é bolero que é sem cafeína, é uma alimentação com leite magro mas meto o bolero, não ponho açúcar meto uma hermeseta, não são dois pratos com batata frita é um com batata é outro com salada, não come duas sopas por dia come uma, não estou com muita disciplina, e faz bem a todos é um cuidar em família”. E9

O consumo de água em substituição de sumos ou bebidas gaseificadas, foi outra das medidas que reorganizaram a alimentação das famílias.

“Uma grande mudança foi a história dos sumos, ao passar para a água ela perdeu logo peso”. E3

“Os refrigerantes lá em casa com gás nem pensar”. E7

“Os ice-tea e sumos gaseificados havia, mas já não há isso. Tenho não é o melhor, tenho sumos do supermercado, o Rafael

chega à refeição e mete um copo de sumo depois de beber diz dá-me aí a água, já não bebe o segundo”. E9

“Deixou de haver sumos, bolachas só há bolacha maria ou bolacha de água e sal”.E10

“Eu nunca tenho sumos em casa”. E10

O contexto familiar foi sendo alterado e os hábitos foram modificados consoante a família precisava e se reorganizava. Alguns pais adotam estratégias comuns para todos em casa e destaca-se por exemplo a prática de comer sopa. Fischler (2008) refere que na cultura francesa, o ato de comer é uma responsabilidade coletiva além de familiar, é muito mais fácil controlar o peso, porque existe uma pressão social para comer de determinada maneira. As estratégias utilizadas são muito diversificadas, verificando-se que os pais as generalizam aos diversos membros da família.

“A alimentação em casa é igual para todos. Batatas fritas eu nunca frito, comem batata cozida, no entanto o meu gosta muito de legumes, onde eu tenho maior dificuldade é na salada. Legumes cozidos com o peixe grelhado ou com a carne, e depois come sempre sopa”. E3

“Eu encho bem o prato da sopa para ver se ele depois não pede muito”. E3

“As batatas tento não dar, como ele come legumes, tento evitar na sopa e até as cozidas, e depois á as pequenas coisas por exemplo no dia da natação quando chega a casa tento ter logo a sopa para lhe dar para evitar que ele esteja a comer outras coisas”. E3

“Lá em casa todos têm que seguir as mesmas regras”. E5

“O Rui neste momento a ordem que tem é só uma sopa e uma peça de fruta ao jantar, e barafuste ou não, não come mais nada, comeu carne ou peixe ao almoço acabou não come mais nada”.

E5

“Desde o princípio que isto aconteceu não houve o Rafael diferente, é igual para todos”. E9

“Em casa a alimentação é igual para todos, comem todos a mesma coisa. Havia alturas quando ela era mais pequena para ela fazia-se outra coisa, só que às vezes não gostava do que agente comia e a mãe fazia outra sopa para ela, mas agora já algum tempo que não”. E9

Fischler (2008) compara os hábitos alimentares nos Estados Unidos e na França e salienta a importância do grupo no controlo alimentar em França, onde o controlo social é mais eficiente. O controlo sobre o que se come não depende da pessoa mas sim do grupo, e se não cumpre é excluído, rejeitado e estigmatizado pelo próprio grupo.

Também a este nível, os pais seguem as orientações periciais para limitar as quantidades ingeridas.

“A estratégia que a Doutora me ensinou é comer no prato pequeno, mesmo que queira repetir repete mas no prato pequeno”. E3

“A Doutora disse-me para ao fim de semana o tirar de casa porque eu disse-lhe que ele mexia no frigorífico e andava a toda a hora a abrir o frigorífico e a comer”. E3

“Então agora optamos por fazer comida à conta, a Doutora disse-nos para nunca fazer para sobrar para o outro dia, porque é uma tentação”. E7

“Experimentei e resultou, foi comer no prato de sobremesa. Começou a comer num prato de sobremesa o segundo. Ela vê o prato cheio come aquilo que lá está e já não pede mais e resultou”. E10

Por vezes, um dia livre sem grandes restrições também se torna benéfico, desde que os filhos não excedam as limitações que lhe foram impostas. Alguns pais falam sobre esta flexibilidade e da importância que têm para a adesão dos filhos e da própria família.

“Uma estratégia que faço com o meu é em 7 dias tenho que lhe dar o dia livre, ele já sabe que o dia livre é o sábado, mas também tento que o dia livre não seja para comer só o que não come nos outros dias mas por exemplo ele já sabe que o ice-tea só bebe no dia livre”. E3

“O ano passado na escola a mãe do André ficou muito admirada porque havia um menino que fazia anos e quando chegou a parte do bolo ele disse que não posso porque hoje não é o dia livre”. E3

“A estratégia mais fácil é nós acompanharmos e brincarmos com a comida. Uma alimentação boa e eles que a aceitem”. E4

“A Carolina tem um dia só que come um doce ou então numa festa de anos e come um doce a gente oferece e ela diz que não, já cumpre”. E5

“Uma vez por mês vamos ao Mac porque eles adoram e para não proibir, porque argumentam os meus amigos vão e eu não vou, porque eles adoram, só que a Carolina quando vai ao Mac escolhe aqueles menus só de legumes e ela prefere isso ao hambúrguer, e ela em casa é um castigo para comer legumes e ali come aquilo”. E5

Porém, os pais também sentem que por vezes têm que ser rígidos e não permitir abusos e eventuais erros. A alimentação deve ser fracionada de modo a controlar o desejo de comer. Os pais, nos seus relatos, exprimem precisamente essas opções.

“Agora continuamos a ter uma alimentação equilibrada em casa, eu nunca faço comida sem ser com azeite. Nunca mais houve outra gordura lá em casa. Os fritos lá em casa também reduziram mas quando há eu digo hoje é dia de batatas fritas”. E7

“Por isso é que tenho também uma máquina a vapor onde cozo as batatas e os brócolos, a minha pequena se eu fizer uma taça grande de alface come-a toda, sumos não gosta nem me preocupo, prefere beber água”. E7

“Aquelas partes da confeção, logo a parte inicial deitando a comida a fugir às banhas e às margarinas e a apostar no azeite, só aí muito importante na alimentação”. E9

“Às vezes posso ser considerada rija, dura, um bocadinho com falta de coração, mas eu digo-lhe as coisas, estás gorda, mas eu bato na ferida toco lá, e é por isso que elas não têm mais peso”. E7

Não existem leis explícitas que digam o que se deve comer ou não comer, no entanto verifica-se que em muitas culturas a comida deixou de ser a substância de uma organização social e passou a ser algo da ordem do indivíduo. As pessoas sentem-se inseguras e ansiosas com a comida, pois sentem-se responsáveis por si, já que não podem engordar para não serem rejeitadas e excluídas (Fischler, 2008).

“A alimentação dos nossos filhos é como a educação que nós lhe damos, temos que os ensinar o que é certo e o que é errado e na alimentação é igual. Se não cumprem a culpa é dos pais”. E7

“Eu tenho uma vantagem nesse aspeto, tenho mau feitio, e como tenho mau feitio, quando digo uma coisa regra geral é cumprida, a minha sogra quando lhe quer dar alguma coisa a elas, é quando estamos em casa à mesa e pergunta sempre “posso dar? ”. E7

“Ele hoje comeu a sopa meia hora antes e quando chegou a mesa disse, eu hoje não preciso de prato de sopa porque já a comi”. E8

“Não podemos andar sempre atrás deles, você está três dias a fazer uma alimentação correta ele vai almoçar gomas dá cabo de tudo.” E9

Os especialistas na área da saúde não encontram consenso em relação a certos tipos de alimentos e o que hoje é benéfico para a saúde, amanhã afirma-se o contrário. Nesse sentido, Fischler (2008) defende que os comedores precisam ter competência para comer. Os pais procuram precisamente que os filhos adquiram essa competência, embora com dificuldade, seja através do recurso a estratégias de ocultação, de substituição de produtos ou optando por não adquirir os produtos “não saudáveis”.

“Eu na minha casa nunca chego a ter coisas que ele não pode comer, então tenho que fazer eu a seleção, não compro, então vou tirar-te para quê ele vai ter mais necessidade de comer”. E2

“Ao escondermos eles andam a procura e apanham e ainda é pior. Eu deixei de ter na minha casa guloseimas”. E2

“Fui desabafar com a minha sogra porque estava preocupada com a atitude dela de dar tanto chocolate à Carolina, não fui ralhar, e a pouco e pouco fui mentalizando-a que a Carolina não podia e comecei a assustá-la...”. E5

“Em casa é só bolachas certinhas não há bolachas de outras, ..., eu já nem ponho na mesa patês, chouriço pão. Já não tenho nada disso lá em casa. Sumos deixaram de entrar, as batatas fritas só quando é festas de anos. Fritos, eu não faço”. E8

“Pode comer uma vez por mês uma taça de arroz doce feito com hermeseta, ele reclama porque não sabe a açúcar! pois não também não é para saber a açúcar”. E10

Nesta subcategoria contexto escolar foi reconhecida a importância da educação alimentar em contexto escolar, que é analisada pelos pais de forma positivo e que consideram deve ser reforçada.

Nos vários programas de saúde prioritários a desenvolver pela Direção Geral de Saúde encontra-se o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, aprovado no Decreto-Lei nº124/2011 e publicado no Despacho nº007/2012, em que um dos seus objetivos é *«aumentar o conhecimento sobre os consumos alimentares da população portuguesa, seus determinantes e consequências»*⁵. Para alcançar os objetivos propõem um conjunto de atividades entre as quais se destacam, para a área em estudo, a modificação da oferta de determinados alimentos, controlando o seu fornecimento e venda nos estabelecimentos de ensino e saúde...e a melhoria dos métodos de intervenção e articulação dos profissionais e estruturas que lidam com o fenómeno da obesidade.

Os pais valorizam as iniciativas das escolas em aderir a estas práticas e consideram-nas um aliado importante na sua luta em prol da alimentação saudável dos filhos.

“Na escola por exemplo eles já tem sessões de alimentação, e gostam eles chegam a casa e contam o que se passa e percebem. Falam-lhe da roda, se calhar é pouco!” E3

“Se calhar era importante fazer sessões para os pais das crianças que não têm este problema”. E3

⁵ Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Orientações Programáticas publicado em www.dgs.pt a 05/09/2012

“A escola este ano teve uma medida boa um dia na semana distribui uma peça de fruta para os habituarem a comer a fruta, para fazer parte dos lanches”. E3

“O que é de fato devia haver intervenção nas escolas, nas escolas já há o gabinete de apoio aos adolescentes que tem pouco impacto nos gaitos. Terá que haver uma mudança de estratégias”. E3

“Uma boa estratégia é irem pessoas de fora falarem com eles, assim eles ouvem”. E3

Os lanches fornecidos a meio da manhã e de tarde pela escola (1º ciclo) são da responsabilidade da escola, no entanto as famílias também já se envolvem e preocupam com esta prática alimentar. Estes pais exercem desta forma a sua condição de cidadania intervindo e reivindicando ser partes ativas no processo.

“A minha mãe prepara-lhe sempre para o meio da manhã um iogurte, uma peça de fruta para levar para o lanche”. E2

“A minha Teresa um dia a professora chamou-a para eles verem o que era um lanche saudável. Ela ficou toda contente, até fui falar com a professora, porque aquilo motiva os miúdos a levarem esse tipo de lanches”. E3

“O meu filho, o que eu meter para o lanche, ele come, se meter fruta come fruta, se eu meter iogurtes ele também come, eu aí não me posso queixar”. E3

As especificidades de socialização na infância/juventude assenta no fato de que as crianças/jovens participam numa série de interações sociais que variam cultural e historicamente e de maneira generalizada, ocorrem “apenas” nestas fases, entre elas encontram-se as interações da instituição escola (Grigorowitschs,2008).

As festas de aniversário na escola são exemplo deste fato, são para

comemorar com grupo de amigos/pares e a tradição cultural que se introduziu nas últimas décadas foi festejar com a existência de um bolo de aniversário, acompanhado de outros doces. Os pais entrevistados salientam a negatividade desta tradição e afirmam a necessidade de, em diálogo, envolver todos os pais, alertando para as consequências desta prática de celebração secular.

“No início do ano devia haver mais dialogo escola/família para haver mais regras, porque as famílias também têm de cumprir algumas regras afinal de contas os filhos são nossos”. E3

“Quando o meu andava na pré houve umas vezes que isso aconteceu levar os saquinhos dos rebuçados e das gomas, tivemos uma reunião e entre todos os pais e tentamos acordar que não levavam, ou dava-se um balão ou uma lembrança diferente”. E3

“Mas os pais dos miúdos que não têm esse tipo de problemas têm dificuldade em aceitar essas coisas. Pensam que por eles não engordarem não lhes faz mal, mas faz na mesma”. E3

Desde que a Direção Geral de Saúde lançou o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável e emanou as suas Orientações Programáticas⁶, a figura de dietista passou a estar presente em várias escolas. Os pais demonstram satisfação com estas medidas introduzidas com a presença do dietista no entanto, referem que deve haver ainda mais incentivos, em prol de uma alimentação mais saudável nas escolas.

“Este ano na escola adotaram outra estratégia há 2 menus dá para escolher entre dois menus, o prato do dia e o prato da dieta. Os pais que escolhem dieta registam a dieta”. E3

⁶ Documento publicado em www.dgs.pt a 05/09/2012

“Na escola eles retiraram empadas, croquetes, para mim foi uma alegria. Porque na escola não há, ele não come, não há pizzas não há nada disso”. E7

“A nutricionista da escola proibiu, não há chipicaus, bolicaus, não há kit-kat só há fruta em salada, fruta cortada e descascada porque podem não a querer descascar e é um incentivo para eles, e há as sandes”. E7

“O António tem um plano de dieta lá na escola que a Doutora lhe passou, eu entreguei na escola e eles cumprem. Cumprem mesmo. ”. E10

“Na escola da Elizabete vai uma dietista mesmo, e é ela que faz os planos alimentares da cantina para a semana. No caso da Elizabete nós levámos também a prescrição da Doutora, mas há várias crianças lá na escola com diabetes e eles fazem o plano. ”. E10

“Na escola da Elizabete já se aboliu completamente a carne de porco os fritos. Fazem tudo no forno”. E10

Sintetizando, pode afirmar-se que a forma como os pais pretendem combater as dificuldades que enfrentam com as práticas alimentares dos filhos com excesso de peso e obesidade, incidem no contexto pessoal, no contexto familiar e no contexto escolar.

Ao nível pessoal os pais optam por restringir o dinheiro que é oferecido às crianças para compra de pequenos lanches, e optam por enviar de casa o lanche já preparado. Fazem referência ao cumprimento de algumas destas normas por medo que os filhos fiquem com doenças ou as agravem. Os riscos que podem surgir impõem-se no presente destes pais e levam-nos a agir, com medo do que possa acontecer no futuro. Cuidar da saúde e do corpo torna-se prioritário e por isso incentivam os filhos à prática de exercício físico (promotor de saúde) e combatem o sedentarismo (risco de doença). Em casa adotaram alterações nos hábitos

alimentares, que se estendem a toda a família, tentando inculcar competências alimentares em todos os seus membros. Além disso, valorizam todas as iniciativas escolares destinadas a promover a alimentação saudável e que favoreçam a dieta dos filhos e opinam que devia existir formação educativa para os pais de todas as crianças. No contexto escolar, destaca-se ainda o pleno exercício de cidadania dos pais destas crianças/jovens.

3.2.3 - Importância da consulta

A terceira categoria reconhecida foi a **Importância da consulta**. O recurso a uma consulta específica de obesidade infantil e juvenil, para controlo ou manutenção do peso, deve ter o seu início tão precoce quanto possível.

É uma consulta de vigilância que é feita pela equipa de saúde familiar dos cuidados de saúde primários. Esta consulta específica, tem como finalidade ajudar as crianças/jovens e as suas famílias no controlo da obesidade através de um plano alimentar para a criança e família e de exercício físico proposto e controlado para que consigam uma vida saudável.

“Na aceção de vida saudável ela é representada por comportamentos que se devem ter, designadamente alimentar-se com comida caseira em horários tradicionais, com tempo para fazer verdadeiras refeições; fazer exercício físico, seja praticando regularmente um desporto, seja frequentando um ginásio, ou diminuindo o uso do carro na vida de todos os dias” Silva (2008:62).

Nos relatos obtidos das entrevistas grupais dos pais na sua ida há consulta, reconheci 2 subcategorias as quais designei por contexto motivacional onde se manifestam opiniões dos pais relativas à motivação e ao incentivo que lhes é dado pela equipa de profissionais e outra categoria que denominei de contexto educativo, em que a consulta é percebida como um lugar que os pais valorizam pelos saberes e conhecimentos que adquirem.

Ao nível do contexto motivacional, a consulta tem como objetivo motivar a criança/jovem e a família para alcançarem os objetivos traçados e em cada consulta é feita a avaliação antropométrica da criança (determinação de IMC e avaliação de tensão arterial). Entre os objetivos merece especial atenção, para a criança/jovem e para os pais, o controlo do peso e da alimentação e a avaliação dos conhecimentos

e das práticas que realizam. Se a criança/jovem não tiver incentivos e não conseguir atingir os objetivos que lhe foram propostos ou que ela própria se propôs alcançar (perder ou manter o peso e cumprir com uma “boa alimentação”) a sua motivação para ir há consulta pode transformar-se em desmotivação.

Os pais mencionam, nos seus relatos, que a consulta funciona essencialmente como um fator de motivação onde a informação é crucial para continuarem com as práticas alimentares e físicas corretas.

“As crianças quando saem da consulta da Doutora saem sempre com vontade de fazer tudo deixar isto e aquilo, é uma maravilha saem sempre com vontade de fazer tudo”. E1

“Eu meti-o no ginásio e no 1º dia que lá chegou disse-me assim mãe sou o mais magro”. E2

“Vão eles motivados e vamos nós também e pronto levam na cabeça mas faz-lhe bem. E pronto só se eu tiver alguma coisa que não possa vir é que eu não venho”. E2

“No dia que viemos a consulta a Doutora ele olhou para mim e disse-me assim, olha lá aqui para a minha mão, os meus ossinhos já se notam. E isso foi muito importante para ele”. E2

“A Doutora explica-lhe todas as coisas que ela deve e não deve fazer as regras cumprir que ela deve seguir é bom porque ela depois vai mais motivada e depois é capaz de andar ali uns tempos bons a cumprir tudo à regra”. E5

“O fato de vir às consultas da Doutora ajudou muito, havia muitas coisas que ouvíamos falar mas não, para praticar, não as punha em prática foi um incentivo muito grande para por muita coisa em prática especialmente na alimentação e depois no fazer ginástica aos miúdos, a maneira como falar com eles para não comerem

certas coisas, o explicarmos certas coisas a importância da educação física do desporto para eles incuti-lhes isso”. E5

O programa “The Kids-Go” implementado na Austrália é o exemplo prático de que a alimentação saudável e a atividade física são dois dos aspetos fundamentais para a redução do excesso de peso e de obesidade nas crianças/jovens. O programa alerta para a existência de uma quantidade certa de alimentos; se preconiza que as crianças/jovens se devem movimentar, jogar, caminhar alerta para beber água todos os dias e devem incluir na sua alimentação diariamente fruta e vegetais.

À semelhança deste programa, durante a consulta de obesidade as crianças/jovens são incentivados pela médica responsável a praticar exercício físico e esta, propõe o estabelecimento de “contratos” de forma a motivar e a implicar as crianças/jovens. Os pais são os que garantem o cumprimento destes contratos.

“Consegui metê-lo lá no futebol e ele está a adorar ainda pensei que ele desistisse porque tem que fazer muito esforço mas não, ele aguenta o mesmo que os outros miúdos que estão há anos a praticar, a treinar, aguentou o mesmo. No 1º dia mais atrasado que os outros mas consegui dar as voltas, terminou mais tarde mas não desistiu”. E5

“Não é só pelo peso mas também por causa do exercício físico se for mais alguém a dizer pode ser que seja mais um incentivo”. E5

“Ele está no futebol há um mês e meio e já se nota bem a diferença na mobilidade dele”. E5

“Ela está na natação e está a adorar”. E5

“O Alexandre nota-se mesmo muito bem, na mobilidade na perda de peso, a escola agora começa e eles também já têm mais movimento não estão tão metidos em casa”.E5

“O problema da minha é que o peso nunca a inibiu de fazer nada, o excesso de peso que ela tem não a impede, ela não tem gorduras, ela tem a barriga lisa, ela nunca deixou de ser a melhor na nataçãõ, no atletismo, ela joga futebol com as seniores, tem 14 anos e aguenta o jogo todo, os 90 minutos”.E7

“A minha também tem praticado desporto e não sente, há muitos gordinhos que têm dificuldade em mexer-se e ela não sente isso, também não esta obesa e penso que ela nunca chegue a esse ponto”.E7

“Ele vai de vontade mas depois pára por causa do peso que tem. Ele anda no andebol e agora está no futebol também para ver que mais gosta mas pelo menos vai-se mexendo e é isso que eu pretendo”. E10

Apesar de se reconhecer a importância destas atividades nem todos os pais apresentam condições económicas para a oferecer aos filhos e expressam esse fato.

“Mas é diferente cá em Évora, para se ter qualquer tipo de desporto há muita coisa que se tem que pagar. Lá em Portel aquilo é irrisório, mesmo na nataçãõ pagamos muito menos do que cá, aquilo tem um acesso ao desporto diferente, está bem que quem quer fazer faz sempre, mas em Évora o desporto é caro”.E3

“O Rui pode fazer ginásio porque é a única coisa que ele me vai falando, mas o ginásio é caro são 35 euros por mês”.E5

Todos os pais salientam a importância do controlo e da educação, nas diretrizes que são dadas na consulta que funcionam como um estímulo e incentivam as práticas corretas.

“A consulta é importante para vigiar o peso e verem o que perderam ou não, e principalmente os mais pequeninos andam mais controlados ”. E1

“O Miguel realmente ele tem uma coisa muito boa, tudo o que falamos com ele aceita, percebe e compreende e come já normal mas entretanto tem uma ajuda é muito controlado”. E2

“A Ana faz contratos com a Doutora por exemplo se ela tiver uma altura em que ela aumente o peso a Doutora não a deixa ficar tanto tempo sem vir e então vem de 3 em 3 meses”. E5

“Em relação às consultas da Doutora estão os dois desejando de vir para mostrarem o que conseguiram, eles são muito competitivos entre eles quando vêm há consulta os dois querem mostrar o que conseguiram ”. E5

“Em relação à Rita a consulta ajuda pela autoestima ajuda a levantar a autoestima para ter mais iniciativa nas coisas e eles próprios precisam porque estão na fase da adolescência”. E5

Quando saiu da consulta automaticamente disse, eu fiz isto, e isto, e isto que não devia ter feito, e devia ter feito mais isto”. E8

Eu reparei que os “puxões de orelhas” que eu dava ao meu filho tinham um impacto e os que a Doutora lhe dava tinham outro”. E9

Após referenciar os tópicos que mais se relevam nos excertos apresentados, concluímos que a motivação dos pais e das crianças/jovens (apesar do contexto social e cultural aparentemente não facilitarem e não apoiarem estas crianças/jovens nas suas vivências) o incentivo e os estímulos dados são um agente salutar, que lhe fornece estímulo para contrariar os “olhares negativos” da sociedade.

Ao nível do contexto educativo sobressai pela relevância dada à aquisição de conhecimentos oferecida pelos profissionais de saúde à família e às crianças/jovens, uma vez que as recomendações respeitadas ou não pelos membros de toda a família vão traduzir-se no «sucesso da intervenção familiar».

O envolvimento da família apresenta um papel fundamental na prevenção e no tratamento da obesidade infantojuvenil.

Segundo Hay (2004) e Kaplan et al (2004) a terapia que envolve os pais tem melhores resultados na manutenção a longo prazo da perda ponderal em crianças. Preconiza-se que os pais devem ter conhecimentos adequados sobre nutrição, seleção de alimentos, tipo de refeições, conceção de alimentação saudável e hábitos de atividade física.

Nas suas narrativas os pais salientam a importância do conhecimento adquirido na consulta com os técnicos de saúde.

“A Doutora esteve a explicar-lhe que agora vai ver o rótulo e se tiver dúvidas vem perguntar-lhe. Ele praticamente deixou de beber bebidas assim”. E1

“Ele está numa fase em apanha quilos e consegue perder pouco mas sempre vou melhorando os hábitos alimentares que se não viesse tantas vezes não tinha tantos conhecimentos e depois temos que andar sempre em cima”. E2

“É muito importante a consulta porque a Ana ouve com muita atenção porque por vezes tenho muita dificuldade em fazer-lhe perceber as coisas que ela pode e não pode comer, tem sido um incentivo muito bom as consultas muito úteis graças a deus que existem”. E3

“Depois destes aconselhamentos todos que a consulta me trouxe da parte desportiva da parte da disciplina alimentar houve mais disciplina”. E9

“Têm que ter autodisciplina. Aqui a consulta teve efeito, principalmente aquela parte de esclarecimento da doutora explicar os alimentos, ele começou a perceber”. E9

A frequência da consulta no entanto não é estimulante para todos e alguns pais referem que sentem os filhos desinteressados, desmotivados. Como não conseguem alcançar os seus objetivos, não se esforçam, não cumprem com as regras da alimentação, não conseguem disciplinar-se e não estão preocupados com o excesso de peso. As afirmações seguintes repercutem exatamente esses fatos.

“A gente diz-lhe para ter um objetivo, mas não têm, ela não quer saber, quer é comer ela não está gorda porque é muito alta só que se não tiver um bocadinho de atenção agora depois vai ser muito mais difícil perder peso”. E2

“Para mim também é importante embora o Rui não dê importância em vir ou não há consulta. O Rui parece que está sempre tudo bem e tal. Vem às consultas da Doutora e encosta-se na mesa, a Doutora fala e ele é... Está-se bem”. E5

“Eu saí daqui doente, de cara à banda, já chegamos ao ponto eu e o meu marido, de quem é que vem com ele à consulta, ou seja eu já não tenho credibilidade, não tenho disponibilidade mental nem psicológica, o meu marido também já deixou de ter, estamos aqui num dilema, acho que para a próxima consulta vem sozinho”. E8

“Eu venho ali da Doutora com a cabeça estafada, quando vou daqui e chego a casa é bimba, bimba e pronto e aquilo não dá resultado nenhum o rapaz pesa sempre a mesma coisa”. E8

“Nós saímos daqui muito angustiados porque eu sou a mãe tenho algumas obrigações, mas já fiz tudo o que a Doutora mandou, também fico cansada de não ver resultados, por isso é que eu comparo com o estudo, tanta falta de responsabilidade, não quer! Ok. ”. E8

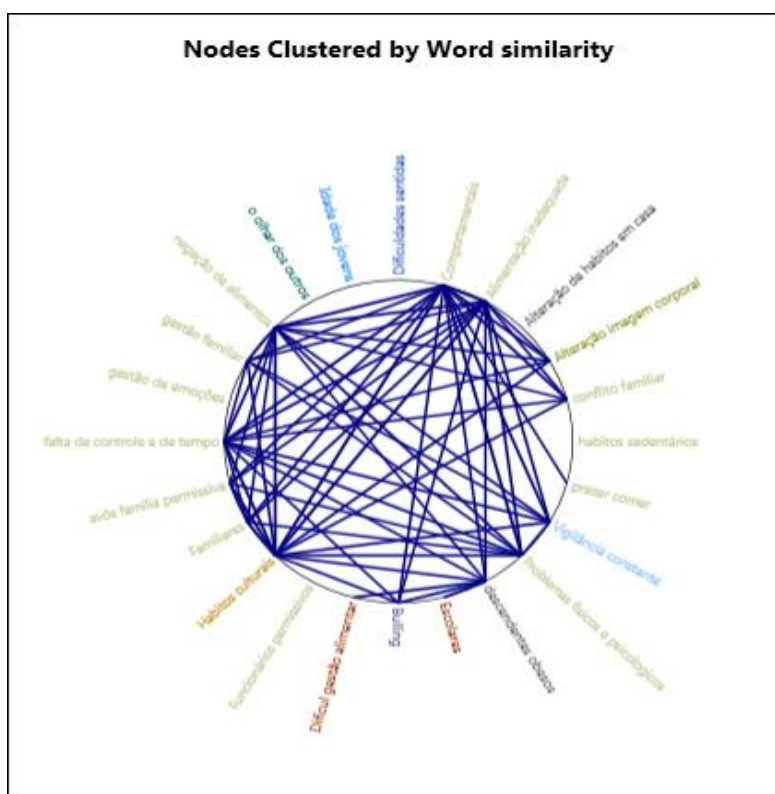
A consulta além de ser um espaço onde predominam as entidades periciais funciona também como um espaço de educação e aprendizagem. A consulta é

reconhecida pelos pais a partir do empenho que os profissionais demonstram no incentivo e na promoção de «práticas saudáveis» e pelo apoio aos pais e às crianças/jovens na aquisição de conhecimentos para ultrapassar as dificuldades com que se deparam no quotidiano. Os pais referem ainda que é sempre bom vir para lembrar, relembrar ou aprender novos conhecimentos, porque muitas das práticas não as efetuavam porque não faziam parte dos seus estilos de vida, dos seus hábitos e da sua tradição cultural.

Da análise efetuada às entrevistas *focus-grupos* saliento os aspetos que mais se destacaram em termos de dilemas enfrentados pelos pais das crianças/jovens com excesso de peso e obesidade e das racionalidades expressas quando se pronunciam sobre a gestão da alimentação dos filhos e da própria família e das dificuldades que lhe estão associadas.

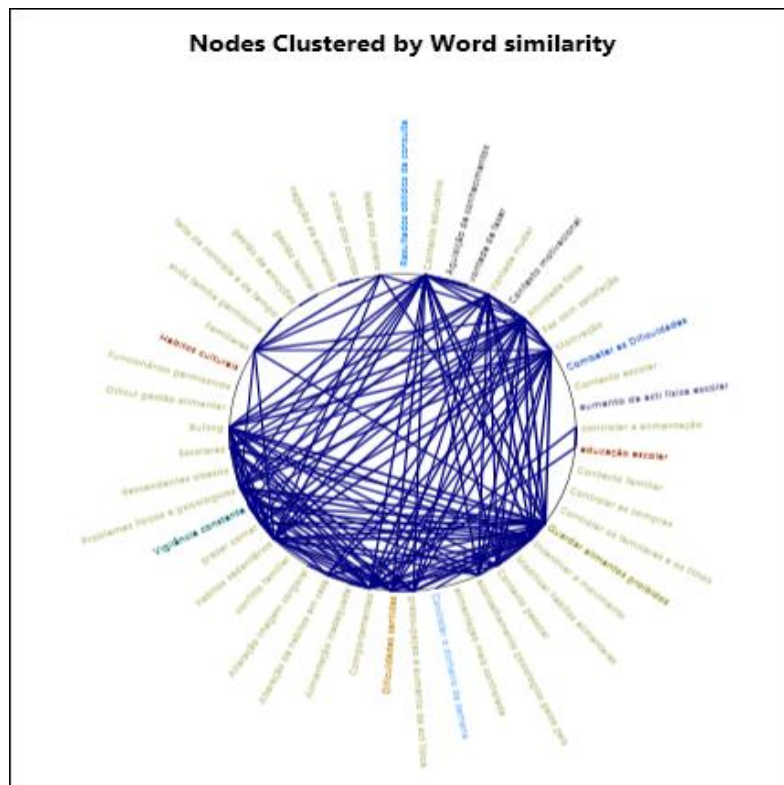
Da similaridade de palavras nas diferentes categorias e subcategorias analisadas surge-nos um entrelaçado de termos onde se verifica que todos estão entrelaçados e interligados entre si, como se pode observar na Gráfico 9 e gráfico 10 que se apresentam nas páginas seguintes.

Gráfico 9 - Categorias e subcategorias agrupadas por similaridade de palavras



Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 10 - Similaridade de palavras que caracterizam as entrevistas



Fonte: Dados da pesquisa

A análise de *cluster* serve para nos mostrar as semelhanças que existem entre os diversos nós (categorias e subcategorias identificadas). A representação surge-nos num círculo onde todos os elementos são representados como pontos no perímetro.

A semelhança entre os itens é indicada por linhas de ligação, com diferentes espessuras e cores. A similaridade é representada por linhas azuis grossas as quais indicam que existe uma forte semelhança entre elas. Se esta similaridade não existisse teríamos no gráfico linhas vermelhas.

O fato de se encontrarem agrupadas significa que existe um maior grau de similaridade com base na frequência de ocorrência das palavras. Quando a frequência é menor, as palavras são exibidas mais distantes. Podemos constatar que a similaridade de palavras existente nas entrevistas é muito forte.

Ao efetuar uma sumula constato que os pais destas crianças/jovens exibem os conhecimentos que lhes são facultados pelas entidades periciais. A gestão da alimentação e as dificuldades que apresentam são muito similares apesar dos seus filhos apresentarem idades diferentes.

As dificuldades comportamentais baseiam-se na alteração de hábitos da família em termos alimentares e nos hábitos socioculturais. Com os pais ausentes durante o dia, alimentação escolar é o recurso alternativo para muitas famílias. A alteração do local do almoço (de casa para a escola) originou uma mudança nos hábitos alimentares, as crianças/jovens alimentam-se com os seus alimentos preferidos. O controlo da alimentação ao jantar geralmente é mais fácil. É mais difícil apenas quando a criança/jovem almoça ou janta em casa de familiares (avós ou tios). Sabendo que os pais limitam o acesso das crianças/jovens a alguns alimentos, os familiares contrariam essa tendência sendo mais permissivos.

As alterações introduzidas no padrão alimentar da família pode inicialmente gerar conflitos entre pais e filhos, numa luta constante pela obtenção, por parte das crianças/jovens, dos alimentos não saudáveis, mas que faziam parte dos seus hábitos alimentares.

Existe um sentimento de punição dos pais para consigo próprios, pois consideram-se estigmatizados pela sociedade e referenciados como pais despreocupados e permissivos, que dão tudo aos filhos e que não lhes impõem regras alimentares.

Em relação aos hábitos de atividade física encontram dificuldades em ter locais com orientações específicas para os seus filhos, uma vez que não conseguem ter a mesma agilidade e rapidez que as outras crianças.

Nas escolas existem por vezes ações educativas que são muito valorizadas. No entanto sugeriram que se efetuassem sessões para os pais de todos os alunos, para que desta forma todos se envolvessem nesta problemática que eles experienciam.

Modificar os hábitos alimentares das crianças/jovens, não é fácil, porque são os seus hábitos alimentares, e mais difícil se torna quando a família não adere.

As práticas alimentares na escola com a introdução da legislação mudaram o que representa para os pais uma alimentação de melhor qualidade.

A satisfação com os resultados obtidos através da frequência da consulta é evidente. Cumprem-se as normas e as regras definidas pelas entidades periciais, essencialmente por receio que os filhos fiquem doentes ou agravem alguma doença já existente. A doença é uma ameaça sempre presente no discurso pericial e que os pais receiam.

Os riscos que podem surgir impõem-se no presente e assim, muitos obrigam os filhos a praticarem exercício físico na tentativa de controlar o peso.

No fundo, o que está em causa na análise dos discursos destes pais é que a normatividade social e médica da obesidade domina os seus quotidianos e obriga-os a agir ao nível da alimentação. Também a importância do corpo perfeito e padronizado/normalizado socialmente aceite, está presente no discurso dos pais, cujas perceções revelam que o sucesso social só se alcança com um corpo magro, esbelto e saudável. Aos que têm excesso de peso ou são obesos, resta a estigmatização e a exclusão social.

Assim, o seu quotidiano surge marcado pelo confronto entre racionalidades periciais e leigas. De um lado a alimentação saudável, com regras sobre os diversos alimentos, a sua confeção e os horários, aos quais se junta inevitavelmente a atividade física. Estas práticas “apenas” exigem controlo, vigilância e disciplina. Do outro lado, a racionalidade leiga onde a alimentação é, ancestralmente, indissociável da força e do prazer.

Para estas famílias trata-se de um confronto quotidiano, a quem se pede que obtenha prazer na disciplina e no controlo constante, em nome da saúde. Mas é precisamente a saúde ou a ausência dela, no futuro, que leva estes pais a procurar a consulta de obesidade e os conselhos médicos.

O medo do risco de doença que ameaça os filhos com excesso de peso ou obesos, impele-os a aderirem às normas do saudável na alimentação e a alargá-las a toda a família. Se é certo que alguns membros resistem, não deixam por isso de ser alvo de crítica social e de serem considerados um entrave ao sucesso das crianças e jovens em termos de redução de peso. Esta mesma crítica social é dirigida aos pais de outras crianças, que insistem em celebrar, na escola, os aniversários com o tradicional bolo de anos.

Importa ainda salientar as estratégias que as crianças/jovens activam para resistir e escapar ao controle e vigilância impostos pelos pais. A escola, apesar das alterações introduzidas, emerge assim como o local por excelência onde o controlo alimentar é mais frágil, e que permite obter os alimentos cujo consumo é proibido pelos pais.

Mas a escola é também um mundo que lembra constantemente o corpo que se tem e que, na maioria das vezes, não se gostaria de ter. As outras crianças/jovens e os adultos impedem que esqueçam que têm excesso de peso ou

que sejam obesos, mesmo quando, ou sobretudo quando, revelam “pena” ou apontam.

Por fim, ressalta-se a intervenção em termos de exercício de cidadania que estes pais defendem e exercem, na reprodução da racionalidade médica, ao nível da escola. A importância desta intervenção e da exigência de direitos pode contribuir para novas formas de agir e intervir socialmente.

CONCLUSÃO

A alimentação constitui uma necessidade fisiológica fundamental das pessoas e é reconhecida como um dos fatores que afeta e influencia a saúde. Os hábitos alimentares são condicionados desde os primeiros anos de vida pelo que se revestem de uma primordial importância para as pessoas. As racionalidades periciais alertam para os riscos que uma “má alimentação” possa trazer no futuro para as crianças e jovens e pretendem que sejam inculcados hábitos alimentares equilibrados no seu quotidiano. Mas essa má alimentação faz parte de um equilíbrio alimentar inexistente nos hábitos e na cultura das pessoas.

A relação existente entre a alimentação da criança/jovem, os seus comportamentos e a sociedade é questionada de inúmeras formas. A influência dos aspectos sociais e culturais da alimentação tem impacto na escolha e no consumo dos alimentos por partes dos jovens. Escolher, consumir e/ou não consumir certos alimentos é uma decisão difícil para os pais destas crianças/jovens devido a proibições ligadas a regras estabelecidas culturalmente. As práticas alimentares são práticas arraigadas à cultura e que, certamente influenciam as escolhas (Serra,2001).

O comportamento alimentar também se encontra ligado ao lugar, à forma e às relações sociais, ou seja é importante onde, como, quando e na companhia de quem comemos. Os hábitos adquiridos na infância representam uma importância relevante para o desempenho dos comportamentos das crianças/jovens, tal como nos refere Bourdieu (1983) o *habitus* funciona como um sistema de disposições decorrente de experiências passadas, duráveis e transponíveis e que estimulam nos indivíduos as suas percepções e ações. Significa portanto que o *habitus* é um princípio criador e estruturante das representações e das práticas sociais.

Na cultura de um povo é muito valorizada a dimensão cultural do comportamento alimentar e como salienta Bourdieu (1996), na comida mesclam-se valores simbólicos antigos e modernos e padrões socioculturais das diversas instâncias do conhecimento. A comida representa o registo do modo de pensar a corporalidade no mundo, a manifestação da organização social, a chave representativa dos costumes, em qualquer que seja a sociedade (Freitas, 1996:2). A

alimentação reveste-se de significados múltiplos como necessidade e prazer e constitui identidades regionais, éticas e religiosas.

Para Bourdieu (1996) é impossível separar os valores e as representações que temos dos ideais científicos. A prática científica orienta-se para adquirir um tipo de capital e em torno deste desenvolvem-se disputas e consolidam-se hierarquias entre os peritos e as diversas instituições: prestígio e reconhecimento. Esta associação encontra-se presente uma vez que se valorizam as entidades periciais no seu discurso e na apresentação das suas lógicas do conhecimento no entanto, numa perspetiva leiga vive-se o dilema constante de confrontar ideologias, valores e as suas representações. Paralelamente à confrontação pessoal, existe a confrontação familiar.

As famílias apresentam características dinâmicas e formas de organização diferentes assim como necessidades capacidades e expectativas e, desta forma, o resultado das intervenções depende do envolvimento destas e da sua capacidade para atuar na melhoria da qualidade de vida dos seus filhos. Reconhecendo a importância do conhecimento pericial é essencial que se compreendam os determinantes de uma «alimentação saudável» de forma a transpor esses conhecimentos para as suas práticas diárias.

A família é responsável pela formação do comportamento alimentar da criança/jovem através da aprendizagem social onde os pais são os principais educadores (Aparício,2010:287). Se a criança conseguir adquirir uma correta aprendizagem /socialização alimentar irá iniciar a sua aquisição de preferências alimentares responsáveis pela determinação do seu padrão de consumo (Birch,1998). A criança aprende sobre a sensação de fome e saciedade e desenvolve a sua perceção de sabores.

Esta aprendizagem nem sempre é feita de estratégias adequadas, ela também é provida de estratégias inadequadas, as quais vão determinar a aquisição de competências da criança e o seu autocontrole na ingestão alimentar (Birch & Fisher,1997). No entanto sabe-se que adquirir e manter um novo comportamento requer mais esforço do que continuar com os velhos hábitos arraigados e associados a outros fatores de ordem social e cultural (Viana et al,2008:222).

A mudança de comportamentos deve reforçar a importância da mudança na prevenção dos riscos inerentes para a saúde. O medo da doença faz com que os pais procurem nas racionalidades periciais uma cooperação para a mudança de

comportamentos. Ser saudável é o principal objetivo a alcançar. Prevenir a doença é dar atenção à saúde no entendimento leigo (Silva, 2008). As famílias através dos seus conhecimentos sabem que as doenças associadas ao excesso de peso e obesidade provocam alterações na saúde, a curto mas essencialmente a longo prazo, então a opção é ser saudável.

Para os pais o saudável é o sentimento de bem-estar no sentido psicológico social e ambiental embora contenha um registo mais específico de contorno comportamental (Silva,2008). A cultura leiga do senso comum, percebe a saúde e a doença num sistema cultural, assente no conhecimento feito na experiência. A percepção leiga integra a saúde e a doença na vivência quotidiana (Silva & Alves, 2011).

A configuração que baseia a racionalidade do saudável assenta na representação social que associa natureza com saúde e o corpo é saudável à nascença e durante as primeiras épocas da vida, desgastando-se ao longo do ciclo de vida (Silva &Alves,2011). Nesta perspetiva, compreende-se a preocupação com a saúde e a manutenção saudável dos seus filhos. A família nuclear, além das unidades de pais e filhos está a adquirir também os avós, que são um elo nas relações intergeracionais e na construção identitária dos jovens.

A família é o centro formador da sociedade e da cultura. As famílias vivem relações de proximidade muito grande com os avós, onde as crianças experienciam relações de afinidade e afetividade Esta alternância e proximidade familiar (entre pais e avós) provocam na criança sentimentos ambíguos, em que com os pais terá que cumprir mas com os avós já lhe é permitido desrespeitar as regras.

Os avós sentem o dever de obrigação de prestar alimentos, este conceito é antigo e reflete o dever moral de prestar socorro sustento e assistência aos filhos e netos essencialmente. Se acriança lhe pede alimento o avô tem o direito e o dever de dar. Essa obrigação é um direito criado com fundamento num princípio de solidariedade familiar e que coloca de lado qualquer indagação ou pressuposto de haver afeto ou amizade (Queiroga,2009).

Os pais das crianças/jovens com excesso de peso encontram-se neste tipo de vivências familiares. Por um lado necessitam dos avós porque estes ajudam nas dinâmicas familiares, mas por outro não querem os seus netos sem alimentos independentemente da causa.

Aos pais resta mediar a situação e criar regras e leis que todos respeitem.

Os pais procuram cumprir as regras e as leis estabelecidas em prol da saúde dos seus filhos no entanto, os avós estabelecem uma relação com os netos onde estes podem agir como desejarem, muitas vezes desrespeitando os limites estabelecidos. É comum os avós apresentarem uma postura de permissão e sejam culpabilizados pelos pais das crianças/jovens pelos erros que cometem.

É importante que pais e avós cheguem a acordo sobre as “leis” que farão parte da rotina das crianças (Aratany,2011). Devem existir regras e leis e se as regras podem ser mudadas da casa dos pais para a casa dos avós ou vice-versa, as leis devem ser respeitadas sempre como forma de manutenção da saúde e prevenção de riscos.

Prevenir os riscos associados a esta problemática já existente torna-se uma prioridade. Os pais das crianças com excesso de peso ou obesas sentem a saúde dos seus filhos ameaçada por certas doenças eminentes ou em certos casos já presentes. O corpo jovem devia ser um corpo um corpo saudável, no entanto os riscos para a saúde dos seus filhos são uma ameaça que os assusta. Chamar a um acontecimento risco é reconhecer que este é importante para a nossa subjetividade e bem-estar. Houve fenómenos que foram selecionados noutras sociedades como o foco da ansiedade e do medo das pessoas, atualmente é o risco que ocupa esse lugar (Mendes, 2002). Também no discurso dos pais paira a ameaça do risco, risco de estar doente, risco de poder adoecer e assim a solução passa pela adoção por estilos de vida mais saudáveis que minimizem esses riscos, mesmo quando, por vezes a adoção desses novos estilos de vida é gerador de conflitos familiares. O risco sobre os estilos de vida é dominante e centra-se na responsabilidade dos sujeitos em evitarem os riscos de saúde e cuidarem dela como se esta fosse o seu maior bem (Mendes, 2002).

Os riscos e a prevenção da doença são frequentes nos discursos dos pais entrevistados porque se a ameaça da doença já existe os riscos que podem vir a ocorrer ainda podem ser evitados. Esta prevenção poderá ser eficaz se as famílias adquirirem competências. O envolvimento da família no processo de aquisição de competências, depende da própria família e das capacidades que desenvolvem para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, bem como no controlo do seu processo de mudança (Aparício,2010). A família deve proporcionar à criança/jovem condições para que esta opte por soluções capazes de responder às suas necessidades sem gerar conflitos.

O conflito que emerge nas crianças e nos jovens sobre a opção de uma alimentação «mais saudável», contra a sua própria vontade, por razões de saúde, nem sempre é fácil de gerir com os seus pais. São confrontadas com familiares que ignoram a sua condição física, psíquica e social, em prol do prazer alimentar, exibindo e proporcionando comportamentos alimentares excessivos e desregrados.

Estes familiares (essencialmente avós, tios) apresentam dificuldades em gerir a dimensão cultural e temporal, não conseguem articular o passado e o presente, não conseguiram acompanhar o percurso das transformações sociais, culturais e familiares, principalmente ao nível da mentalidade e do comportamento alimentar, pois nem sempre adoptam as atitudes e práticas mais adequadas (Leandro,2010). Os pais destas crianças vivem ainda a dificuldade de gestão entre irmãos, especialmente quando não partilham a mesma problemática. A gestão quotidiana familiar torna-se numa ambiguidade de valores, por um lado a existência de filhos com restrições alimentações e do outro lado, filhos que não necessitam de uma vigilância constante na sua alimentação.

As crianças/jovens vivem num conflito em que têm de alterar o seu comportamento individual, o qual decorreu da implementação de hábitos familiares, de valores transmitidos, de referências estéticas que foram adquirindo na sua socialização e ao mesmo tempo conviver diariamente com a família que não participa nesta mudança. Vivem ainda o conflito familiar com irmãos especialmente se estes não partilham da sua experiência

Nesta mudança da sociedade as opções individuais destes pais, integram-se num fluxo processual permanente em que o ator não “é” mas “faz-se” onde avalia o racional o emocional e perante os riscos para a saúde e os riscos potenciais para as outras dimensões da sua existência (Silva,2002).

A mudança terá que ocorrer também com o grupo de amigos, porque além da influência familiar a interação com o grupo de pares é determinante para a criança/jovem se sentir aceite pelo seu grupo e esses comportamentos devem ser adotados pelos diversos membros do grupo. Se tal não ocorrer a criança/jovem poderá sentir-se excluído do grupo e é nestas situações pode ocorrer a prática de *bullying*.

Esta prática tem sido um tema de destaque na atualidade. As agressões observadas no *bullying* também podem ser chamadas de agressões entre iguais, o que neste caso os envolvidos seriam os colegas. No entanto esta prática pode

ocorrer também entre professores e alunos ou entre alunos e auxiliares educativos, apresentando aqui um denominador comum, a criança/jovem com excesso de peso ou obesa. As consequências destas agressões ligadas à problemática alimentar por vezes existente provocam transtornos psicológicos e físicos na criança/jovem.

Subjacente a esta problemática alimentar existe um novo paradigma corporal do corpo esbelto. A satisfação da criança ou do jovem com o seu corpo reflete-se na sua relação com os outros e na sua alimentação diariamente (Viana et al, 2008:216).

Este é um dos problemas que atingem algumas destas crianças/jovens e que pode levar à sua separação do grupo de pares. Desta forma o padrão estético corporal impõe dieta ligeira, magra, isenta de gordura, “*light*”, resume-se numa dieta inteligente para indivíduos inteligentes e bem-sucedidos (Serra,2001).

Vivemos no século de novas condutas alimentares e representações do corpo, a reestruturação do padrão de beleza responde a uma exigência estética “lipofóbica”, numa sociedade obcecada pela magreza e que rejeita de forma quase maníaca a obesidade (Fischler,1995).

BIBLIOGRAFIA

Allen RP, Picchietti D, Hening WA, Trenkwalder C, Walters AS, Montplaisir J, et al. (2003) Restless legs syndrome: Diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. *National Institutes of Health. Sleep Medicine*. 2003;4(2):101-119

Almeida, A. N. (2000). A sociologia e a descoberta da infância: contextos e saberes. in *Fórum Sociológico*, 3/4, pp. 11-32.

Almeida, A. N. (2009). *Para Uma Sociologia da Infância: Jogos de Olhares, Pistas para a Investigação*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

Almeida, I. (2010). Obesidade e Estilos de vida em Crianças e adolescentes. Dissertação de Mestrado em Ensino de Educação Física nos Ensinos Básico e Secundário, Universidade de Traz os montes e Alto Douro.

Anastácio, Z. & Carvalho, G. (2006). *Saúde na Adolescência: satisfação com a imagem corporal e a auto-estima*. Lidel – Edições Técnicas, 423-8: 49-61

Aparício, G. (2010). Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância. *Revista do IPV*, Viseu 38: 283-298

Aratangy, L.R. & Posternak, L. (2011). *Livro dos avós: na casa dos avós é sempre domingo?* Edu: primavera editorial

Araújo, M., Lemos, A. C. S. & Chaves, E. S. (2006) Creche comunitária: um cenário para a detecção da obesidade infantil. *Ciência Cuidados Saúde*. 5 (1):24-31

Arnaiz, M. (2005). Em direcção a uma Nova Ordem Alimentar, in *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Aschidamini, I. & Saupe, R. (2004). Grupo Focal: Estratégia Metodológica Qualitativa: um ensaio teórico/Focus Group-qualitative methodology strategy: a theoretical essay. *Cogitare enferm* Curitiba 9 (1):183-188

Akdag, R. & Danzon, M. (2006). WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity, Diet and physical activity for health. In: WHO ROfE, editor. European Charter on counteracting obesity; Istanbul, Turkey. *Obesity Surgery*, fev 200717(2): 145-144

Areosa, J. (2008). O risco no Âmbito da Teoria Social, VI Congresso Português de Sociologia, junho. Lisboa.

Araújo, M., Santana, A. & Ribeiro, E. (2009). Fatores que afetam o processo ensino no curso de ciências contábeis: um estudo baseados na percepção dos professores. In: *ANPCONT*. São Paulo.

Azevedo, E. (2008). Reflexões Sobre Riscos e o Papel da Ciência na Construção do Conceito de Alimentação Saudável. *Revista de Nutrição*, 21(6) Campinas.

Bardin, L. (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: edições 7

Basch, C. (1987). Focus group interview: na underutilized reserch techniqe for improving theory and practice in health education. *Health Educ Q*, 14(4): 411-48.

Baudrillard, J. (1995). *A sociedade de Consumo*. Rio de Janeiro: Elfos Editora/Lisboa, Edições 70.

Beal, A., Ausiello, J. & Perrin, J. (2001). Social Influences on Health- Risk Behaviors Among Minority Middle School Studensts. *Journal of Adolescent Health*, 28: 474-480.

Beck, U., Giddens, A. & Lash, S. (1997). *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista.

Bell, Judith (1997). *Como realizar um projecto de investigação*: Gradiva

Bernardi,J.L.D., Jordão, R.E., Filho, A.A.B. (2009). Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento. *Rev Panam Salud Publica*, 26 (5): 405-411

Birch, L. (1980). Effets of Peer Models Food Choices And Eating Behaviors on Preschoolers Food Preferences. *Child Dev*, 51: 489-96.

Birch, L. & Fisher J. (1997). The role of experience in the development of children´s eating behaviour. In: Capaldi ED, editor. *Why we eat what we eat. The psychology of eating*. Washington: APA, 113-41.

Birch L. (1998). Development of Eating Behaviors Among Children and Adolescents. *Pediatrics*, 10(1º Supl):539-549.

Birch L. (1999). Development of food preferences. *Annu Rev Nutr* 19:41-62

Bordenave, J.; Pereira. A.M. (1991) *Estratégias de Ensino-Aprendizagem*. 12 Petrópolis: Vozes

Bourdieu, P. (1983). *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero.

Bourdieu, P. (1996) Razões práticas: sobre a teoria da acção. Campinas: Porto Alegre

Bourdieu, P. (2007). *A Distinção: Crítica social do Julgamento*. Porto Alegre: Zouk

Bourdieu, P. (2008). *Razões Práticas: Sobre a Teoria da Acção*. Campinas-SP: Papyrus Editora.

Braga, V. (2004). Cultura alimentar: Contribuições da antropologia da alimentação. *Saúde em revista*, Piracicaba, 6 (13):37-44.

Brink, P. (1995) Fertility and Fat: The Annang fattening room. Social aspects of obesity, edited by I. de Garine and Nancy J. Pollock, Routledge P. 71-85

Burroughs, M. & Terry, R. (1992). Perspectives toward their children's eating behaviour. *Top Clin Nut*, 8:45-52.

Campos, H. R. & Jorge S. D. C. (2010). Violência na escola: uma reflexão sobre o bullying e a prática educativa, *Em Aberto Brasília*. 23 (83): 107-128.

Cappelle, M., Melo, M. & Brito, M. (2005). Relações de poder segundo Bourdieu e Foucault: uma proposta de articulação teórica para a análise das organizações. *Organizações Rurais & Agroindustriais*, Lavras, 7(3):356-369.

Cardoso, H.V.F., Padez, C. (2008). Mudanças na altura, peso, IMC e na prevalência de obesidade entre 9 a 11 anos de idade, estudantes portugueses ricos, entre 1960 e 2000. *Annals of Human Biology*, 35:624-638

Carlini-Cotrim, B. (1996). Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigação sobre o abuso de substâncias. *Rev Saúde Pública*, 30(3): 285-93.

Carmo, H. (2001). A actualidade do desenvolvimento comunitário como estratégia de intervenção social. In actas da 1ª conferência sobre desenvolvimento comunitário e saúde mental, ISPA.

Carmo, I (2005). *222 Perguntas e Respostas para Emagrecer e Manter o Peso de uma Forma Equilibrada*. Lisboa: Dom Quixote.

Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., et al (2008). Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obesity Reviews*, 9(1):11-19

Carneiro, H.S. (2005). Comida e sociedade: significados sociais na história da alimentação. *História: Questões & Debates*. Curitiba: UFPR:71-80

Carson, D. Gilmore, A. Perry, C. & Gronhaug, K. (2001). *Qualitative Marketin Research*, Sage Publications, CA.

Carvalho, M. et al (2006). Overweight and obesity related to activities in Portuguese children, 7-9 years. *Eur J Public Health*. 17(1): 42-6

Carvalho, B. & Simões G. (2006). *Actividade Física, Saúde e Lazer. A Infância e Estilos de Vida Saudáveis*. Lisboa: Lidel-Edições técnicas:49-61

Carvalho, A., Carmo I., Breda, J. Rito, A.I. (2011) Análise comparativa de métodos de abordagem da obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 29(2):148-156

Carvalhosa, S., Domingos, A. & Sequeira, C. (2010). Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária - GerAcções. *Análise Psicológica*, 3 (XXVIII): 479-490.

Carreira, M. (2012). Tem crescido e aparecido... Breve incursão pela emergência da sociologia da infância em Portugal. Lisboa. *CIES-IUL*

<http://hdl.handle.net/10071/3657>

Castro, L. (2004). É fácil evitar que ele engorde. *Veja*, São Paulo. 37(24): 106.

Coelho, A. (2007). Repensar o campo da educação de infância. *Revista Iberoamericana de Education*. 44(3):1-10

Corsaro, W. (1997). *The Sociology of Childhood*. California: Pine Forge Press.

Cowart, B. (1981) Development of taste perception in humans: sensitivity and preference throughout the life span. *Psychol bull*, 90:43-73.

Crespo, J. (1990). *A História do Corpo*, Coleção Memória e Sociedade. Lisboa: Difel.

Cole, M. & Cole, S. (2004). *O desenvolvimento da criança e do adolescente*. São Paulo, Brasil: Artmed.

Dall'agnol, C.M., Trench, M.H. (1999). Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Porto Alegre 20 (1): 5-25

Delgado, A. & Muller, F. (2006). Infâncias, Tempos e Espaços: um diálogo com Manuel Jacinto Sarmiento. *Currículo sem fronteiras*, 6(1):15-24.

Falcão, M.C. (1979). *Uma nova visão teórica do serviço social*. São Paulo: Cortês e Morais

Faleiros, V.P. (1995). A questão da metodologia em Serviço Social: Reproduzir-se e representar-se. *Caderno ABESS*. São Paulo: Cortez

Faleiros, V. (1994). A intervenção terapêutica do assistente social em clínica privada de Porto Alegre. Dissertação Mestrado em Metodologia do Serviço Social-PUCRS, Porto Alegre.

Felippe, F. (2003). O peso social da obesidade. *Revista Virtual textos & Contextos*, 12 (12):1-12

Ferreira, V. & Magalhães, R. (2005). Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(6):1792-1800.

Ferreira R. & Marques-Vidal P. (2008). Prevalence and determinants of obesity in children in public schools of Sintra, Portugal. *Obesity* (Silver Spring). 16(2):497-500.

Fisher, O., Rolls, L., & Birch L. (2003). Children's bite size and intake of an entrée are greater with large portions than with age-appropriate or self-selected portions. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 77(5):1164-70.

Flandrin, J. & Montanari, M. (2001). *História da alimentação II*. Lisboa: Terramar.

Fischler, C. (1995). *Políticas do corpo: Elementos para uma história das práticas corporais; Obeso benigno, obeso maligno*. São Paulo: Estação liberdade.

Fischler, C. & Masson, E. (2008). *Manger: Français, Européens et Américains face à l'alimentation*. Odili Jacobb. ISBN:978-2-7381-2088-5

Fisher, J. & Birch L. (1996). Restrição maternal de acesso aos alimentos das raparigas está relacionada com a ingestão desses alimentos em ambientes sem restrições. *Faseeb Journal*10:A225

Feijó, R. & Oliveira E. (2001). Comportamento de risco na adolescência. *J. Pediatr.*, 77 (2):125-134.

Ferreira, V. & Magalhães, R. (2005). Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21 (6):1792-1800.

Fernandes, M.M. (2008). Obesidade e hábitos alimentares: questão cultural em um processo de globalização. *Revista Digital-Buenos Aires* 13 (127): 1

Fonseca, A. Souza, T. Frozi, D. Perreira, R. (2011) Modernidade Alimentar e consumo de alimentos: contribuições sócio-antropológicas para a pesquisa em nutrição. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 16 (9):3853-3862.

Freitas, M. C. S. (1996). Educação Nutricional: aspectos socioculturais – Anais do XIV Congresso Brasileiro de Nutrição. Conbran, Belo Horizonte:1-4

Gard, M. & Wright J. (2005). *The Obesity Epidemic Science, morality and ideology*. New York: Routledge.

Gard, M. (2007). É a guerra contra a obesidade também uma guerra sobre as crianças? Charles Sturt University. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 32 (6): 1210-1211.

Gard, M. (2011). A verdade, a crença e as políticas culturais de bolsa de estudos da obesidade e política de saúde pública", *Saúde Pública Crítica* , 21(1):37-48.

Gatti, B. (2005). *Grupo Focal na pesquisa em Ciências Sociais e humanas*. Brasília: Liber Livro Editora.

Gibbs, W.W, Soares, C. (2005). Obesidade: uma epidemia superdimensionada? *Scientific American Brasil*. 7:64

Giddens A. (2009). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Giddens A. (2010). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gil, A. (2007). *Como elaborar projectos de pesquisa*. 4ªed. S. Paulo: Atlas
- Gil, A. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª ed. S. Paulo: Atlas
- Gilbert, M. (1991). The antropologist as alcoholologist: qualitatitive perspectives and methods in alcohol research. *Int J Addict*, 25(2a): 127-48.
- Gillespie, A. & Acterberg, C. (1989). Comparison of family interaction patterns related to food and nutricion. *J. Am Diet Assoc*, 89:509-12
- Glik, D. & Grdon, A. (1988). A focus group methods forformativa research in child survival. An ivorianexample. *Int Q Comm Health Educ*, 8(4): 297-315.
- Gomes, V. & Mendes, F. (2009). Representações de adolescentes luso-brasileiros acerca do conceito de 'risco': subsídios para a atuação de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 11(3):678-84.
- Goldenberg, M. (2011).Cultura e Gastro-anomia: Psicopatologia da alimentação cotidiana. Entrevista com Claude Fischler. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre:17(36):235-256
- Gonçalves, A. & Gorayeb, R. (2005). Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. São Paulo: *Estudos de psicologia*, 10(1): 35-39.
- Goodwin, C. James.(2009) *Research In Psychology:Methods and Design*. 6 Publisher, John Wiley & Sons
- Grigorowitschs, T. (2008). Entre a sociologia clássica e a sociologia da infância: Reflexões sobre o conceito de socialização. VI Congresso Português de Sociologia
- Grigorowitschs, T. (2008). O conceito socialização caiu em desuso? Uma análise dos processos de socialização na infância com bases em Georg Simmel e Georg H. Mead. *Revista Educação e Sociedade*, 29(102):33-54
- Guibentif, P. (1991). Tentativa para uma abordagem sociológica do corpo. *Sociologia, Problemas e Práticas*.9:77-87
- Grugier, M. (2003). L'Utopie Cyborg- Reinvention de l'humain dans un futur sur-technologique, in *Modifications Corporelles*. Montpellier: Quasimodo: 223-36.
- Guedes, G.V.F. & Silva, J. S. (2012). O Fenómeno Bullying e a sua interferência na vida escolar do aluno. Atas do VI Colóquio Internacional "Educação e Contemporaneidade". S.Cristovão Brasil.
- Harnack, Stang & Historia(1999). Soft drink consumption among US children and adolescents: nutritional consequences. *J Am Diet Assoc*, Apr, 99 (4):436-41.

Hardy, L., Harrel, J. & Bell R. (2004). Overweight in children: definitions, measurements, confounding factors and health consequences. *Journal of Pediatric Nursing*,19:376-384.

Hay, W., Hayward, A. & Levin, J. (2003). Sondheimer JM. *Current Pediatric Diagnosis and Treatment*. Miamisburg: Mc Graw Colina

Hay, W., Levin, M. Sondheimer J. Deterding, R. (2004). *Current Pediatric Diagnosis and Treatment*. Mc Graw Hill;

Hellman, C. (2000). *Culture, health and illness*. Oxford: Butterworth Heinemann

Hendrick, H. (2005). *Child welfare and Social Policy: An Essential Reader*. London: British Library.

Hurrelmann, K & Ulich. (1991). *Neues Handbuch der Sozialisationsforschung*. Weinheim und Basel: Beltz

Hurrelmann, K. (1995). Promoting health in schools: The German example. *Health promotion International*. 10: 121-131

Ibanez, L. (2007). El Problema de la Obesidade n América Latina. *Rev. Chilena de Cirurgia*. 59(6):399-400

Illich, I. (1975) *Nemésis medicale: Léxpropriation de la santé*. Paris: Seuil

Jeveau, C. (1998). *Lições de Sociologia*. Oeiras: Celta Editora,

Krueger, R. (1988). *Focus Group: a practical guide for applied research*, Newbury Park: Sage Publications.

Kaplan J.P., Liverman C. T. & V. I. Kraak. (2004) *Preventing Childhood Obesity: Health in the Balance*. Washington: National Academies Press

Kuk, J. (2007). Associations between abdominal adiposity, exercise, morbidity, and mortality. *Applied Physiology Nutrition and Metabolism*. 32(6):1210-1211.

Kuk J.L., Ardern C.I., Church T.S., Sharma AM, Padwal R, Sui X & Blair S.N. (2011) Edmonton Obesity Staging System: Association with Weight History and Mortality Risk. *APNM* 36(4):570-6

Kuk, J. et al. (2012). Underestimating a serving size may lead to increased food consumption when using Canada's food guide. *Appl. Physiol. Nutr. Metab.* 37: 923-930

Leandro, M.E., Leandro, A.S.S., Henriques, V.B. (2010) Alimentação Familiar – Os fabulosos odores, (dis)sabores e saúde. *Sociologia, problemas e práticas*. 62:57-80

Lervolino, S. & Pelicioni, M. (2001). A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev. Esc. Enf. USF*, 35(2):115-121

- Lessad-Hébert, M. Goytte, G., Boutin, G. (1994). *Investigação Qualitativa : Fundamentos e práticas*. Lisboa : Instituto Piaget
- Lindsay, R., Hanson, R., Roumain, J., Ravussin, E., Knowler. W. & Tataranni P. (2001). Body mass index as a measure of adiposity in children and adolescents: relationship to adiposity by dual energy x-ray absorptiometry and to cardiovascular risk factors. *J Clin Endocrinol Metab.*, 86(9):4061-4070.
- Lupton, D. (1999). *Risk*. New York: Routledge.
- Marques, R. (2009). Contribuições teóricas da obra de Pierre Bourdieu à Educação Nutricional capítulo 10 in: *Qualidade de vida e Cultura alimentar*. 1ª ed. Editorial IPRS. Campinas
- Maciel, M. (2005). Identidade cultural e alimentação. In: Canesqui, A., Garcia, R., Diez W. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz.
- Mahan, L.K. , Escott-Stump, S. K.. (1998) *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. São Paulo:Roca
- Masetto, J. (2003). *Competência pedagógica do professor universitário*. São Paulo: Summus
- Mendes, F. (2002). Risco um conceito do passado que colonizou o presente. *Promoção da Saúde*, 20(2): 53-62
- Mascarenhas, M. (2007). A cultura Alimentar nos Grupos Domésticos: Cascais 1960-2005. Tese de Doutoramento em Sociologia, Ramo de Sociologia. Braga. Instituto de Ciências Sociais/Universidade do Minho.
- Mckinlay, J. (1992). Health promotion through healthy public policy: the contribution of complementary research methods. *Can J Public Health*, 83(supl.1):11-9.
- Middelton-moz,j. Zawadski, M. L. (2007). *Bullying: estratégias de sobrevivência para crianças e adultos*. Porto Alegre: Artmed.
- Miranda,A.C., Araujo, J., Lopes,C., Ramos, E., Alarcão, V., Santos, O. & Galvão-Teles (2009). Prevalência de obesidade infanto-juvenil e escolaridade parental – resultados do EPOBIA. ” *Actas do 14º Congresso Português de Obesidade*”.
- Merton, R., Fisk, M. & Kendall, P. (1956). *The focused interview; a manual of problems and procedures*. Glencoe: Il Free Press.
- Mollo-Bouvier, 2005 .Transformação dos modos de socialização das crianças: uma abordagem sociológica. *Educação e Sociedade*. Campinas. 26(91): 391-403
- Moraes, A. F. (2008). Informação estratégica para as ações de intervenção social na saúde. *Ciência e saúde colectiva*. 13(2): 2041-2048
- Moreira, M., Caballero, M. & Rodríguez, M. (1997). *Actas del Encuentro Internacional sobre el Aprendizaje Significativo*. Burgos, España : 19-44.

Morgan, L. (1988). Focus group as qualitative research. Sage university paper series in: *Qualitative research methods*. Newbury Park: Sage Publications.

Moss, P. (2001). Beyond early childhood education and care. Comunicação apresentada na Starting Strong: Early Childhood Education and care international conference, Stockholm,

Mota, R. (2009). Sociologia de risco: globalizando a modernidade reflexiva. *Sociologias*, 11 (22) Jul/ Dez: 384-96.

Neto, C., & Piéron, M. (1993). Apprentissage et comportement d'enfants dans des situations visant l'aquisition d'habilités motrices fondamentales. *Revue de L'Education Physique* (1): 27-36

Neto, C. (1997). *Jogo e Desenvolvimento da Criança*. Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana.

Nobre, M.R.C., Domingues, R.Z.D.L., Silva, A.R.D., Colugnati, F.A.B., & Taddei, J.A. D.A.C. (2006). Prevalências de sobrepeso, obesidade e hábitos de vida associados ao risco cardiovascular em alunos do ensino fundamental. *Revista Assoc Med Bras.* (52):118-124

Nogueira-Martins, M. & Bogus, C. (2004). Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, 13 (3): 44-57.

Novak, J. D. & Gowin, D. B. (2002) *Learning How to Learn*. Cambridge, United Kingdom

O'Connor, T., Yang, S. & Nicklas, T. (2006). Beverage intake among preschool children and its effect on weight status. *Pediatrics*. Oct, 118(4):1010-8.

Oliveira, A. M. et al (2003) Sobrepeso e Obesidade Infantil: Influência de fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana. *Endocrinologia Metabólicas*. 47(2)

Oliveira, M. (2009). O olhar da criança sobre a obesidade infantil, Universidade do Minho <http://hdl.handle.net/1822/10698>

Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P. & Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old Portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002. *Am J Hum Biol.*, 16(6):670-8.

Padez, C., Mourão, I., Moreira, P. & Rosado, V. (2005). Prevalência e fatores de risco para sobrepeso e obesidade em crianças portuguesas. *Ata Pediátrica*. 94:1550-1557

Parvez, H. et al. (2007). Obesity and Diabetes in the Developing World-A Growing Challenge *N Engl J Med*, 356: 213-215.

Paulino, A. (2007). A influência social nas escolhas alimentares saudáveis em adolescentes e jovens adultos: formação de impressões, identificação e norma de grupo. Lisboa:82. Tese de mestrado. <http://hdl.handle.net/10071/1384>

Pedrosa, C. (2010). Obesidade e Síndrome Metabólica em crianças Pré-Púberes dos 7 aos 9 anos de Idade. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/62550>

Peratello, H. (2011). *O corpo, o comer e a comida, um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo. História: Questões & Debates*. Curitiba: Editora UFPR, 54:287-90.

Piedade, M. (2009). Enfermagem de Saúde comunitária: a intervenção em diferentes contextos: CSP e Hospitais <http://hdl.handle.net/10400.14/8336>

Pinto, I. (2012). Superproteção pode favorecer obesidade nas crianças. Faculdade de Medicina do Porto <http://sigarra.up.pt/fmup/pt>

Pope, C. & Mays, N. (2009). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Queiroga, AE. (2009). *Curso de direito civil: direito de família*. Rio de Janeiro: Renovar.

Qvortrup J. (2010). Childhood as a structural form. *Educ. Pesqui.*, 36(2). <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022010000200014>

Ramirez, A. & Shepperd, J. (1988). The use of focus group in health reserch. *Scand. J Primary Healthy Care*, suppl.1: 81-9.

Richardson, R. J. (2008). *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. 6ªed S. Paulo: Atlas

Rew, L. et al. (2003). Youth Resilience Frmework for Reducing Health-Risk Behaviors in Adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 18 (6): 379-388.

Rito, A. et al (2010). Childhood Obesity Surveillance Initiative, COSI Portugal. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge- *Boletim epidemiológico*. Lisboa: Edição: INSA: 6

Roche, J. (1999). Children, Rights, Participation and Citizenship. *Childhood*: (6):475-493

Rocher, G. (1971) *Sociologia Geral*. <http://hdl.handle.net/1822.1/77>

Rodrigues, L. (1998). Obesidade Infantil: Associação do grau de adiposidade com fatores de risco para doenças cardiovasculares. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro. 193

Rutten, A. et al. (2009). Assets for policy making in health promotion: Overcoming political barriers inhibiting women in difficult life situations to acess sport facilities. *Social Science & Medicine*, 30: 1-7.

Santos, B. (2001). *Os processos de globalização, Globalização, Fatalidade ou utopia?*. Porto: Edições Afrontamento:33-106.

Santos, E. (2004). *Creche e Pré-escola: Uma abordagem de saúde*. São Paulo: Artes Médicas.

Santos, L. (2008). *O corpo, o comer e a comida, um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo*. Salvador: EDUFBA.

Saraceno, C. & Naldini, M. (2003). *Sociologia da Família*. Lisboa: Estampa.

Saramago, S. (2000). Contributos para uma sociologia da infância: aspectos conceptuais e metodológicos” in *Actas do IV Congresso Português de Sociologia*.

Schaefer, F., Georgi, M., Wuhl, E. & Schaerer, K. (1998). Body mass index and percentage fat mass in healthy German schoolchildren and adolescents. *Int J Obes Relat Metab Disord.*, 22:461-69.

Scrimshaw, S. & Hurtado, E. (1987). Rapid assessment procedures for nutrition and primary health care. *Latin Am Center Publ*, 11:15-9.

Segalen, M. (1996). *Sociologia da família*. Terramar. ISBN:972-710-234-4

Serra, G. M. A. (2001) Saúde e nutrição na adolescência: o discurso sobre dietas na Revista Capricho.
Dissertação de mestrado Escola Nacional de Saúde Publica.

Serrano, J. (2003). Mudanças Sociais e Estilos de vida no desenvolvimento da criança. Estudo do nível de independência de mobilidade e da atividade física nas rotinas de vida quotidiana em crianças de 8, 10 e 12 anos de idade no meio urbano. Tese de Doutoramento em Motricidade Humana na especialidade de Ciências da Motricidade. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana

Silva, C (1997). O trabalho na saúde na encruzilhada dos modelos identitários e culturais dos profissionais – o caso particular dos centros de saúde do distrito de Beja. *Organizações e trabalho*. Lisboa 16: 119-44

Silva, Y., Costa, R. & Ribeiro, R. (2008). Obesidade infantil: uma revisão bibliográfica. *Saúde & Ambiente*, 3(1): 1-15

Silva-sanigorski, A. et al (2010). Reducing obesity in early childhood: results from Romp & Chomp, in Australian community-wide intervention program 1,2,3. *Am J Clin Nutr*, 91(4): 831-840. <http://ajcn.nutrition.org/content/91/4/831.full>

Silva, J. et al. (2010). Alimentação e cultura como campo científico no Brasil. *Physis Revista de Saúde Colectiva*, 20 (2):413-42.

Silva, L. (2002) *Promoção da Saúde*, Lisboa. Universidade Aberta

Silva, L. (2008). *Saber Prático de Saúde, as lógicas do quotidiano*. Porto: Ed Afrontamento.

Silva, L., Ferreira, D. & Alves, F. (2011). Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença. *Physis Revista de Saúde Colectiva*, 21(4): 1207-1229.

Silverman D. (2009). *Interpretação de dados qualitativos, métodos para análise de entrevistas, textos e interações*. Porto Alegre: Artmed.

Siqueira, R.S., Monteiro, C.A. (2007). Amamentação na infância e obesidade na idade escolar em famílias de alto nível socioeconómico. *Revista Saúde Pública*. 41(1):1-7

Sirota, R. (2001). Emergência de uma sociologia da infância, evolução do objecto e do olhar. *Cadernos de Pesquisa*, 112:7-31

Sousa, A. & Filho, M. (2008). A importância da parceria entre família e escola no desenvolvimento educacional. *Revista Iberoamericana de Educacion*, 44 (7):1-8

Sousa, C. A. M. (2010). *O papel da mudança comportamental no tratamento da Obesidade*.

Monografia apresentada na Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Souza, D. et al. (2007). Obesity etiology in children and teenagers. *Revista Brasileira Nutrição Clinica*, 22(1): 72-6.

Spada, P. (2005). *Obesidade Infantil: aspectos emocionais e vínculo mãe/filho*. Rio de Janeiro: Revinter.

Stenzel, L. (2002). *Obesidade: o peso da exclusão*. 2ª ed. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Sullerot, Evelyne. 1997. *A família. Da crise à necessidade. Epistemologia e sociedade*. Lisboa: Instituto Piaget.

Sullivan, S. & Birch L. (1994). Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics*, 93:271-27.

Thompson, M., Elias, R. & Wildavsky, A (1990). *Cultural Theory*. Boulder. CO:: Westview Press

Teti, V. (1995) *Social aspects of obesity: Food and Fatness in Calabria*. Routledge

Tomás, C. (2008). *A investigação sociológica com crianças: caminhos, fronteiras e travessias*. In Pesquisa-intervenção na infância e juventude. Rio de Janeiro Ed:Nau, 387-408

Tomás, C. (2007). *Paradigmas, imagens e concepções da infância em sociedades mediatizadas*. *Média & Jornalismo*. 11(11). 119-134.

Trickett, E. (2009). Multilevel community-based culturally situated interventions and community impact: An ecological perspective. *American journal of Community Psychology*, 43: 257-266.

- VALA, Jorge. (1986). *A Análise de Conteúdo: Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Afrontamento.
- Vasconcellos, M. & Pierre, B. (2002). A herança sociológica. *Educação e sociedade*, Campinas:78:77-87
- Viana, V., Santos, P.L., Guimarães, M. J. (2008). Comportamento e Hábitos Alimentares em Crianças e Jovens: uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (2): 209-231
- Vicente, M. J.; Silva, C. (2007). Hábitos dos jovens e a Saúde: Estudo de caso no concelho de Ponte de Sôr, *Actas das VIII Jornadas do Departamento de Sociologia*. Évora: Univ. Évora, Dep. Sociologia- CISA-AS, 397-412.
- Vilarinho, E. (2004). As crianças e os (Des)Caminhos e Desafios das Políticas Educativas para a Infância em Portugal. In Crianças e Miúdos. *Perspetivas sociopedagógicas da infância e educação*. Porto: Edições Asa.
- VIUNINSKI, Nataniel (2003). Epideiologia da Obesidade e Síndrome Plurimetabólica na Infância e Adolescência. *Obesidade*. Rio de Janeiro. 7: 16-30.
- Warburton, D. et al (2007). Evidence-informed physical activity guidelines for Canadian adults. *Appl. Physiol. Metab.* 32 (Suppl. 2E):
- Wardle, J.,Bellisle, F., Reschke, K., Steptoe, A., Davou, B., Lappalainen, R.,. (1997). Healthy dietary practices among European students. *Health Psychology*. 16: 443-450
- WHALEY, Lucille F., WONG, Donna L. (2006). *Enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro:Guanabara
- Whitaker, R., Wright, J., Pepe, M., Seidel, K. & Dietz, W. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med*, 337:869-73.
- Westphal, F. (1997). *Grupo focal - uma técnica de pesquisa qualitativa: exemplo de sua utilização em saúde pública*. São Paulo: Mimeografado.
- Westphal, M., Bogus, C. & Faria, M. (1996). Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam*, 120(6).
- Word, H. O. Obesity: (2000) Obesidade: Prevenção e Gerenciamento da Epidemia Global Geneva: W.H.O. Technical Report :Series 894
- Yach, D. (1992).The use and value of qualitative methods in health reserch in developing countries. *Social Sci Med*, 35(4): 603-12.
- Yin et al. (2005). An After-School Physical Activity Program for Obesity Prevention In Children. *Evaluation & the Health Professions*, 28(1): 67-89

Yngve, A., Bourdeaudhuij, I., Wolf, A., Grijibovski, A., Brug, j., Due P., et al (2008). Differences in prevalence of overweight and stunting in 11-year olds across Europe: The Pro Children Study. *Eur J Public Health.*, 18(2):126-30.

Young, E. & Nestle, M. (2002). The contribution of expanding portion sizes to the US obesity epidemic. *Am J Public Health*, 92(2):246-9.

Apêndices

Apêndice I

Questionário para acompanhantes de criança/jovens

QUESTIONÁRIO PARA ACOMPANHANTES DE CRIANÇA/JOVENS

Responda por extenso nos locais assinalados com linha e assinale com um X ou um O, a (s) sua (s) resposta (s) nos números ou nos traços que correspondem à sua resposta:

1. Questionário respondido por:

Pai Mãe

2- Há quanto tempo frequenta a consulta de obesidade infantil? _____

3 - Durante o último ano teve dificuldade em manter a alimentação prescrita?

muita dificuldade alguma dificuldade ocasionalmente nenhuma dificuldade

4. Idade da criança/jovem _____ Género: Masculino Feminino

5. Altura _____ Peso _____ IMC _____

Assinale o Índice de massa corporal da criança/jovem (pode solicitar ajuda da enfermeira)

	IMC (kg/m ²)
1	< 18,5
2	18,5 – 24,9
3	≥ 25,0
4	25,0 – 29,9
5	30,0 – 34,9
6	35,0 – 39,9
7	≥ 40,0

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

6- Referente ao pai:

Não sabe ler 1º ciclo 2º Ciclo 3º ciclo 10º/11º an 12º ano Licenciatura Mestrado/
Nem escrever (4ºano) (5º, 6º ano) (até ao 9º ano) Doutoramento)

7- Referente à mãe:

Não sabe ler 1º ciclo 2º Ciclo 3º ciclo 10º/11º an 12º ano Licenciatura Mestrado/
Nem escrever (4ºano) (5º, 6º ano) (até ao 9º ano) Doutoramento)

Práticas Alimentares da Família

8- Quem define e orienta a alimentação da criança/jovem agora? (assinale com uma cruz)

Pais Avó Pediatra/Médico Nutricionista Enfermeiro Outro familiar

9- Ao almoço, normalmente a criança/jovem almoça onde e com quem?

_____ | _____ | _____ | _____
 Escola Pais Avós Amigos

10- Ao jantar, normalmente a criança/jovem janta com quem?

_____ | _____ | _____ | _____
 Escola Pais Avós Amigos

Integração escolar

11- Na seguinte escala manifeste o seu nível de satisfação relativamente à criança/jovem na escola.

		Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	Educação que a criança/jovem tem na escola			
2	Acompanhamento/Apoio na escola			
3	Grau de progresso da criança/jovem			
4	Alimentação que é dada na escola			
5	Ementa de almoços			
6	Ementa de lanches			
7	Número de refeições			

ESTILOS DE VIDA DA CRIANÇA/JOVEM

12- Quanto tempo em média passa por dia a criança/jovem a ver televisão? _____

13- A sua criança/jovem joga, computador, Playstation, ou outros jogos interactivos?

Sim Não Se respondeu sim quanto tempo por dia? _____

14- Qual o meio de transporte que a criança/jovem usa para se deslocar para a escola? _____

Assinale na escala o tempo que demora no percurso

_____ | _____ | _____
 Menos de entre 15 / 30 mais de 30
 15 minutos minutos minutos

15- Para além da escola, o seu filho (a) participa em algum desporto ou atividade física (natação, ginástica, ballet, futebol, voleibol...)

Sim Não Se respondeu sim refira o tempo que dedica por dia.

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado	Domingo
Quanto Tempo por dia							

DIFICULDADES FACE ÀS PRÁTICAS ALIMENTARES DA CRIANÇA/JOVEM

16-Durante o último ano teve dificuldade em manter a alimentação prescrita?

|-----|-----|-----|-----|
 muita alguma ocasionalmente nenhuma
 dificuldade dificuldade

17- Nas refeições que a criança/jovem faz em casa:

		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
1	Come a mesma comida que a restante família					
2	Come uma comida diferente					

18- Responda conforme **o seu grau de preocupação** em relação ao comportamento alimentar da criança/jovem, nas refeições feitas em casa, durante o último ano:

		Preocupo-me muito	Preocupo-me um pouco	Não me preocupou	Não aconteceu
1	A criança/jovem não come a quantidade suficiente de alimentos				
2	Esconde a comida, que devia ter comido				
3	Faz birra e não aceita qualquer tipo de alimento da deita				
4	Come exageradamente				
5	Tem dificuldade em conseguir ter hábitos alimentares de rotina				

19 - Nas refeições que a criança/jovem faz em casa:

		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
1	Come a mesma comida que a restante família					
2	Come uma comida diferente					

ALIMENTOS INGERIDOS DIARIAMENTE PELA CRIANÇA/JOVEM

20 - Assinale qual o tipo de leite que a criança/jovem bebe.

Não bebe
 Gordo
 Meio Gordo
 Magro
 Especial
 Em Pó
 Leite de soja de crescimento


21 - Se a porção for uma chávena normal (250ml). A criança/jovem bebe:

Menos
 Igual
 Mais


22 - Assinale a quantidade que a criança/jovem bebe:

1vez
 1/3vezes
 todos
 varias vezes
 semana semana os dias por dia


23 - Em relação aos diversos tipos de carne assinale o que a criança/jovem come e a quantidade:

	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Maior	Menor	Igual	Sazonal
Carne de vaca, porco cabrito borrego						1 porção 120gr				
Carne de frango, peru, coelho						2 Peças ou ¼ de frango				
Croquetes, pasteis, rissóis						1 médio				
Hambúguer						1 médio				
Salsichas						3 médio				
Fiambre salpicão presunto, bacon						2 fatias ou 3 rodela				
Soja e produtos derivados						1 porção = 120gr				
Ovos						Um				


24 - Em relação aos diversos tipos de peixe assinala o que a criança/jovem come e a quantidade:

 Peixe e Marisco	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Maior	Menor	Igual	Sazonal
Peixe magro: pescada, faneca, dourada...						1 Porção = 125g				
Bacalhau						1 Posta média				
Peixe gordo: sardinha, carapau, salmão...						1 Porção = 125g				
Peixe em conserva: atum, sardinha, Lulas, polvo, chocos...						1 Porção = 100g				
Peixe panado ou frito, rissóis, pasteis, Douradinhos®						3 Unidades				
Camarão, amêijoas, mexilhão, etc						1 Prato sobremesa				

25 - Assinale a frequência e a quantidade com que a criança come doces, bolachas...:

 Doces e Pastelaria	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Maior	Menor	Igual	Sazonal
Bolachas tipo Maria®						3 Bolachas				
Croissants, pastéis ou bolos						Um; 1 fatia				
Chocolate (tablete)						3 quadrados;				
Snacks de Chocolate (Mars®, Twix®, Kit-Kat®)						Um				
Marmelada, compota, geleia, mel						1 Colher de sobremesa				
Açúcar						1 Colher e sobremesa ; 1 Pacote				

26 - Assinale a frequência e a quantidade com que a criança bebe:

	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Maior	Menor	Igual	Sazonal
Água						1 Garrafa pequena				
Ice-tea® ou Extractos vegetais						1 Garrafa pequena ou 1 lata				
Refrigerantes, gaseificados						1 Garrafa pequena ou 1 lata				
Sumos de fruta concentrados (®,) ou néctares embalados						1 Garrafa pequena ou 1 lata ou 1 pacote				
Sumos de fruta natural						1 copo				
Coca-cola®,						1 Garrafa pequena ou 1 lata				
Café, cevadas						1 Chávena de café				
Chá preto e verde						1 Chávena				
Chá de aroma						1 Chávena				

27 - Refira os diversos vegetais que a criança come:

Não come Vegetais
 Feijão grão
 Ervilha fava
 Couves Branca/ lombarda
 Brócolos
 Nabiça Espinafre
 Feijão-verde
 Milho Doce
 Alface

28- Se a porção for meia chávena. A criança come: Menos Igual Mais

29- Por semana a criança co 1vez semana 1/3vezes semana todos os dias varias vezes por dia

30 - Em relação aos diversos tipos de pão assinale o que a criança come:


_____	_____	_____	_____	_____
Não come	Pão	Pão	Broa	Pão de
Pão	Branco	Integral		forma
				Pão doce

31 - Se a porção de referência for uma fatia. A criança come: |_____| |_____|
 Menos Igual Mais

32- Assinale o número de vezes que a criança come:

_____	_____	_____	_____
1vez	1/3vezes	todos	varias vezes
semana	semana	os dias	por dia

33 - Assinale a frequência e a quantidade com que a criança come fruta:

	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Maior	Menor	Igual	Sazonal
Maçã, pêra						1 Média				
Laranja, tangerina						1 Média, 2 médias				
Banana						1 Média				
Kiwi						1 Médio				
Morangos e cerejas						1 Chávena				
Pêssego, ameixa						1 Médio; 3 Médias				
Melão, melancia						1 Fatia média				
Diospiro						1 Médio				
Figo fresco, nêspersas, damascos						3 Médios				
Uvas frescas						1 Cacho médio				
Frutos conserva						2 Metades ou rodelas				
Frutos secos						1/2 Chávena s/ casca				
Azeitonas						6 Unidades				

Obrigado pela sua colaboração
 Maria Antónia Chora

Apêndice II

Consentimento livre e esclarecido (Questionário)

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Exmo.(a)s Sr.(a)s

Sou professora da universidade de Évora e solicito a sua resposta ao questionário em anexo. Este questionário insere-se no estudo em curso sobre “Os Dilemas dos Pais das Crianças/Jovens com Excesso de Peso e Obesidade no Alentejo: Uma Análise Sociológica”.

Com este estudo pretendo identificar as racionalidades dos pais das crianças/jovens que frequentam a consulta de obesidade infantil do HESE, face à alimentação dos filhos e analisar os dilemas dos pais das crianças/jovens que frequentam a consulta de obesidade infantil do HESE de Évora face ao excesso de peso e obesidade. A recolha de dados será efetuada na consulta externa de pediatria do referido hospital. Para o efeito, foi solicitada autorização à Comissão de Ética do HESE, que ocorreu em maio de 2011. Nesta e em todas as demais etapas do projeto serão seguidos os requisitos e procedimentos éticos que regulamentam a pesquisa com humanos (nomeadamente o anonimato e a confidencialidade entre outros).

Ressalto que estou disponível para qualquer esclarecimento, necessário durante todo o período de realização do estudo. O seu consentimento é indispensável para a realização desta pesquisa, no entanto, o seu consentimento pode ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe traga qualquer dano pessoal associado.

Prof^a. Maria Antónia Chora – 961904637

Declaro ter sido esclarecido(a) acerca do objetivo, da forma de participação e de utilização das informações deste estudo, bem como estou ciente de que poderei cancelar esse consentimento a qualquer momento sem que isso possa causar qualquer prejuízo pessoal. Assim, estou disponível e aceito dar o meu testemunho, no âmbito da pesquisa intitulada “Os Dilemas dos Pais das Crianças/Jovens com Excesso de Peso e Obesidade no Alentejo: Uma Análise Sociológica” a ser realizada pela Professora da Universidade de Évora.

Nome

Assinatura

Évora/...../.....

Apêndice III

Guião da entrevista por focus grupos aos acompanhantes de
crianças/jovens

Guião da entrevista por focus grupos aos acompanhantes de crianças/jovens

Solicito que não refiram mais do que o nome que querem ser tratados, a Idade, Escolaridade e Local de residência se assim o entenderem e autorização para a gravação da entrevista (entrega de documento).

1. Quantas vezes por ano vêm à consulta?
2. Gostaria que falassem das vossas experiências pessoais com os vossos filhos que são seguidos nesta consulta
3. Os vossos filhos têm dietas especiais prescritas? Qual é essa dieta e quais as dificuldades que sentem no seu cumprimento?
4. Como é a aceitação das crianças, em casa, pelas medidas adoptadas e pelas estratégias que lhe são indicadas na consulta? E na escola é fácil seguir o mesmo esquema alimentar?
5. Quais as maiores dificuldades que encontram na escola?
6. Quais as estratégias que utilizam em família para os seus filhos aderirem à dieta e à prática de atividade física?
7. Qual a importância que tem a consulta de obesidade para vocês próprios e para os vossos filhos?

Apêndice IV

Consentimento livre e esclarecido (Entrevista)

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Exmo.(a)s Sr.(a)s

Sou professora da universidade de Évora e solicito a sua presença para participar numa entrevista com um grupo de pais. Esta entrevista insere-se no estudo em curso sobre “Os Dilemas dos Pais das Crianças/Jovens com Excesso de Peso e Obesidade no Alentejo: Uma Análise Sociológica”.

Com este estudo pretendo identificar as racionalidades dos pais das crianças/jovens que frequentam a consulta de obesidade infantil do HESE, face à alimentação dos filhos e analisar os dilemas dos pais das crianças/jovens que frequentam a consulta de obesidade infantil do HESE de Évora face ao excesso de peso e obesidade. A recolha de dados será efetuada na consulta externa de pediatria do referido hospital. Para o efeito, foi solicitada autorização à Comissão de Ética do HESE, que ocorreu em maio de 2011. Nesta e em todas as demais etapas do projeto serão seguidos os requisitos e procedimentos éticos que regulamentam a pesquisa com humanos (nomeadamente o anonimato e a confidencialidade entre outros).

Ressalto que estou disponível para qualquer esclarecimento, necessário durante todo o período de realização do estudo. O seu consentimento é indispensável para a realização desta pesquisa, no entanto, o seu consentimento pode ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe traga qualquer dano pessoal associado.

Prof^a. Maria Antónia Chora - 961904637

Declaro ter sido esclarecido(a) acerca do objetivo, da forma de participação e de utilização das informações deste estudo, bem como estou ciente de que poderei cancelar esse consentimento a qualquer momento sem que isso possa causar qualquer prejuízo pessoal. Assim, estou disponível e aceito dar o meu testemunho, no âmbito da pesquisa intitulada “Os Dilemas dos Pais das Crianças/Jovens com Excesso de Peso e Obesidade no Alentejo: Uma Análise Sociológica” a ser realizada pela Professora da Universidade de Évora.

Nome

Assinatura

Évora/...../.....

Apêndice V

Pedido e Autorização do HESE

Comissão
Etc
2011.3.24
Manuel Carvalho
Director Clínico

Autoridade
2011-5-5
Manuel Carvalho
Director Clínico

À Sra. Doutora Filomena Mendes,
Dr. Manuel Carvalho.

2011/03/22

Ex^a Sr^a
Presidente do Conselho de Administração do
Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.
Prof.^a Doutora Filomena Mendes
Maria Filomena Mendes
Presidente do Conselho de Administração

Made a 17
a 22 de Março
de 2011
Evora, 17 de Março de 2011

Assunto: Tese de Doutoramento sobre a Prática de Cuidados de Enfermagem e a Educação de Crianças Obesas.

Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora, Mestre em Ecologia Humana, Professora Adjunta na Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, encontra-se a efectuar o Doutoramento na Universidade de Évora.

A temática do estudo é a *Prática de Cuidados de Enfermagem e a Educação de Crianças Obesas*. Os participantes do estudo serão os intervenientes da consulta de obesidade infantil da Consulta Externa do Hospital Espírito Santo de Évora, E.P.E., nomeadamente os acompanhantes de crianças com idade superior a seis anos. A decisão da escolha do local prende-se com o facto de ser a Organização de referência da Região do Alentejo. O Projecto de Doutoramento está aprovado pela Universidade de Évora, é orientado pela Prof. Doutora Felismina Mendes e pelo Prof. Doutor Carlos Silva.

A pertinência desta investigação, para além do interesse pessoal e académico da investigadora está directamente ligada à evolução da prática de cuidados na enfermagem, a qual tem ocorrido em vários contextos de mudança, no entanto, a vertente humana é parte fundamental, apesar do avanço tecnológico, este nunca poderá substituir os profissionais de saúde, nas suas actividades de apoio e educação.

A metodologia será a aplicação de inquérito por questionário, sobre hábitos alimentares e entrevistas focus grupos com as mães, bem como inquérito por entrevista à(s) enfermeira(s) e à(s) médica(s) que colaboram na consulta de obesidade infantil.

A enfermagem tende a fundamentar a sua prática, numa enfermagem científica a qual não tem sido muito explorada tal como Ward refere, "apesar de parecer existir

uma grande quantidade de trabalho de investigação sobre como basear a prática de algumas intervenções, existem áreas na enfermagem em que as evidências são escassas ou inexistentes” Ward (2001, 33).

Os resultados dos estudos que se têm efectuado tendem a convergir para um aumento da obesidade infantil, sendo uma área de preocupação para famílias, crianças e para a Direcção Geral de Saúde (DGS). Tendo desenvolvido um Programa Nacional de Combate à Obesidade, este programa tem como finalidade contribuir para a redução do peso nas pessoas/crianças obesas e nas que tenham particular risco ao desenvolver a obesidade em parceria com o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida e o Programa Nacional de Controlo da Diabetes entre outros.

Perante esta realidade a enfermagem pediátrica centra grande parte da sua actuação, na relação com criança e com a sua família.

Pretendemos investigar:

- Quais as alterações dos hábitos e estilos de vida saudáveis dos jovens e família após as acções de promoção para a saúde efectuadas?
- Que sugestões apresentam as mães e as crianças/jovens?

Face ao exposto solicito autorização para a aplicação do inquérito por questionário e a efectivação das entrevistas nas Consultas Externas do HESE - EPE - Consulta de Obesidade Infantil, desde já asseguramos que respeitaremos todos os princípios éticos e deontológicos.

Com os melhores cumprimentos,

Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora

Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora

HESE - EPE		
RECEBIMOS	DATA	20/11
	N.º	659
RECONHEÇO	DATA	
	N.º	

Anexos

Anexo I

Relato de Observação

Relato de Observação

A análise efetuada por nós enfermeiras (observadoras) dá ênfase essencialmente à prontidão imediata que os pais mostraram em aderir ao estudo.

No decurso das entrevistas podemos assistir a grande entusiasmo em partilhar as suas experiências com uma pessoa desconhecida para eles, mas mesmo assim não ficaram inibidos. Espontaneamente relataram e partilharam os seus problemas.

Observamos que os pais se manifestaram empolgados e contentes por estarem ali naquele espaço de partilha, já que na sala de espera nunca falam entre si. Realçamos a importância que os pais revelaram em partilharem as experiências vividas e os métodos e as estratégias que utilizam para contornar os seus problemas.

Os pais expuseram de forma espontânea a importância que seria trabalhar também com pais de crianças que não apresentam este tipo de problema, para que estes compreendessem melhor as suas dificuldades.

Queremos realçar a importância relatada pelos pais, no sentido de se criarem momentos de atendimento à criança/jovem e sua família no intervalo de tempo entre consultas médicas marcadas.

Finalmente manifestaram-se muito agradados com as intervenções na escola, no entanto referem que estas deviam ser mais frequentes devendo também envolver os assistentes operacionais.

Ama Cristina Mendes Braga
gestoras

Anexo II

Grelha de Análise

Grelha de Análise

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registos
Dificuldades experienciadas pelos pais	Dificuldades Comportamentais	<p><i>“O meu filho gosta da nossa comida alentejana, gosta de doces de chouriço, e principalmente de pão.” E2</i></p> <p><i>“Por exemplo vamos a uma festa há aquelas mesas com doces mas ele vai logo à comida, posso tirar uma batatinha? Posso tirar um rissol? Posso tirar um pastel? Um bocadinho de pão? É a comida!” E2</i></p> <p><i>“Ele só quer comer e depois como não estava sozinho tinha lá um primo, mesmo quando as avós diziam que não lhe davam eles iam para a padaria pôr os pastéis de nata no forno e os pães com chouriço, para comerem.” E3</i></p> <p><i>“ O Rui não é guloso, é a comida, e são as feijoadas e os cozidos e as sopas de pão”...“A minha Ana teve sempre o hábito de deixar sempre qualquer coisa dentro do prato e o Rui aproveitava sempre aquilo que lá ficava ”. E5</i></p> <p><i>“ O único problema é que o Ricardo adora comer ele adora mesmo a comida” . E6</i></p>

“Ele chega com aquele desejo todo da comida, o que é que tens para o jantarinho? O que é o almoço? É muito complicado. É mesmo o gosto de comer.”

E8

“O meu filho está na loja comigo incentiva as outras pessoas a fazer compras, às vezes as pessoas andam lá, ai não sei o que faça hoje de jantar e ele olha para arca e dá sugestões, faz um arrozinho de camarão com uma salchicha, a minha mãe às vezes faz. Até coentros o rapaz incentiva as pessoas a pôr no comer. Ele gosta mesmo de comer.” E8

“Eu meto sempre menos mas a ideia dela é só na comida. Só pensa é no comer, às vezes são 10h e já pergunta pai a que horas é o almoço? Já está a pensar no almoço e depois à tarde já está a pensar no jantar.” E9

*“É o prazer que eles têm em estar a comer.”*E10

“Ela sabe o que deve comer mas se vê uma coisa em cima da mesa que não deve comer, ela tem dificuldade em aguentar e não comer” E8

“Nós deixamos de comprar coisas para casa, não há lá nada mas não adianta porque eles comem na casa de um amigo,

vão lá comer aquilo que apanham. Eu acho que ainda é pior”. E10

“Eu já fiz a experiência uma semana deixei-o comer a vontade, comeu o que ele queria, nessa semana engordou 2 kg. Nessa semana só comeu, sem exercício. Ele tem que ter cuidado, em casa tenho que andar sempre em cima dele”. E1

“ A minha... é a quantidade de comida e não quer as saladas. Bebe água, leite magro, ...mas depois é a quantidade de comida que quer e sem salada.” E1

“O meu é a quantidade, gosta de tudo e de muito senta-se a mesa e aqui estou eu para comer.” E1

“Depois gosta de tudo e tem sempre fome. Eu mando-o brincar, digo-lhe ó rapaz esquece a comida e ele responde mas eu tenho fome”. E2

“A minha grande dificuldade com o meu é na quantidade, tenho que ter um grande cuidado com a quantidade porque ele come tudo bem”. E3

“Ele come muito, come sempre, nos intervalos à refeição, qualquer hora serve para comer, qualquer coisa que seja comida” E6

“Eu vi por a minha Ana que ela chorava,

ela estava habituada a comer mais quantidade e estarmos ali a reduzir, eles estarem a pedir comer e nós a reduzir é um bocado complicado”. E7

“ Foi complicado porque ela já comia legumes, a qualidade não era má, era a quantidade, por exemplo a fruta ela era capaz de comer quatro ou cinco maçãs seguidas. Era uma quantidade em demasia.” E10

“ Em casa sopa tem que haver sempre, tem que a comer mas é rápido, tipo deixa lá despachar-me com isto para passar para o segundo prato, e chega ao segundo come mais rápido ainda.” E10

“Depois gosta de tudo e tem sempre fome. Eu mando-o brincar, digo-lhe ó rapaz esquece a comida e ele responde mas eu tenho fome”. E2

“A minha grande dificuldade com o meu é na quantidade, tenho que ter um grande cuidado com a quantidade porque ele come tudo bem”. E3

“Ele come muito, come sempre, nos intervalos à refeição, qualquer hora serve para comer, qualquer coisa que seja comida” E6

“Eu vi por a minha Ana que ela chorava, ela estava habituada a comer mais

quantidade e estarmos ali a reduzir, eles estarem a pedir comer e nós a reduzir é um bocado complicado”. E7

“ Foi complicado porque ela já comia legumes, a qualidade não era má, era a quantidade, por exemplo a fruta ela era capaz de comer quatro ou cinco maçãs seguidas. Era uma quantidade em demasia.” E10

“ Em casa sopa tem que haver sempre, tem que a comer mas é rápido, tipo deixa lá despachar-me com isto para passar para o segundo prato, e chega ao segundo come mais rápido ainda.” E10

“Há aqueles miúdos que não gostam disto ou não querem aquilo e depois compensam com outras coisas, mas o meu não, tudo o que lhe derem ele come e gosta de tudo. E quer mais”. E3

“Felizmente ou infelizmente são umas miúdas que gostam de comer, e apreciam uma boa feijoada e um bom prato regado com molho e pão alentejano”. E7

“Se eu deixasse às refeições comia um pão de quilo”. E7

“O António esconde o queijo dobrado dentro do pão para eu não ver, e o fiambre. Só aparece uma fatia mas estão lá muitas mais”. E10

“Eu saía da cozinha, deitava o leite para o lava-loiça e depois ia para a escola dizer que a mãe não lhe dava de comer e passava fome, ia queixar-se aos professores que tinham pena dele davam-lhe sandes, pão...” E5

“Ao fim de semana eu almoçava sozinha, o meu marido agarrava neles casa da minha sogra, ele era tão pequeno mas era tão labioso que vinha de lá e dizia sabes a minha avó hoje não me deu almoço, porque me estava a ver comer que era para eu lhe dar”. E5

“Come às escondidas, come o que eu não controlo, come o que eu não vejo, agora não, mas de verão não comia de dia na minha frente, comia de noite, roubava-me comida, escondia bolachas debaixo da cama”. E5

“Só que o meu não aceita eu dizer, já chega, come menos, vê lá que isso faz-te mal, chamo a atenção mas ele acha que a maneira como eu o repreendo é por não gostar dele, é a forma dele me manipular psicologicamente”. E3

“Ela não precisa por ela acha que está bem, quando se ralha com ela pensa que não queremos que ela coma às vezes digo-lhe Tânia o médico disse que é só

um bocadinho de carne, ela fica toda assim um bocado amuada e agente também fica assim. É complicado”. E4

“Foi uma criança que sempre gostou de comer muito, ela chorava porque queria comer, dizia que a estava a matar com fome, eu não como porque não me dão de comer”. E6

“Depois revolta-se com a gente em casa, tem sido sempre com a gente em casa, por querer tudo muito”. E6

“Ele chora eu as vezes digo-lhe filho mas tu tens fome? Pronto eu não tenho fome, deixa que eu bebo água.” E8

“Quando lhe digo, hoje não comes pão, comes uma peça de fruta, chora e grita, e depois para ele não andar a chorar ali no meio das pessoas porque não tenho tempo de lhe dar atenção come metade duma carcaça.” E8

“ O meu tem tudo o que pode para fazer de atividade física mas... tem tudo menos a disposição dele, mas não faz.” E1

“São crianças muito sedentárias gostam muito de estar sossegadinhos sem ninguém os estar a incomodar.” E3

“E depois quando acabam a atividade física ainda ficam com mais fome”. E3

“O meu não quer fazer ginástica”. E4

“A minha a Dra. disse-lhe que ela tinha que fazer bicicleta ela não queria porque não queria ir para a rua, eu comprei uma bicicleta fixa, até nem fui eu foi o avô comprou-lhe a bicicleta para ela andar, está lá serve de cabide para a roupa.” E5

“O meu Rui não quer fazer nada de atividade física, é casa, casa, casa. É só sedentarismo, é mesmo tudo aquilo que agente lê nas revistas, tudo o que não podemos fazer, é tudo o que ele faz”. E5

“E até ainda lhe posso dizer mais o pai deles, não é treinador dele era treinador do mais velho, mas faz parte da equipa do plantel e é o primeiro a dizer ai não queres?! Então não posso fazer nada por ti, tenho aqui outros com que me tenho que preocupar”. E5

“O engordar dele passou por quando chega do treino às dez da noite e vem com imensa fome, ele chega janta e deita-se”. E5

As férias convidam ao sofá, a internet a comida, a ver filmes, depois têm sempre vontade de ir buscar alguma coisa, o snack”. E8

“Tem uma bicicleta tem muito espaço

para andar e não anda, tem outra fixa em casa também não anda.” E8

“Ele não come fora da escola. Ele está na Epral vai comer a casa, é um miúdo caseiro, a gente diz-lhe sai de casa, vai ter com os teus amigos.” E8

“Ele tem que comer um bife e muitos legumes, e come mas quanto mais depressa acabar com aquilo melhor, para ir logo para a cama. Vai-se logo deitar.” E10

“O meu teve negativa a educação física. É televisão, computador e eu estou sempre a ralhar”. E4

“O problema dele é gostar de comer e não se mexer. Ele gosta muito de estar ao computador se eu o deixar estar 16 h ao computador são 16h que ele lá está, mas fazer exercício não é com ele... passa mais tempo agarrado ao computador, está isolado.” E6

“E está no vício do computador e da playstation, sai muito pouco.” E8

“O computador é o vício dos gaitos, é verdade não é só o meu é de todos!” E9

“Assim que chega dos acampamentos, lava-se a correr e vai a correr para a cama, ou para o computador jogar na

consola.” E10

“O Ricardo já andou em ginásios, já paguei muitas mensalidades e ele quando é para ir não quer, tive que desistir porque não valia estar a pagar para ele não ir.”

E3

“Ela não se mexe, ela cumpre a dieta, cumpre com a comida, ela não se importa de não comer mas não se mexe, quer é o sofá... ela diz que gosta de tudo o que são atividades físicas, mas depois arranja desculpas para tudo. Ou porque está de dia ou porque está de noite, ou porque está sol ou porque está a chover.” E5

“Experimentamos o hi-pop dança nem pensar porque depois não tem a agilidade que as outras miúdas têm e ela tem vergonha”. E5

“A minha esquece-se da mochila da educação física sempre e depois manda mensagens, desculpa mãe mas não fiz educação física”. E5

“Ele queria ir ao ginásio mas quando chegava a hora de ir já não queria porque estava a jogar computador ou porque hoje não me apetece.” E6

“Era o meu caso o Rafael não gostava de nada, andou no hóquei, no futebol, no

carate era seis meses num, um ano noutro, era por obrigação, na hora de ir até ficava mal disposto.” E9

“Ele ia ao nutricionista e disse-lhe que tinha que perder mais ou menos 1,5 kg, mas ele agora vai daqui e vai beber ice-tea, no lugar de água é o que bebe, não é doces, comida, batatas fritas, isso não, é ice-tea ele não come muito. Eu não compro para casa, mas na escola e nos cafés, compra ele”.E1

“A Susana não come saladas, os vegetais só na sopa. É tudo muita carne e muito peixe, pouca salada e misturada com arroz. Na sopa marcha tudo. Tenho que ser eu a insistir e a retirar mais as massas e o arroz.” E1

“Quando a minha mãe não está, diz logo ao avô mete-me uma carcaça com manteiga e fiambre e o meu pai às vezes lá mete, mas ou é manteiga ou fiambre! Os iogurtes é assim um bocado mais difícil! As barritas integrais também é um bocado difícil”. E2

“Come fruta se quiseres e pronto, andamos nesta guerreia assim para ele comer estas coisas assim de dieta é uma briga para continuar ”. E2

“O meu é sempre problemático mas de

verão são os gelados ”. E3

“Onde eu encontro um problema é metê-la a comer sopa com legumes que não sejam brancos, não gosta dos verdes. A salada de alface já come agora sopas, não. Nas outras comidas o verde é um castigo ”. E9

Dificuldades de contexto familiar

“Eu tenho muita dificuldade porque eu tenho dois filhos e é muito difícil dizer a um já chega e dizer à outra, podes comer”. E3

“Na minha casa para ela é, não comas e Cláudio podes comer”. E4

“Ela não faz dieta come tudo, quando eu sai estava a comer um pai natal de chocolate e a fazer-lhe inveja. E eu a dizer-lhe a ele não estejas a olhar”. E4

“Mas a minha mais velha também faz isso à irmã e ela não gosta nada disso, tu és gorda tu és isto e aquilo, tu não és capaz e não fazes nada de jeito eu já falei com ela mas é impossível e depois a Rita ainda fica com a autoestima mais em baixo”. E5

“Desmorece porque vê o irmão a comer e não engorda”. E6

“O meu problema é outro, eu e o pai estamos separados e às vezes fazem-se

as vontades todas, mesmo que eu tente é complicado. Perde muito pouco meio quilo, um quilo”. E4

“Para o meu marido a comida é a coisa mais importante da vida (mas não é obeso). Comida saudável como eu costume dizer para ele é comida de animais, eu não posso seguir para todos. Ele não gosta de vegetais, diz que aquilo não é comida que se coma, ele não serve de exemplo”. E4

“Esta idade dos 16 anos é chata, nos iogurtes nem tocou, o pai é que bebeu os iogurtes já foi comprar mais ao supermercado, a maçã não percebi se a comia ou não, tem sido muito complicado, porque ele não adere”. E8

“Acho que um dia ele tem que perceber que tem sérios riscos e tem que começar a evitar, até que não perceba isso vai ficar de trombinhas, amuado até acontecer o que aconteceu hoje que é cortarmos na comida à hora do almoço”. E8

“Quando comemos a sopa já ele tinha ido buscar uma montanha de puré de batata... foi quando eu disse, isto é um terço é para mim e tu comes o resto. Depois fica zangado comigo, então também já não quero comer mais nada. Emburrica”. E8

“Se ela não bebesse o chá não comia nada, às vezes zanga-se e prega pontapés na gramática”. E4

“O único problema que ela tem e que ainda continua a ter são os sumos da Compal, mas já se vai desimaginando mais ”. E4

“O André para beber água é complicado”. E7

“O meu o que acho que o faz engordar mais é os sumos”. E10

“Mas como a Doutora diz metade do prato só salada, ainda é complicado”. E3

“O meu tem muita dificuldade com a salada”. E3

“O mais difícil deles cumprirem, não é o caso da Beatriz mas há meninos que é a sopa por exemplo”. E3

“Eu como trabalho numa cantina, noto que isso é uma grande luta os miúdos quererem comer sopa”. E3

“Os legumes não come, a ervilha não come, come se for arroz de ervilhas por exemplo, já as ervilhas podem ser poucas e o arroz muito”. E5

“Agora são só grelhados, saladinhas, lá em casa acabaram-se os fritos para todos. Melhoramos todos. Fazemos todos a mesma dieta e ficamos bem”. E4

“Acho muito complicado, eu dizer-lhe já não comes mais”. E1

“Eu até acho que nem é pelas quantidades, ele come muito a miúdo. Mas não é uma criança que come um prato cheio. Às vezes até deixa comida para comer outras coisas de que gosta mais. Quando pede para repetir eu digo-lhe que já puseste uma vez já chega, pronto aquilo é uma roda-viva. É uma briga”. E2

“Na 1ª quinzena de Setembro tivemos um casamento e aí descontrolou nesses 15 dias conseguiu engordar 1kg”. E2

“Eu umas vezes digo que sim podes comer o chocolate, outras vezes digo que não, a maior parte das vezes é não”. E2

“Como é que a gente lhe tira a comida da frente. Se a gente não tivesse nada para lhe dar! Era muito mais triste agente não ter para lhe dar. Mas a gente estar-lhe a furtar a toda a hora estar-lhe a tirar a comida da frente e a dizer-lhe não comas, não comas...”E2

“Ele começa sempre por pedir as coisas piores, mãe quero uma banana eu digo não então uma pera? E é aí que eu jogo, primeiro começa sempre por pedir o que não pode ser, e depois vem baixando”. E2

“Ele concorda sempre mas depois o problema é chegar à mesa, e depois é todos os dias a mesma coisa, pára de comer, a irmã não come, temos que dizer “come mais” e, para ele é “pára de comer”. E6

“Outro problema é a noite a seguir ao jantar antes de deitar o que é que vai comer. É um dilema grande porque cereais não pode e depois o que é que sobra chá, como não pode por açúcar depois não quer, e depois com a bolacha e qual é a bolacha? E depois não tenho nada para comer, depois não quer iogurte”. E5

“Não é fácil dizer para ela não comer. Mas eu sou uma pessoa que não sou uma pessoa para agradar às minhas filhas eu sou uma mãe para elas serem o mais saudáveis possíveis”. E7

“Eu custa-me muito estar sempre em cima do meu filho para não comer”. E8

“Eu sou sincera, não adianta eu estar a

dizer eu faço correto, mentira não faço. Há coisas que eu faço mas depois também há outras que eu não faço”. E9

“Quando posso faço correto e nas carnes optei por carnes brancas. Fiambre de peru... nas verduras não é muito de verdes mas com um jeitinho lá vai. Gosta de ervilhas de cenouras. Eu desvio um dia por semana, porque há aqueles dias que uma pessoa está estoirada e não sabe o que fazer e o que vem á mão é o que se faz”. E9

“Depois também é muito complicado para nós, eles estarem a pedir, ó mãe é só mais um bocadinho, e nós a dizer não”. E10

“E se compro para ela alguma guloseima porque ela é magra, a diferença de idades é muito pouca, ela chega a casa e diz-lhe logo a mãe comprou-me isto. E depois tenho essa dificuldade”. E3

“O meu tem 10 anos agora e tem um irmão com 8 anos e às vezes é um bocado complicado seguir as coisas mesmo à regra e não se consegue. Tem sido complicado com este de 10 anos, o de 8 anos não tem excesso de peso, por vezes quando vamos cozinhar abrimos exceções para os dois”. E4

“Ela tinha 98kg e tem 68kg nesta altura.

Passou do 48 de calças para o 40. Lá está o mais novo levou por tabela porque ao princípio fazia igual para todos, mas depois optei por fazer a comida normal, mas tirei aquelas coisas que fazem mal ele comia, mas muitas vezes tinha que fazer à parte para ele, porque ele até tem falta de massa muscular. Enquanto ela tem peso a mais e gordura, ele não tem, ele tem quase 1,80 e pesa 56kg ele é só osso”. E4

“Lá em casa é só ela assim porque o irmão até é magro de mais. Esse podia ter mais uns quilos em cima e não tem e não engorda. Mas também é ao contrário a ela está-se sempre a lembrar a comida e ele é preciso insistir para comer. É tudo ao contrário”. E9

“Ela diz-me está-me sempre a dizer para não comer e a ele está sempre a dizer para comer. Ele come como ela e está magro é diferente não percebo, é de pessoa para pessoa”. E9

“Eu não posso tirar um docinho ao meu pai que tem 80 anos mas que não tem problemas e que é guloso eu não posso tirar-lhe esse prazer, não posso por toda a família a viver em função do Marco”. E8

“Há coisas que eu vou fazendo mas retirar da mesa privilégios de todos isso eu não faço, até porque eu sou egoísta ao ponto

de não deixar de comer o meu doce porque o meu filho de 16 anos está gordo, porque eu tenho muitos problemas na vida e tenho um enorme prazer, desculpem em comer um chocolate de vez em quando”.

E8

“Eu para conseguir e para resistir às pizzas, aos hambúrgueres, àquelas comidas rápidas, é um grande sacrifício ”.

E7

“O problema é que eu muitas das vezes não estava em casa à hora de jantar, o comer tinha que ficar pronto. O meu marido já me dizia por amor de Deus vê lá o que me deixas para eu fazer com elas ”.

E7

“Eles depois comparam-se a outros meninos da escola que comem tudo e eles não. Alguns comem só bolicaus e leites com chocolate e não engordam. Só que ela também já percebeu que nem todos temos o mesmo organismo. Eles não têm esse problema, não engordam, podem comer”. E3

“Ela adorava olhar para o espelho e ver-se gorda, ter um belo par de mamas e agora olha para o espelho e diz “as minhas mamas morreram”. “Os meus pneus foram-se, a minha tatuagem está quase no rabo”. Agora está ali

contrariada... ela gostou de ter emagrecido, mas não gosta do que vê. Ela aceita..., só o único problema que tem é o desgosto, foi o desgosto dela de perder as mamas". E4

"Ela é gorda, é obesa, com 95kg é obesa ela estava com valores de quase diabetes, valores altos, ela gozava com a Dr.^a dizia que não estava gorda, porque não queria admitir que estava, ela não se importava de ser gorda". E4

"Porque ele depois não tem complexos nenhuns, porque para ele estar gordo ou não estar gordo não faz diferença ele faz tudo à mesma". E5

"O Rui é um miúdo que é depressivo quanto mais gordo está mais se deprime mais afunda na auto estima a auto estima dele é muito baixa". E5

"Não consigo tirá-la do sofá, não consigo fazê-la mexer, depois a irmã embirra com ela diz-lhe que estás gorda ela ainda afunda mais fica deprimida fica triste, e depois a autoestima está muito má com os amigos, não quer ir correr porque os outros depois vêm e ela gorda". E5

"Ele é o primeiro a dizer-me mãe eu estou deprimido, mãe eu estou mal, "A diretora de turma telefonou-me logo para me dizer que o Rui tem um comportamento

depressivo, porque o Rui chega à sala e deita-se em cima da mesa”. E5

“A pouco e pouco, foi engordando cada vez mais, chegou a uma altura que foi um exagero, já não sabíamos o que havíamos de fazer”. E4

“Ele tem dores nas pernas, dores nas solas dos pés e eu já lhe disse que é do peso e é muito complicado”. E5

“A minha filha já tem apneia do sono”. E6

“O meu João tem apneia do sono, tem diabetes”. E6

“Agora ponho bróculos ou outra coisa na mesa, ele come mas o meu problema não é estético é por questões de saúde, é o que me preocupa nele, se a doutora me diz que os valores dele estão maus é muito preocupante”. E8

“Ele sabe tudo sobre as doenças que tem e concorda que se deve portar bem, mas depois falta-lhe aquela força de vontade, ele tenta mas depois aborrece-se”. E6

“Esta fase agora está a ser muito complicada. Na fase dos 12 para os 13 foi uma fase de rejeição, rejeitou o pai, a mãe, zangou-se com tudo e com todos, foi a altura da dieta”. E7

“Ela sabe o que deve comer mas se vê uma coisa em cima da mesa que não deve comer ela tem dificuldade em aguentar e não comer”. E8

“Esta idade dos 16 anos é chata, nos iogurtes nem tocou, o pai é que bebeu os iogurtes já foi comprar mais ao supermercado, a maçã não percebi se a comia ou não, tem sido muito complicado, porque ele não adere”. E8

“Falta-lhe a motivação. É complicado, mas o mais complicado é porque ele não quer, ele está a mesa se ele tivesse mais motivação pensava se a minha mãe me está a chamar a atenção então vou comer mais fruta ou mais vegetais, e ele não quer saber”. E8

“Eu sinto-me mal andar na rua, as pessoas olham, eu fiquei assim (gorda) e não é porque quero. Às vezes parece que nós só lhe damos hambúrgueres e batatas fritas... ele foi a uma visita de estudo e passou fome. Porque isso são coisas que ele não come é a quantidade de comida mesmo, é que lhe faz mal”. E1

“Se não querem ir à consulta e não querem fazer dieta, chegam ao gabinete e dizem, nós vamos desistir. E se querem comer muito querem ficar bolinhas então têm que se assumir como são, é isso que

nós pais hoje fazemos nesta sociedade, tapamos o sol com a peneira e criamos aqueles meninos mimados que não são capazes de se defender perante a sociedade”. E7

“Eu estou sempre a dizer não comas tanto Joana, pára de comer e ela diz estou em fase de crescimento, com 15 anos tem mais corpo do que eu, é mais alta do que eu e diz estou em fase de crescimento, eu digo ai estás? Então depois quando quiseres fazer dieta é que vais ver o crescimento”. E2

“A dificuldade é que eu estou o dia inteiro fora, a única refeição que ele faz comigo é ao jantar”. E3

“É um problema das mães que têm filhos com este problema têm, e nós mães na sociedade em que vivemos, mulheres trabalhamos fora de casa muitas vezes, eu falo por mim que este ano por acaso estou a dar aulas cá em Évora mas já estive a dar aulas noutros sítios, e saía de casa muito cedo e chegava às vezes às 11h da noite”. E6

“A maior dificuldade que eu senti foi estar muito tempo ausente de casa e a Elizabete está sempre na escola levava dinheiro e eu não a controlava se ela comia no refeitório se comia na cantina”.

E10

“A disponibilidade temporal hoje em dia é muito complicada, eu primeiro que tivesse um horário que desse para conciliar isto foi complicado”. E10

“Ele disse à Dra., a minha mãe e o meu pai não estiveram cá, fui para casa da minha avó, comi empadas, comi. ai eu , ela até dizia deixa o menino comer , o menino está com fome ”...“ele disse como a mãe e o pai estavam fora ficou com os avós ele comeu o que quis e teve vontade. Disse no meio da consulta e eu calei era verdade ”...“ o meu pai diz que se o menino está em crescimento, porque não pode comer ”. E3

“São os pais são os avós são os tios, não percebem isso. É difícil lidar com a família também ”. E3

“Nas férias do verão eu estava a trabalhar não tinha com quem o deixar ficou com a minha mãe, ela tomou conta disso, ele comia a toda a hora, estragou tudo, passou dos 45kg para os 50kg”. E3

“Eu tenho alguma dificuldade é sobretudo com o meu pai, porque o meu pai depois não percebe, que estes cortes são cortes necessários. Eu até já o trouxe à consulta”. E3

“Ele ao fim de semana vai para a da minha sogra, coitadinho do menino tem fome e come e ninguém tem noção disso”...“não tenho avó á altura do poder ajudar, é porque avó acha que coitadinho do menino tem fome mais um bocadinho”.
E5

“Em casa da minha sogra para não comer o que sobrava do prato da irmã ela punha mais um bocadinho”. E5

“Ele acabava de almoçar em casa e chegava a casa da avó e dizia, sabes, eu hoje não almocei na minha casa e a avó dizia, ai coitadinho do meu menino vá um pratinho de comida e pronto”. E5

“Tu levas o Rui a consulta fazes trinta por uma linha, o Rui chega lá ao seminário coitadinho tem fome e chega lá é só darem-lhe comida, um dia destes meia travessa de bacalhau à Brás foi para o prato do Rui e ele comeu-o todo, foi a avó que o serviu. Meia travessa, são travessas que eles servem aos seminaristas para 4 pessoas”...“meia travessa era comida para dois homens que são estudantes, dois adultos e foi a avó que lhe pôs na frente, meia travessa de bacalhau com o colesterol a 300”. E5

“Eles estão entregues praticamente à

minha mãe e depois é assim, a minha mãe é uma pessoa com mais idade e se eles querem batatas fritas ela faz se eles querem seja o que for, ela só para os manter bem, pensa que está a fazer bem dá-lhes tudo o que eles querem”. E6

“A dieta ela faz, este verão é que foi para esquecer, o problema é a minha mãe, fica com a avó, nas férias é um descalabro ”. E7

“Com a minha sogra também foi mais complicado. Os meus adoram ir a casa da avo porque há doces, quando la chegam a primeira coisa que vão fazer é abrir o armário onde há doces. E assim que vão à casa da avó aquilo é um regalo, uma festa ”. E7

“Na casa da minha sogra é seven-up e coca-cola que é o que ele mais gosta, às vezes vai la de propósito para beber seven-up”. E7

“O meu marido começou a ir aos petiscos e levava o menino (porque este menino já veio fora do tempo eu já tinha quase 40 anos já tem um mano quase com 20 anos) e é tudo muito giro porque o menino gostava muito de comer ”...“o meu filho aos 8 anos comia tanto quanto o pai e eu disse-lhe tens que deixar de o levar contigo. Tu vais pesa-lo e vais ver se é

normal o teu filho está com 9 anos e com 52kg, está mesmo obeso ”. E2

“O meu, quando a irmã o convida para ir ao Mac ele não vai lá pela comida é pelo brinde ”. E2

“O meu caso é complicado porque estou separada do pai do João, ele quando está com o pai ele come tudo aquilo que ele quer, o que não come comigo ”...“quando está com a mãe faz bem, às vezes, também não sou santa também gosto muito do meu filho gosto de fazer erros com ele ”...“quando está com a avó, a avó faz outro tipo de alimentação e aí é pior, a avó é mais à base de carne de porco, carnes vermelhas enquanto na minha casa é ao contrário é mais à base de carnes brancas ”. E9

“Eu também passei pela separação e houve uma altura, que o Rafael foi passar as férias com a mãe e eu não reconhecia o meu filho, ele era uma bola ”...“lá com a mãe passou pelo fast-food e foi isso que desencadeou isto no Rafael porque ele ficou uma bola”. E9

“Eu não tinha mãe mas tinha uma sogra e um sogro, principalmente com a sogra tivemos assim os seus problemas, fazem as vontades e achavam que eu era exagerada, a mãe era exagerada e na

altura o filho da senhora que era meu marido na altura, também achava que a errada seria a mãe ”. E7

“Já o meu pai me dizia que os pais é que são os culpados em tudo ”. E7

“Os sítios onde já se sabe que vai ter mais dificuldade, não o levo. Eu entrar com ele no supermercado nesta altura dos chocolates é uma briga”. E3

Dificuldades no contexto escolar

“Na escola temos ainda a dificuldade dos aniversários, nos aniversários agora levam o bolo e já não basta o bolo, mas nós também somos culpados disso os pais, além do bolo ainda é um saco com chocolates e gomas, isto virou uma moda que é difícil de se perder, depois com tantos na sala ”. E3

“mesmo fazendo as sessões na escola, continua a haver miúdos a levar tudo e mais alguma coisa. Aquilo que agente luta um ano inteiro para eles não levarem, eles depois também sentem e verbalizam isso mesmo ”. E3

“Mas a gente vai a Reguengos ouço muitos pais a dizer que os miúdos não devem fazer educação física porque está frio, porque esta a chover é mesmo a mentalidade que não ajuda, têm o pavilhão coberto. Mesmo que esteja a chover podem fazer ”. E3

“Estas coisas já não são desconhecidas, mas as pessoas por comodismo ou seja pelo que for continuam a mandar aqueles lanches ”. E3

“O meu já me disse que há um miúdo que leva um pacote de bolachas inteiro daquelas com recheio de chocolate ”. E3

“No ano passado tive que lá ir dizer às senhoras por amor de Deus não lhe deem mais comida, porque ele comia tudo e como é todo querido com as senhoras toda a gente gosta dele, vai de pratinho outra vez há das senhoras e elas dão, mais um bocadinho de massa mais um bocadinho de bolonhesa e dão duas vez, eu lá fui pedir para não repetirem a comida ao Rui, não tenham pena dele ”. E5

“O meu não leva lanche, a moça que dá o lanche lá na escola diz que não é capaz de lhe negar, dá o leite com chocolate a todos e ver o teu filho ali com aqueles olhos a olhar e a querer, eu não sou capaz dou-lhe também ”. E8

“Tenho levado imensas cartas da Dra. para a escola para ter uma alimentação correta para o João e eu chego lá não é nada daquilo que a Dra. pediu ”. E9

“Têm a alimentação por senhas mas a ementa é x,x,x e pronto é igual para todos

e quem come, come, quem não come, não come”. E9

“Já consegui que ele fosse almoçar a casa, porque em casa não repete e na cantina da escola consegue sempre repetir, esta semana já almoçou lá dois dias e soube que ele repetiu porque as senhoras não conseguem não lhe dar, porque ficam com pena dele. Ele até a sopa repete”. E10

“Mas na primária dão, porque é um meio mais pequeno, sentem pena. Eu falo por mim porque as vezes acompanho os meus alunos `a cantina e agente vê que repetem sempre é só mais um bocadinho, começam a fazer aquelas caras e pronto. Conseguem sempre manipular para o que querem ”. E10

“Fui alertado porque eu comprava a senha do almoço semana a semana e houve uma moça minha amiga que me disse, olha ela não almoça na escola eu fui la e realmente era verdade ela não almoçava isto durou quase 3 semanas ”. E2

“A dificuldade é que mesmo que os pais escolham dieta, as crianças têm acesso à folha e podem mudar no próprio dia, e a maioria dos miúdos vai para o menu normal. É uma escola primária e permitem isto. É com o cartão ”. E3

“O meu às vezes sabe que leva lanches mais saudáveis e acaba por trocar lanche dele com o dos outros. E troca por aquilo que lhe agrada. Como por exemplo hoje mandei-lhe uma maçã, metade de uma sandes, porque o dia hoje foi mais prolongado e agora quando o fui buscar estava a beber um copo de ice-tea. Porque tinha trocado a fruta com outro ”.
E3

“A minha bebe leite branco mas ela não se importa, mas depois na escola não há leite branco, o leite da escola é leite com chocolate, o que também é complicado, agente anda a lutar com uma coisa em casa e depois na escola aquilo que oferecem é leite com chocolate. Eles depois usam isso, tu não me dás, mas na escola bebo leite com chocolate ”. E3

“A não ser que troquem os alimentos. Mas pode pedir a alguém que lhe compre para ela comer”. E7

“A minha Inês trocava de lanches. Eu cheguei lá um dia, estavam os outros a comer as maçãs dela”. E8

“Ele ia almoçar com um grupo, gomas à pastelaria em frente, ele ia a procura dos açúcares que não tinha em casa.” E9

“Ao início resultou ela prometeu que já não voltava a fazer e eu comecei a dar novamente dinheiro e ela voltou a cair no mesmo erro e agora está completamente retirado, voltou às mesmas regras que tinha ”. E10

“O meu Francisco troca o lanche ”. E10

“Disse-me a minha colega é uma sortuda levou piza e deu-me, outro levou outra coisa e também lhe deu ”. E10

“Na escola um colega deu-lhe uma bolacha oreo em troca pelo iogurte que ele levava”... “a gente até pode mandar o lanche mais saudável do mundo que eles trocam ”. E10

“Ele foi para a escola e depois quando foi buscar a sandes, ele vai lá á padaria e diz que só quer com manteiga, outras vezes é só com fiambre, e elas depois riam-se por ele querer só uma coisa ”...“a Dr.^a disse-lhe que só colocava uma coisa na sandes e elas riam-se da maneira como ele dizia. Gozavam com ele mesmo na escola ”. E2

“À refeição ele dizia que só queria isto ou aquilo tirava as gorduras que via da carne toda, começavam a gozar com ele ”. E2

“Ela achava que era mais gorda que os outros, na escola começaram a chamar-

lhe nomes e essas coisas todas”. E2

“O meu era forte nessa altura tinha 49kg ou 50kg e toda a gente lhe chamava gordo, quero lá saber sou gordo, sou gordo. Ele não se preocupava com o que os outros lhe chamavam”. E2

“A minha o ano passado quase do princípio ao fim ela não fez educação física porque teve uma professora intragável, a Sra. conseguiu dizer que eles não serviam para nada, virava-se para ela e dizia tu não serves para nada não és capaz de fazer nada”...“a minha filha dizia que a professora fazia distinção entre os rapazes como conseguiam fazer tudo bem a professora estava sempre a incentivar no caso das meninas havia 2 ou 3 que têm o rabo mais pesado pois custam mais a fazer as coisas ela deitava-as abaixo”. E5

“Porque os miúdos são muito cruéis e ela começou a isolar-se na escola, os próprios colegas, a tratavam mal, era a gorda era todo o tipo de nomes”... “ela isolava-se e por vezes de manhã entrava em pânico, diarreia, vômitos, perdeu dois ou três anos na escola derivado a isso e a gente temos sofrido muito com isso”... “a minha filha ainda tentou o suicídio e tudo na escola”. E6

“Tinha 22 quilos a mais, a alcunha dele é badocha”. E7

“Mas o meu quando passou da primária para o 5 ano aí foi complicado, porque os banhos eram obrigatórios e nos balneários foi complicado”. E7

“Porque os meninos conseguem ser muito maus, meninos e meninas, são muito maus ele chegou a um ponto de não querer ir à escola”. E7

“A Ana era a escola... Ela já odiava tudo, não queria já a escola ela diz que odiava tudo. Eram todas as crianças, os professores”. E6

“Na equipa de futsal, não tem interesse e depois são um bocado postos de parte”. E5

“O Rafael em relação aos vícios diz-me, ó pai é a pressão de grupo a sociedade incute na gente”. E9

“A Marta já tem 14 anos e já percebe, o mais pequeno, a idade não ajuda nada a perceber”. E2

“A minha filha a Ana está-lhe sempre a dizer, “puxa a blusa, não mostres a barriga”, mas ele importa-se lá que mostre a barriga, não tem noção que não fique

bem". E2

"O meu tem 11 anos agora já está mais fácil mas tem sido complicado". E3

"As meninas quando chegam ali aos 11 anos fazem aquelas dietas radicais e começam a querer namorar são muito complicadas, elas ainda mais do que eles". E3

"Agora é que ela está a perder mais com regularidade. Agora também tem outra idade e isso também influencia". E4

"Os mais novos são mais difíceis, a minha está na adolescência e só faz o que ela quer. Temos que ter calma". E4

"Eu tenho tido sempre a esperança que ele dê aquele pulinho na idade ali naquela idade que começam a olhar para a sombra para as raparigas como agente costuma dizer, mas até nisso ele está-me sempre a dizer não te preocupes que eu não vou casar, ..." E5

"Acho que é a idade os 17 anos, aqui às uns meses lembrou-se que tem que cuidar da imagem dela e então perdeu muito peso, foram 6kg, nuns meses". E6

"O Rafael com 10 anos estava eu aqui com ele mais obeso do que está a agora."

Mas a idade foi importante na mudança”.

E9

Combater as dificuldades

Contexto pessoal *“A minha pratica natação e faz sempre sem esforço, se for preciso ir 3 dias vai 3 dias”.E3*

“O meu conforme ganha peso com facilidade também o consegue perder, porque eu se apertar com ele com desporto, perde logo”. E3

“O pai é sócio dos escuteiros e ele também vai por aí, começa a meter-lhe aquele bichinho do campo. E é o futebol, isso então ele gosta”. E3

“Eles na escola já têm mas deviam ter mais atividade física. A nossa parte nós já fazemos, podemos investir com mais atividade física no fim-de-semana ”. E3

“Outra estratégia que utilizo como sei que ele come bem, tento colmatar com o desporto mas também sinto que não posso pôr a fazer mais do que já faz, ele já faz todos os dias da semana inclusive ao dia da natação já faz 2 aulas seguidas. E quando tem na escola faz 3 horas de natação”. E3

“Outra estratégia foi tirar a playstation do quarto. Agora comprei-lhe o comando do

move para ele se mexer, mas está na sala para ele se mexer, a gente tem que ir inventando as estratégias possíveis”. E3

“São duas miúdas que praticam desporto semanalmente, a mais velha joga futebol, já praticou triatlo, pratica atletismo a mais nova anda no andebol, anda na natação, no ballet, a atividade física é de gosto, faz-se sacrifício, tem que se perder tempo, dinheiro, não é fácil nos dias de hoje”. E7

“Chegou aqui chorou, chorou baba e ranho depois já perdeu outra vez, chorou porque não queria ter aumentado, porque não tinha a percepção dos erros que tinha cometido. O exercício físico para além do ballet é a ginástica na escola, dois dias por semana e é uma tarde que tem livre na escola e vai praticar badminton”. E8

“Apareceu a dança e aleluia. Tive sorte! Nunca me passou pela cabeça”. E9

“Ele gosta da natação dos cavalos (hipoterapia) ele adora aquilo, também nunca teve outra coisa ele começou a fazer hipoterapia com 11 meses, e hidroginástica com 9 meses, por isso ele nunca teve outra coisa. Ele adora e vai fazendo”. E9

“É difícil eu controlar, agora vai para a escola a pé, aquelas caminhadas e tudo, é bom, ganhou peso e depois para perder?”

Tem que ser assim”. E2

“Combinamos agora com a Dra. de fazer a experiência nas férias do natal dele vir de casa que é no bacelo, até á escola de bicicleta a pedal, mas ele tem que ver se consegue aguentar o trajeto, porque ele está tão pesado que não consegue treinar ainda”. E5

“Começamos a ir os três passear e escolhíamos, queres ir a pé ou de bicicleta”. E7

“Mas agora que vamos de férias ou de fim-de-semana ele já controla, ele já sabe controlar. Já sabe até onde é que pode comer”. E2

“O meu come tudo bem, tem as horas da refeição, depois tem o lanche, de manhã leva um papo-seco partido ao meio, metade para a manhã metade para a tarde. Não quer mais ele é que define”. E2

“Janta à noite e já não quer mais nada”. E2

“A regra que seguiu foi deixar de comer fritos, ela comia batatas fritas, ovos estrelados, foi a única regra ... nós temos que os controlar porque se não soubermos jogar é mau”. E4

“Temos que vigiar. Ela pediu-me para comer um pastel de nata e eu deixei,

porque lhe tenho que dar alguma coisa porque se continua a emagrecer assim, fica toda espinafrada”. E4

“Um croissant, ainda agora o padeiro lhe trouxe, vou comer que está aqui a chamar por mim. Mas é só 1... Para quem comia 2 ou 3”. E4

“Emagreceu e tem cuidado, não quero mãe, não me metas muito, tem que ser menos é só o que ela está a fazer, reduziu as quantidades, ela só fez isso ela não faz atividade nenhuma”. E6

“Ele agora já não consegue comer mais do que aquilo, quando começou a controlar só comia aquilo”. E7

“A fruta por exemplo... Ela come uma banana por semana, e muitas vezes nem come, come muito é maçã”. E8

“Ele aceitou bem a mudança de alimentação....Ele não gostava muito mas hoje em dia adora brócolos, couve-de-bruxelas saladas, se for preciso as batatas ficam de lado”. E9

“A minha por acaso só bebia o leite com chocolate, agora é só leite branco, é branco sem nada dantes ainda metia uma colher de cola-cau só para mudar a cor, mas agora não, não mete nada. Foi opção dela”.

E9

“Na escola elas têm o dinheiro controlado para não comerem porcarias, levam o lanche de casa. A mais nova, eu tenho acesso ao cartão dela em casa através da internet e sei o que ela come”. E7

“Sair da escola, ele agora já sai, mas tem o dinheiro controlado, eu não lhe dou dinheiro que lhe dê para ele ir almoçar fora”. E7

“Só leva dinheiro uma vez por semana e não leva mais dinheiro nenhum, eu dou-lhe dinheiro à segunda-feira, as senhas são para se tirar eu vou ver no cartão da escola se as senhas foram tiradas ou não”. E10

“Vou de vez em quando à cantina da escola falar com as auxiliares que lá estão para ver se ela tem ido comer e saber as quantidades que come, também foi escrito para a escola pela Dr.^a aquilo que ela podia comer e as quantidades que deveria comer”. E10

“Quando a Doutora lhe disse que a diabetes estava a entrar no corpo dela, aí é que ela começou a fazer dieta sozinha à maneira dela sem seguir as regras”. E4

“Ela já se preocupa e nunca se preocupava nem tinha complexos de ser assim e neste

momento a fase de idade onde ela está a entrar é precisamente com a imagem e o susto que apanhou, ela é pré-diabética neste momento, foi-lhe detectado também que tinha uma alteração nas pernas, uma maior que outra que lhe provocou uma escoliose na zona lombar, e tem um problema nos pés, e se não perder peso vai ter que ser operada aos pés”. E9

“A minha é que se mentalizou que tinha que ser, agora a semana passada quando viemos à consulta da fisioterapeuta e descobriu que tinha uma escoliose, ainda pior. Em cada ano tem-se descoberto uma coisa diferente derivado do peso, é muito complicado mesmo”. E9

“Ela era muito preguiçosa para fazer qualquer atividade física que fosse, neste momento como lhe surgiram outros problemas relacionados com a obesidade já faz, ela apanhou um grande susto ficou pré-diabética, e neste momento é ela própria que pede, mãe anda comigo correr ou mãe anda comigo fazer ginástica, mãe achas que eu deva comer isto ou não? ”. E10

“Quando nós falamos com ele compreende, mas depois quando chega a hora da refeição é todos os dias a mesma coisa, chega já chega e depois fica zangado parece que o estamos a proibir de comer”.

E6

“Eu estava a ouvir e penso que é assim se eles não levarem aquilo como uma opinião deles nada resulta, é uma luta só dos pais”.

E6

“Na idade da minha Elizabete, ela tem 13 anos, a estratégia vai muito por trabalharmos primeiro o psicológico porque se eles não quiserem e não for de vontade deles não se consegue fazer nada, se nós conseguirmos que eles se mentalizem a eles próprios, que a imagem deles não é a melhor e que lhe vai trazer problemas a nível físico futuramente, sem eles terem essa noção não se consegue”. E10

Contexto familiar *“Não a salada vai numa taça a parte para todos e depois digo esta salada é tua, toda a gente tem que comer a sua parte” E1*

“Eu penso acaba-se o chocolate e essas coisas todas, da alface só come a parte mais branca aquela mais verde já é mais difícil e é porque a mana come insiste e ela come também”.E2

“Outro dia fiz salada de alface e a irmã gosta de pôr no prato maionese e depois vai lá molhar e ele é doido por maionese. Eu pus na salada iogurte, ele foi provar com toda a ganância e depois disse-me

“que porcaria é esta que te ensinaram, quem foi que te ensinou a fazer estas porcarias?” E2

“Ela gosta só de alface mas eu colocava na salada alface pepino, tomate cenoura ralada e depois temperava, ela enchia o prato daquela salada e a seguir comia carne que já é pouca”. E4

“Eu vou obrigando a comer um pouco de cada vez para ver se se habitua, o verde da sopa é cortado aos bocadinhos”. E9

“Na minha casa eu tenho de esconder o pão”. E2

“O meu adora torradas, ponho Becel ou flora só de um lado, se ele não se apercebe que está só de um lado aquilo vai que é uma maravilha, depois dá-lhe a volta e pergunta e deste lado? Digo-lhe o pão já chupou a manteiga, chupou, chupou! Tas vendo não esta ca nada”. E2

“Às 6.30 e já estou a fazer duas torradas ao Rui e uma caneca de café com leite, e às tantas o Rui está enjoado de comer torradas com Becel”. E5

“Nós deixamos de comprar coisas para casa, o que eu adoptei por fazer foi em casa não há nada que ela não possa comer”. E10

“Eu por exemplo ao pequeno-almoço deixo uma caneca de leite para ela com chocolate e para ele com café de cevada. É difícil ele beber o leite branco tem dificuldade é só para lhe mudar a tonalidade”. E3

“É uma alimentação equilibrada vamos colocando a fruta a todas as refeições, beber leite todos os dias, fugir mais aos açúcares mais aos cafés e chocolates, em vez de ser Nesquick é bolero que é sem cafeína, é uma alimentação com leite magro mas meto o bolero, não ponho açúcar meto uma hermeseta, não são dois pratos com batata frita é um com batata é outro com salada, não come duas sopas por dia come uma, não estou com muita disciplina, e faz bem a todos é um cuidar em família”. E9

“Uma grande mudança foi a história dos sumos, ao passar para a água ela perdeu logo peso”. E3

“Os refrigerantes lá em casa com gás nem pensar”. E7

“Os ice-tea e sumos gaseificados havia, mas já não há isso. Tenho não é o melhor, tenho sumos do supermercado, o Rafael chega à refeição e mete um copo de sumo depois de beber diz dá-me aí a água, já

não bebe o segundo”. E9

“Deixou de haver sumos, bolachas só há bolacha maria ou bolacha de água e sal”.E10

“Eu nunca tenho sumos em casa”. E10

“A alimentação em casa é igual para todos. Batatas fritas eu nunca frito, comem batata cozida, no entanto o meu gosta muito de legumes, onde eu tenho maior dificuldade é na salada. Legumes cozidos com o peixe grelhado ou com a carne, e depois come sempre sopa”. E3

“Eu encho bem o prato da sopa para ver se ele depois não pede muito”. E3

“As batatas tento não dar, como ele come legumes, tento evitar na sopa e até as cozidas, e depois á as pequenas coisas por exemplo no dia da natação quando chega a casa tento ter logo a sopa para lhe dar para evitar que ele esteja a comer outras coisas”. E3

“Lá em casa todos têm que seguir as mesmas regras”. E5

“O Rui neste momento a ordem que tem é só uma sopa e uma peça de fruta ao jantar, e barafuste ou não, não come mais nada, comeu carne ou peixe ao almoço acabou

não come mais nada”. E5

“Desde o princípio que isto aconteceu não houve o Rafael diferente, é igual para todos”. E9

“Em casa a alimentação é igual para todos, comem todos a mesma coisa. Havia alturas quando ela era mais pequena para ela fazia-se outra coisa, só que às vezes não gostava do que agente comia e a mãe fazia outra sopa para ela, mas agora já algum tempo que não”. E9

“A estratégia que a Dra. me ensinou é comer no prato pequeno, mesmo que queira repetir repete mas no prato pequeno”. E3

“A Dra. disse-me para ao fim de semana o tirar de casa porque eu disse-lhe que ele mexia no frigorífico e andava a toda a hora a abrir o frigorífico e a comer”. E3

“Então agora optamos por fazer comida à conta, a Dr.^a disse-nos para nunca fazer para sobrar para o outro dia, porque é uma tentação”. E7

“Experimentei e resultou, foi comer no prato de sobremesa. Começou a comer num prato de sobremesa o segundo. Ela vê o prato cheio come aquilo que lá está e já não pede mais e resultou”. E10

“Uma estratégia que faço com o meu é em 7 dias tenho que lhe dar o dia livre, ele já sabe que o dia livre é o sábado, mas também tento que o dia livre não seja para comer só o que não come nos outros dias mas por exemplo ele já sabe que o ice-tea só bebe no dia livre”. E3

“O ano passado na escola a mãe do André ficou muito admirada porque havia um menino que fazia anos e quando chegou a parte do bolo ele disse que não posso porque hoje não é o dia livre”. E3

“A estratégia mais fácil é nós acompanharmos e brincarmos com a comida. Uma alimentação boa e eles que a aceitem”. E4

“A Carolina tem um dia só que come um doce ou então numa festa de anos e come um doce a gente oferece e ela diz que não, já cumpre”. E5

“Uma vez por mês vamos ao Mac porque eles adoram e para não proibir, porque argumentam os meus amigos vão e eu não vou, porque eles adoram, só que a Carolina quando vai ao Mac escolhe aqueles menus só de legumes e ela prefere isso ao hambúrguer, e ela em casa é um castigo para comer legumes e ali come aquilo”. E5

“Agora continuamos a ter uma alimentação equilibrada em casa, eu nunca faço comida sem ser com azeite. Nunca mais houve outra gordura lá em casa. Os fritos lá em casa também reduziram mas quando há eu digo hoje é dia de batatas fritas”. E7

“Por isso é que tenho também uma máquina a vapor onde cozo as batatas e os brócolos, a minha pequena se eu fizer uma taça grande de alface come-a toda, sumos não gosta nem me preocupo, prefere beber água”. E7

“Aquelas partes da confecção, logo a parte inicial deitando a comida a fugir às banhas e às margarinas e a apostar no azeite, só aí muito importante na alimentação”. E9

“Às vezes posso ser considerada rija, dura, um bocadinho com falta de coração, mas eu digo-lhe as coisas, estás gorda, mas eu bato na ferida toco lá, e é por isso que elas não têm mais peso”. E7

“A alimentação dos nossos filhos é como a educação que nós lhe damos, temos que os ensinar o que é certo e o que é errado e na alimentação é igual. Se não cumprem a culpa é dos pais”. E7

“Eu tenho uma vantagem nesse aspecto, tenho mau feitio, e como tenho mau feitio, quando digo uma coisa regra geral é

cumprida, a minha sogra quando lhe quer dar alguma coisa a elas, é quando estamos em casa à mesa e pergunta sempre “posso dar? ”. E7

“Ele hoje comeu a sopa meia hora antes e quando chegou a mesa disse, eu hoje não preciso de prato de sopa porque já a comi”.
E8

“Não podemos andar sempre atrás deles, você está três dias a fazer uma alimentação correta ele vai almoçar gomas dá cabo de tudo.” E9

“Eu na minha casa nunca chego a ter coisas que ele não pode comer, então tenho que fazer eu a seleção, não compro, então vou tirar-te para quê ele vai ter mais necessidade de comer”. E2

“Ao escondermos eles andam a procura e apanham e ainda é pior. Eu deixei de ter na minha casa guloseimas”. E2

“Fui desabafar com a minha sogra porque estava preocupada com a atitude dela de dar tanto chocolate à Carolina, não fui ralhar, e a pouco e pouco fui mentalizando-a que a Carolina não podia e comecei a assustá-la...”. E5

“Em casa é só bolachas certinhas não há bolachas de outras, ..., eu já nem ponho na mesa patês, chouriço pão. Já não tenho

nada disso lá em casa. Sumos deixaram de entrar, as batatas fritas só quando é festas de anos. Fritos, eu não faço”. E8

“Pode comer uma vez por mês uma taça de arroz doce feito com hermeseta, ele reclama porque não sabe a açúcar! pois não também não é para saber a açúcar”. E10

Contexto escolar *“Na escola por exemplo eles já tem sessões de alimentação, e gostam eles chegam a casa e contam o que se passa e percebem. Falam-lhe da roda, se calhar é pouco!” E3*

“Se calhar era importante fazer sessões para os pais das crianças que não têm este problema”. E3

“A escola este ano teve uma medida boa um dia na semana distribui uma peça de fruta para os habituarem a comer a fruta, para fazer parte dos lanches”. E3

“O que é de facto devia haver intervenção nas escolas, nas escolas já há o gabinete de apoio aos adolescentes que tem pouco impacto nos gaiatos. Terá que haver uma mudança de estratégias”. E3

“Uma boa estratégia é irem pessoas de fora falarem com eles, assim eles ouvem”.

E3

“A minha mãe prepara-lhe sempre para o meio da manhã um iogurte, uma peça de fruta para levar para o lanche”. E2

“A minha Teresa um dia a professora chamou-a para eles verem o que era um lanche saudável. Ela ficou toda contente, até fui falar com a professora, porque aquilo motiva os miúdos a levarem esse tipo de lanches”. E3

“O meu filho, o que eu meter para o lanche, ele come, se meter fruta come fruta, se eu meter iogurtes ele também come, eu ai não me posso queixar”. E3

“No início do ano devia haver mais dialogo escola/família para haver mais regras, porque as famílias também têm de cumprir algumas regras afinal de contas os filhos são nossos”. E3

“Quando o meu andava na pré houve umas vezes que isso aconteceu levar os saquinhos dos rebuçados e das gomas, tivemos uma reunião e entre todos os pais e tentamos acordar que não levavam, ou dava-se um balão ou uma lembrança diferente”. E3

“Mas os pais dos miúdos que não têm esse tipo de problemas têm dificuldade em aceitar essas coisas. Pensam que por eles

não engordarem não lhes faz mal, mas faz na mesma”. E3

“Este ano na escola adoptaram outra estratégia há 2 menus dá para escolher entre dois menus, o prato do dia e o prato da dieta. Os pais que escolhem dieta registam a dieta”. E3

“Na escola eles retiraram empadas, croquetes, para mim foi uma alegria. Porque na escola não há, ele não come, não há pizzas não há nada disso”. E7

“A nutricionista da escola proibiu, não há chipicaus, bolicaus, não há kit-kat só há fruta em salada, fruta cortada e descascada porque podem não a querer descascar e é um incentivo para eles, e há as sandes”. E7

“O António tem um plano de dieta lá na escola que a Doutora lhe passou, eu entreguei na escola e eles cumprem. Cumprem mesmo. ”. E10

“Na escola da Elizabete vai uma dietista mesmo, e é ela que faz os planos alimentares da cantina para a semana. No caso da Elizabete nós levámos também a prescrição da Doutora, mas há várias crianças lá na escola com diabetes e eles fazem o plano. ”. E10

“Na escola da Elizabete já se aboliu completamente a carne de porco os fritos.

Fazem tudo no forno”. E10

Importância da
Consulta Contexto
motivacional

“As crianças quando saem da consulta da Doutora saem sempre com vontade de fazer tudo deixar isto e aquilo, é uma maravilha saem sempre com vontade de fazer tudo”. E1

“Eu meti-o no ginásio e no 1º dia que lá chegou disse-me assim mãe sou o mais magro”. E2

“Vão eles motivados e vamos nós também e pronto levam na cabeça mas faz-lhe bem. E pronto só se eu tiver alguma coisa que não possa vir é que eu não venho”. E2

“No dia que viemos a consulta a Doutora ele olhou para mim e disse-me assim, olha lá aqui para a minha mão, os meus ossinhos já se notam. E isso foi muito importante para ele”. E2

“A Doutora explica-lhe todas as coisas que ela deve e não deve fazer as regras cumprir que ela deve seguir é bom porque ela depois vai mais motivada e depois é capaz de andar ali uns tempos bons a cumprir tudo à regra”. E5

“O facto de vir às consultas da Doutora ajudou muito, havia muitas coisas que ouvíamos falar mas não, para praticar, não

as punha em prática foi um incentivo muito grande para por muita coisa em pratica especialmente na alimentação e depois no fazer ginástica aos miúdos, a maneira como falar com eles para não comerem certas coisas, o explicarmos certas coisas a importância da educação física do desporto para eles incuti-lhes isso”. E5

“Consegui metê-lo lá no futebol e ele está a adorar ainda pensei que ele desistisse porque tem que fazer muito esforço mas não, ele aguenta o mesmo que os outros miúdos que estão há anos a praticar, a treinar, aguentou o mesmo. No 1º dia mais atrasado que os outros mas consegui dar as voltas, terminou mais tarde mas não desistiu”. E5

“Não é só pelo peso mas também por causa do exercício físico se for mais alguém a dizer pode ser que seja mais um incentivo”. E5

“Ele está no futebol há um mês e meio e já se nota bem a diferença na mobilidade dele”. E5

“Ela está na natação e está a adorar”. E5

“O Alexandre nota-se mesmo muito bem, na mobilidade na perda de peso, a escola agora começa e eles também já têm mais movimento não estão tão metidos em

casa”.E5

“O problema da minha é que o peso nunca a inibiu de fazer nada, o excesso de peso que ela tem não a impede, ela não tem gorduras, ela tem a barriga lisa, ela nunca deixou de ser a melhor na nataçãõ, no atletismo, ela joga futebol com as seniores, tem 14 anos e aguenta o jogo todo, os 90 minutos”.E7

“A minha também tem praticado desporto e não sente, há muitos gordinhos que têm dificuldade em mexer-se e ela não sente isso, também não esta obesa e penso que ela nunca chegue a esse ponto”.E7

“Ele vai de vontade mas depois pára por causa do peso que tem. Ele anda no andebol e agora está no futebol também para ver que mais gosta mas pelo menos vai-se mexendo e é isso que eu pretendo”.

E10

“Mas é diferente cá em Évora, para se ter qualquer tipo de desporto há muita coisa que se tem que pagar. Lá em Portel aquilo é irrisório, mesmo na nataçãõ pagamos muito menos do que cá, aquilo tem um acesso ao desporto diferente, está bem que quem quer fazer faz sempre, mas em Évora o desporto é caro”.E3

“O Rui pode fazer ginásio porque é a única coisa que ele me vai falando, mas o ginásio

é caro são 35 euros por mês”.E5

“A consulta é importante para vigiar o peso e verem o que perderam ou não, e principalmente os mais pequeninos andam mais controlados ”. E1

“O Miguel realmente ele tem uma coisa muito boa, tudo o que falamos com ele aceita, percebe e compreende e come já normal mas entretanto tem uma ajuda é muito controlado”. E2

“A Ana faz contratos com a Doutora por exemplo se ela tiver uma altura em que ela aumente o peso a Doutora não a deixa ficar tanto tempo sem vir e então vem de 3 em 3 meses”. E5

“Em relação às consultas da Doutora estão os dois desejando de vir para mostrarem o que conseguiram, eles são muito competitivos entre eles quando vêm à consulta os dois querem mostrar o que conseguiram ”. E5

“Em relação à Rita a consulta ajuda pela autoestima ajuda a levantar a autoestima para ter mais iniciativa nas coisas e eles próprios precisam porque estão na fase da adolescência”. E5

Quando saiu da consulta automaticamente disse, eu fiz isto, e isto, e isto que não devia ter feito, e devia ter feito mais isto”.

E8

Eu reparei que os “puxões de orelhas” que eu dava ao meu filho tinham um impacto e os que a Doutora lhe dava tinham outro”.

E9

Contexto
educativo

“A Doutora esteve a explicar-lhe que agora vai ver o rótulo e se tiver dúvidas vem perguntar-lhe. Ele praticamente deixou de beber bebidas assim”. E1

“Ele está numa fase em apanha quilos e consegue perder pouco mas sempre vou melhorando os hábitos alimentares que se não viesse tantas vezes não tinha tantos conhecimentos e depois temos que andar sempre em cima”. E2

“É muito importante a consulta porque a Ana ouve com muita atenção porque por vezes tenho muita dificuldade em fazer-lhe perceber as coisas que ela pode e não pode comer, tem sido um incentivo muito bom as consultas muito úteis graças a deus que existem”. E3

“Depois destes aconselhamentos todos que a consulta me trouxe da parte desportiva da parte da disciplina alimentar houve mais disciplina”. E9

“Têm que ter autodisciplina. Aqui a consulta teve efeito, principalmente aquela parte de esclarecimento da doutora explicar os alimentos, ele começou a perceber”. E9

“A gente diz-lhe para ter um objectivo, mas não têm, ela não quer saber, quer é comer ela não está gorda porque é muito alta só que se não tiver um bocadinho de atenção agora depois vai ser muito mais difícil perder peso”. E2

“Para mim também é importante embora o Rui não dê importância em vir ou não há consulta. O Rui parece que está sempre tudo bem e tal. Vem às consultas da Doutora e encosta-se na mesa, a Doutora fala e ele é... Está-se bem”. E5

“Eu saio daqui doente, de cara à banda, já chegamos ao ponto eu e o meu marido, de quem é que vem com ele à consulta, ou seja eu já não tenho credibilidade, não tenho disponibilidade mental nem psicológica, o meu marido também já deixou de ter, estamos aqui num dilema, acho que para a próxima consulta vem sozinho”. E8

“Eu venho ali da Doutora com a cabeça estafada, quando vou daqui e chego a casa é bimba, bimba e pronto e aquilo não dá resultado nenhum o rapaz pesa sempre a mesma coisa”. E8

“Nós saímos daqui muito angustiados porque eu sou a mãe tenho algumas obrigações, mas já fiz tudo o que a Doutora mandou, também fico cansada de não ver resultados, por isso é que eu comparo com o estudo, tanta falta de responsabilidade, não quer! Ok. ”. E8