

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

**CURSO MINISTRADO EM PARCERIA COM A ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIAS DA SAÚDE DE LISBOA**

**(DR-II Série, n.º 250 de 29 de Outubro de 2002)**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM**

**POLÍTICAS DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

**Hábitos alimentares e obesidade infantil:  
O Caso dos alunos do 1.º Ciclo de Ensino Básico em dois Concelhos do  
Distrito de Évora**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA POR:**

**Maria da Graça Beraldo de Brito Raimundo**

**Orientador:**

**Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva**

**(Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri)**

**Évora  
Dezembro 2006**

**HÁBITOS ALIMENTARES E OBESIDADE INFANTIL:  
O CASO DOS ALUNOS DO 1º CICLO DE ENSINO BÁSICO EM  
DOIS CONCELHOS DO DISTRITO DE ÉVORA**

**ERRATA**

<b>Pág</b>	<b>Linha</b>	<b>Onde se lê:</b>	<b>Deve ler-se:</b>
29	20	“uns quilinhos a mais”. Apresenta	“uns quilinhos a mais”, apresenta
40	18	no alimentarmos	nos alimentarmos
43	10	mais grave esse aspecto quando	mais grave quando
43	28	Superprodução	superprotecção
45	7	factor:	Factores:
50	21	N obesidade infantil	Na obesidade infantil
61	28	longos	longo
61	30	sócias	sociais
71	26	equilibradas e como promovendo-se a saúde da família.	Equilibradas, promovendo-se a saúde da família.
72	1	our «trás	outras
75	21	lata	alta
76	27	planta	planeta
79	7	por grande estudo o chamado	por um grande estudo, o chamado
79	20	Saudáveis	sédentários
84	9	relutados	resultados
87	7	pé-escolar	pré-escolar
88	12	que incluem a família e a escola (tirar...intervenção)	que incluem a família e a escola.
88	15	Ada	A ADA (2006)
96	4	Também	também
96	34	elo	pelo
106	25	privilegiam-se neste estudo como técnicas de recolha de dados, a entrevista e o questionário indirecto.	privilegia-se neste estudo como técnica de recolha de dados, o questionário indirecto.
115	7	seguemdiz	Seguem diz
121	11	93,9%	89,9%
130	9	(quadro 25)	(quadro 39)
138	18	prato preferido dos	O tipo de sopa consumido pelos
164	2	Comunity	comunidade
167	28	ARGENTE et al. 2003	ARGENTE et al. 1997
174	1	SRAUTS Richard. 2003.	SRAUTS Richard. 1999.

# UNIVERSIDADE DE ÉVORA

## MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

CURSO MINISTRADO EM PARCERIA COM A ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIAS DA SAÚDE DE LISBOA

(DR-II Série, n.º 250 de 29 de Outubro de 2002)

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM

POLÍTICAS DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

### **Hábitos alimentares e obesidade infantil: O Caso dos alunos do 1.º Ciclo de Ensino Básico em dois Concelhos do Distrito de Évora**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA POR:

**Maria da Graça Beraldo de Brito Raimundo**



162 900

Orientador:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

(Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Évora  
Dezembro 2006

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Carlos Alberto da Silva pela sua disponibilidade, pelas suas valiosas sugestões, estímulo e interesse que manifestou ao longo da orientação desta dissertação, sem os quais não seria possível a sua realização.

A todos os alunos que participaram no estudo e aos seus pais que autorizaram a recolha dos dados.

Ao Agrupamento de Escolas de Arraiolos e ao Agrupamento de Escolas nº 4 de Évora a disponibilidade demonstrada para a recolha de dados.

A todos os professores e auxiliares das escolas do 1.º C.E.B. de Arraiolos e de Canaviais, pela disponibilidade e simpatia demonstrada durante a recolha dos dados.

A todos os amigos e colegas em particular à Margarida pelo apoio dado para a realização deste estudo.

À Graça e à Sofia pelo precioso apoio prestado durante a realização deste estudo.

À minha família em particular ao Manuel Maria, à Sofia e à Rita, pelo seu valioso apoio, pela compreensão das minhas “ausências” e aceitação das privações que elas lhe causaram e ainda à Lurdes pelas sugestões dadas.

A todos os que, directa ou indirectamente, contribuíram para que a realização desta dissertação fosse uma realidade.

A todo eles, o meu Muito Obrigado ...

## **Lista de Abreviaturas**

- 1.º C.E.B. - Primeiro Ciclo do Ensino Básico
- A.D.A. - *American Dietetic Association*
- D.C. - *Dietitian of Canadá*
- D.G.S. - Direcção Geral de Saúde
- E.p.S. - Educação para a Saúde
- I.M.C. - Índice de Massa Corporal
- I.N.E. - Instituto Nacional de Estatística
- I.O.T.F. - *Internacional Obesity Task Force*
- Kg - Kilograma
- N.C.H.S. - *National Center Health of Statistics*
- N.H.A.N.E.S. - *National Health and Nutrition Examination Surveys* -
- O.M.S. - Organização Mundial de Saúde
- P.I.M.C. - Percentil de Índice de Massa Corporal
- U.S.A.D.A. - *United States Department of Agriculture*

## **Hábitos alimentares e obesidade infantil:**

### **O Caso dos alunos do 1.º Ciclo de Ensino Básico em dois concelhos do Distrito de Évora**

## **Resumo**

Esta investigação tem como objectivo identificar quais os hábitos alimentares das crianças, avaliar em que medida é que os hábitos alimentares influenciam a obesidade infantil. Pretende ainda determinar a prevalência da obesidade infantil nos alunos do 1.º Ciclo de Ensino básico em dois concelhos do Distrito de Évora e, em função dos resultados, pretende apresentar uma estratégia de intervenção para combater a obesidade infantil. O interesse do estudo reside, assim, em relacionar os hábitos alimentares com a obesidade infantil e na exploração dos mecanismos de interacção presentes no domínio da cooperação interinstitucional, na perspectiva da elaboração de um plano de intervenção.

O método de investigação adoptado no presente trabalho foi o método quantitativo uma vez que se pretende verificar a associação entre os hábitos alimentares e a obesidade e ainda, calcular a prevalência da obesidade nas escolas do 1.º Ciclo do Ensino Básico de dois concelhos do distrito de Évora, determinar a prevalência de pré-obesidade e obesidade por sexo, por idade e ano de escolaridade.

Os principais resultados do estudo sugerem que a prevalência de obesidade infantil nos alunos do 1.º Ciclo do Ensino Básico de dois concelhos do distrito de Évora é de 8,6% e que a prevalência de pré-obesidade é de 20,2%, desta forma 28,8% das crianças estão em risco de se tornarem obesas na vida adulta. No referente aos hábitos alimentares pode-se constatar que de uma maneira geral a população estudada apresenta algumas práticas alimentares correctas. No entanto continua-se a verificar o consumo diário de alimentos menos aconselhados tal como doces e refrigerantes.

Perante os resultados do estudo é de admitir que adequadas políticas e práticas de promoção para a saúde, com particular recurso às estratégias de educação para a saúde, podem contribuir de forma categórica para a modificação dos hábitos de vida menos saudáveis das crianças. Neste caso concreto a mudança de práticas alimentares menos adequadas e o aumento da actividade física, factores fundamentais para a diminuição da prevalência da obesidade infantil. Representando a família e a escola vectores essenciais para que ocorram tais alterações.

As palavras-chave do trabalho são: hábitos alimentares, prevalência, obesidade, infantil, família, escola, Intervenção e *empowerment*.

## ALIMENTARY HABITS AND CHILDREN'S OBESITY

The case of pupils from primary school in two municipalities of Évora

### Abstract

The investigation has the purpose of identifying which are the children's alimentary habits; evaluate the relationship between the alimentary habits and the children's obesity. It is also the purpose of knowing the prevalence of children's obesity among the pupils from primary school in two municipalities of Évora, and according to the results it has the aim of presenting a strategy of intervention in order to face the children's obesity. So, the importance of the study is not only understanding the relationship between the alimentary habits and the children's obesity but also the exploration of the mechanisms of interaction which take part of the cooperation between different institutions in order to prepare a plan of intervention.

The method of the research was the quantitative method because it wants to verify the relationship between alimentary habits and children's obesity; calculate the prevalence of the obesity in primary schools from the municipalities of Évora and determine the existence of the relationship between overweight and obesity according to the gender, the age and the degree at school.

The main results, point to the fact that the prevalence of children's obesity in the primary schools of two municipalities in Évora are about 8,6% and the overweight are 20,2%, so that, 28,8% of the children has the chance of being obese in adult life. In what concerns to the alimentary habits, the results suggest that the population of study has correct alimentary habits. However, there is persistence in consuming sweets and industrial juices.

According to the results it can be admitted that adequate policies and health promotional behaviours, with the resource to health educational strategies, can contribute very strongly to the modification of the children's unhealthy ways of living. In this specific case the changing of the inadequate alimentary habits and the increasing of physical activity are fundamental factors to the decrease of children's obesity prevalence, as family and school are essential factors for these modifications to occur.

The key-words of the work are: alimentary habits, prevalence, children's obesity, family, school, interaction and empowerment.

# Índice Geral

<b>Agradecimentos</b>	<b>2</b>
<b>Lista de Abreviaturas</b>	<b>3</b>
<b>Resumo</b>	<b>4</b>
<b>ÍNDICE GERAL</b>	<b>6</b>
<b>Índice de Quadros</b>	<b>8</b>
<b>Índice de Figuras</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>1 - Razões do estudo</b>	<b>12</b>
<b>2 - Breves considerações sobre a estratégia da pesquisa realizada</b>	<b>15</b>
<b>3 - Organização da estrutura do relatório</b>	<b>16</b>
<b>1 - CONCEPTUALIZAÇÃO E PERSPECTIVAS - ANALÍTICAS</b>	<b>18</b>
<b>1.1 - Contribuições para uma abordagem plural da alimentação</b>	<b>19</b>
<b>1.2 - Tendências de alimentação no Portugal moderno</b>	<b>27</b>
<b>1.3. O “gordo” na sociedade</b>	<b>29</b>
<b>1.4 Um olhar sobre a obesidade infantil</b>	<b>33</b>
<b>1.5 Educação para a saúde</b>	<b>60</b>
<b>1.5.1 - Família</b>	<b>66</b>
<b>1.5.1.1 À mesa com a família</b>	<b>66</b>
<b>1.5.1.2 - Mudanças nos estilos de vida da família. Mais saúde para todos!</b>	<b>72</b>
<b>1.5.2 Escola</b>	<b>73</b>
<b>1.5.2.1 - à mesa na escola</b>	<b>73</b>
<b>1.5.2.2 - Escola como vector de adesão à promoção da saúde.</b>	<b>74</b>
<b>1.5.3 - Comunidade</b>	<b>76</b>
<b>1.5.3.1 - Promoção de programas de actividade física</b>	<b>78</b>
<b>1.6 - <i>Empowerment</i> na promoção e na educação para a saúde</b>	<b>80</b>
<b>1.7 - O Dietista na intervenção comunitária</b>	<b>86</b>

<b>2 - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTUDO</b>	<b>90</b>
2.1 - Dois Concelhos do Alentejo: caracterização física e demográfica	92
2.2 - Breve caracterização das infra-estruturas e recursos de saúde na área geográfica de estudo	95
2.2 - Breve caracterização das infra-estruturas e recursos de educação na área geográfica de estudo	96
<b>3 - PERCURSOS METODOLÓGICOS</b>	<b>102</b>
3.1 - Notas breves	103
3.2 - Fundamentos da abordagem Quantitativa	105
3.3 - Critérios e Procedimentos	106
3.4 - População do estudo	108
3.5 - Inquérito por Questionário	109
3.6 - Recolha dos dados	112
3.7 - Tratamento e análise dos dados	113
<b>4- SIGNIFICADOS DOS HÁBITOS ALIMENTARES DOS ALUNOS DO 1.º CICLO DO ENSINO BÁSICO DA ESCOLA DE ARRAIOLOS E DA ESCOLA DE CANAVIAIS</b>	<b>115</b>
4.1 - Breve Caracterização dos Inquiridos	116
4.2 - Hábitos alimentares	120
4.3 - Influência dos hábitos alimentares na obesidade infantil	143
4.4 - Prevalência da obesidade infantil	145
<b>5 -DISCUSSÃO</b>	<b>147</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES</b>	<b>154</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>168</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>178</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>183</b>

## Índice de Quadros

Quadro 1: Percentagem da população portuguesa com pré-obesidade e obesidade por sexo.....	36
Quadro 2: Definição de pré-obesidade e obesidade infantil e juvenil.....	40
Quadro 3: Síndromes e alterações endócrinas associadas à obesidade.....	48
Quadro 4:.....	50
Quadro 5: Conteúdos do Programa do 1.º Ciclo do Ensino Básico: bloco “À descoberta de si mesmo.....	75
Quadro 6: Vantagens e limitações da actividade física espontânea ou estruturada.....	79
Quadro 7: Estrutura Etária da População - 2001.....	92
Quadro 8: Caracterização da comunidade Escolar.....	97
Quadro 9: Estrutura do Guião do Questionário.....	111
Quadro 10: Sexo dos alunos inquiridos.....	116
Quadro 11: Idade dos alunos inquiridos.....	117
Quadro 12: Escola.....	117
Quadro 13: Ano de Escolaridade.....	118
Quadro 14: Grupos de peso.....	118
Quadro 15: Grupos de altura.....	119
Quadro 16: Percentil de I.M.C.....	119
Quadro 17: Consumo de copos de leite/dia.....	121
Quadro 18: Como bebes o leite.....	121
Quadro 19: Consumo diário de pão.....	122
Quadro 20: Tipo de pão.....	122
Quadro 21: Número de refeições efectuadas ao longo do dia.....	123
Quadro 22: Consumo de refrigerantes.....	124
Quadro 23: Quantidade de refrigerantes/dia.....	124
Quadro 24: Consumo de sopa ao almoço e ao jantar.....	125
Quadro 25: Tipo de sopa mais consumido.....	125
Quadro 26: Comparação entre o consumo de hortaliças e frutas/carne.....	126
Quadro 27: Consumo diário de carne.....	126
Quadro 28: Tipo de Carne mais consumido.....	127
Quadro 29: Consumo diário de peixe.....	127
Quadro 30: Tipo de peixe mais consumido.....	128
Quadro 31: Consumo semanal de ovos.....	128
Quadro 32: Consumo de molhos.....	129
Quadro 33: Consumo diário de fruta.....	129
Quadro 34 :Consumo de fast- food.....	130
Quadro 35: Frequência de restaurante fast-food.....	130
Quadro 36 :Com quem vai ao restaurante de comida fast-food.....	131
Quadro 37: Tipo de confecção mais praticada.....	131
Quadro 38: Consumo diário de cereais.....	132
Quadro 39: Tipo de cereais consumidos.....	132
Quadro 40: Tipo de alimentos consumidos na refeição do meio-da-manhã na escola.....	132
Quadro 41: Local onde costuma almoçar durante o período de aulas.....	133
Quadro 42: Consumo diário de doces.....	133

<b>Quadro 43: Tipo de doces consumidos.....</b>	<b>134</b>
<b>Quadro 44: Prato preferido .....</b>	<b>135</b>
<b>Quadro 45: Consumo do prato preferido .....</b>	<b>135</b>
<b>Quadro 46: Relação entre os hábitos alimentares e o sexo .....</b>	<b>136</b>
<b>Quadro 47: Relação entre os hábitos alimentares e a idade.....</b>	<b>138</b>
<b>Quadro 48: Relação entre os hábitos alimentares e escola .....</b>	<b>142</b>
<b>Quadro 49: Relação entre os hábitos alimentares e o P.I.M.C.....</b>	<b>144</b>
<b>Quadro 50: Relação entre o sexo e o P.I.M.C. ....</b>	<b>145</b>
<b>Quadro 51: Relação entre a escola e o P.I.M.C. ....</b>	<b>145</b>
<b>Quadro 52: Relação entre o percentil de I.M.C. e a idade .....</b>	<b>146</b>
<b>Quadro 53: Relação entre o percentil de I.M.C. e o ano de escolaridade.....</b>	<b>146</b>

## **Índice de Figuras**

<b>Figura 1 - Alterações no excesso de peso e obesidade, em alguns países seleccionados .....</b>	<b>35</b>
<b>Figura 2 - Mediadores comportamentais de semelhanças familiares no hábito alimentar e no estado nutricional.....</b>	<b>71</b>
<b>Figura 3 - Modelo lógico desenvolvido para a família - base da abordagem para a prevenção da obesidade .....</b>	<b>161</b>
<b>Figura 4 - Modelo lógico desenvolvido para a Escola - da abordagem para a prevenção da obesidade.....</b>	<b>165</b>

## **Introdução**

## **1 – Razões do estudo**

As preocupações com a obesidade remontam ao tempo de Hipócrates. Este dizia que os homens obesos morriam mais cedo que os não obesos. A obesidade anteriormente considerada como um problema estético, mais do que médico, é hoje, oficialmente reconhecida como um problema preocupante de saúde pública pelas patologias que desenvolve lentamente e ao longo do tempo. Distúrbios degenerativos das articulações, a hipertensão arterial, as doenças cardiovasculares, a diabetes, a hiperlipidemia, desenvolvendo desta maneira condições para que a mortalidade seja mais elevada nos obesos. Culturalmente, uma criança “rechonchuda” é considerada bonita e saudável. Todos a admiram, mas ninguém acha bonita e saudável uma menina de 9 anos, que pese 70 kg, ou uma jovem com 90 kg. É necessário desta forma alertar a população em particular os pais, no que se refere aos inconvenientes do excesso de peso, mesmo para os mais novos, e como obter o seu controle, evitando, no futuro, ter que submeter essas crianças ou jovens a regimes especiais de redução ponderal, caso sejam obesos. O risco da obesidade deve ser identificado de forma precoce, para que a intervenção também seja precoce e se obtenham os resultados satisfatórios. Segundo Mello, Vivian e Meyer (2004) na infância o tratamento da obesidade pode ainda ser mais difícil do que na idade adulta, uma vez que está relacionado com as alterações de hábitos e disponibilidades dos pais, além de contemplar também uma falta de compreensão da criança no que se refere aos problemas provocados pela obesidade.

Uma das preocupações relacionadas com a obesidade “está baseada no conhecimento de que a criança obesa será também obesa na idade adulta. Os adultos obesos, para além das patologias que a obesidade pode desenvolver, fazem sacrifícios enormes quando desejam emagrecer e frequentemente fracassam. Tomam anoréxicos, emagrecem, mas, à menor transgressão, retornam à obesidade. Muitos destes doentes mudam de médico com frequência na esperança de encontrar tratamentos fáceis e seguros. Todos estes factos são indesejáveis e justificam a prevenção da obesidade” (Woiski, 1995: 237).

Na Infância e na adolescência, o excesso de peso pode determinar dificuldades de socialização, além de problemas ortopédicos, dermatológicos, cardiovasculares, entre outros. O adulto jovem obeso tem maiores dificuldades que os não obesos para conseguir emprego e constituir família. Na maturidade, são expressivamente maiores os riscos de incapacidade e morte entre os obesos, quando comparados com não obesos.

A intervenção a nível da obesidade coloca-se actualmente de forma prioritária quer a nível da intervenção individual quer a nível da comunidade, este é um problema de nutrição em termos de saúde pública, deve merecer a atenção de todos os profissionais de saúde, educadores e também do poder político.

A obesidade é uma doença crónica, com génese multifactorial, que requer esforços continuados para ser controlada, constitui uma ameaça para a saúde e um importante factor de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças, é considerada uma das marcas registadas da civilização actual. Nos últimos anos tem-se verificado um aumento da prevalência de obesidade infantil, uma das preocupações relacionada com este problema está baseada no conhecimento de que uma criança obesa tem muitas probabilidades de se tornar um adulto obeso.

Uns dos factores com grande influência no desenvolvimento da obesidade são os hábitos alimentares. A alimentação é considerada “um acto de cultura. O consumo de alimentos necessárias por razões biológicas está repleto de significados, de imagens relacionadas com usos, situações e comportamentos colectivamente imaginados que constituem a alimentação um verdadeiro sistema de comunicação codificado de acordo com uma lógica simbólica. Através dessa lógica e através da alimentação, os grupos humanos comunicam a partilha de uma identidade interpretativa da existência” (Silva, Vieira e Soares, 2000).

De acordo com relatos da Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), “a prevalência da obesidade infantil tem crescido em torno de 10 a 40% na maioria dos países europeus nos últimos 10 anos. A obesidade ocorre mais frequentemente entre o primeiro ano de vida, entre os 5 e os 6 anos e na adolescência” (Mello, et al., 2004).

Em Portugal, poucos estudos têm sido efectuados abordando o tema hábitos alimentares e obesidade infantil, apesar de obesidade na infância e adolescência ser um tema que cada vez mais é causa de discussão. Por este motivo, torna-se importante a realização de investigações no sentido de avaliar de que forma tem evoluído a obesidade infantil a nível nacional e a sua relação com os hábitos alimentares.

O impacto da obesidade é tão marcado para a Saúde Pública “ que a O.M.S. classificou a obesidade como um problema *major* da Saúde Pública Mundial. A Associação Europeia para o estudo da Obesidade lançou já em 1999 um apelo aos governantes e agências reguladoras na Europa para reconhecer o excesso de peso e a obesidade como patologia de maior importância e chamou a atenção para as suas enormes implicações socioeconómicas. A Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade afirma que é evidente a necessidade de um programa nacional com a finalidade de possibilitar não só o conhecimento da doença e dos seus riscos, mas também impedir que a situação se agrave” (Bouw, 2002: 95).

Devido à importância das razões expostas a pesquisa realizada apresenta adequada pertinência no contexto da intervenção sócio - organizacional na saúde, uma vez que não se pretende apenas calcular a prevalência da obesidade infantil, nem apenas a sua relação com os hábitos alimentares, mas sim elaborar uma estratégia de intervenção para combater o problema.

Tendo em conta o tema da investigação, assim como a necessidade de clareza, exequibilidade e pertinência equacionaram-se as seguintes perguntas de partida:

- *“Quais os hábitos alimentares das crianças?”*
- *“Qual a influência dos hábitos alimentares na obesidade infantil?”*

Trata-se de uma questão que pretende constatar a influência dos hábitos alimentares na obesidade infantil.

- *“Qual a prevalência da obesidade infantil nos alunos do 1.º ciclo do Ensino Básico de dois concelhos do distrito de Évora?”* É uma questão que visa “estimar” o número de alunos obesos existentes no 1.º ciclo de Ensino Básico de

dois concelhos do distrito de Évora e desta forma analisar a extensão da obesidade nos espaços geográficos estudados.

De forma a dar resposta às questões de partida, elaborou-se o seguinte objectivo geral:

- Determinar a influência dos hábitos alimentares na obesidade infantil.

Como se sabe, os objectivos específicos constituem parcelas do objectivo geral, pelo que se referem ao mesmo. No estudo efectuado os objectivos específicos são:

- 1 - Determinar a prevalência da pré-obesidade e da obesidade infantil nos alunos do 1.º ciclo de ensino básico em dois concelhos do distrito de Évora.
- 2 - Determinar a influência do sexo, da idade e do ano de escolaridade que o aluno frequenta na prevalência de pré-obesidade e de obesidade infantil.
- 3 - Elaborar estratégias de combate à obesidade infantil.

## **2 – Breves considerações sobre a estratégia da pesquisa realizada**

O estudo realizado é de natureza descritiva uma vez que o pretendido consiste em explicar os hábitos alimentares das crianças do 1.º C.E.B. do distrito de Évora, tomando-se em consideração as práticas alimentares efectuadas. Para o efeito, procedeu-se à pesquisa de diferentes artigos e livros sobre os temas a abordar, tanto a nível teórico como materiais de outras investigações. Em termos precisos, procurou-se analisar os diferentes estudos elaborados na área da nutrição e obesidade quer a nível nacional quer internacional.

Após esta primeira parte de recolha, leitura e análise dos materiais e recursos pesquisados procedeu-se à realização do quadro teórico. Simultaneamente preparou-se o inquérito por questionário para aplicação junto das crianças dos concelhos em estudo, tendo como ponto de partida uma adaptação de alguns instrumentos conhecidos sobre o tema. Seguindo-se a fase de introdução de dados no computador através da aplicação informática SPSS *for*

*windows (Statistical Package for Social Sciences)*. Finalmente, os dados foram tratados e analisados e os resultados compilados.

Considerando que o estudo realizado apresenta características particulares por incidir sobre a obesidade numa população-alvo muito “sensível” e “delicada”, crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos de dois concelhos do Alentejo. Foram salvaguardados os limites éticos aquando da recolha, no tratamento e na apresentação dos dados no estrito cumprimento do código deontológico da prática sociológica.

### **3 – Organização da estrutura do relatório**

O presente relatório é constituído por diversas partes que se interligam. Inicialmente encontra-se uma parte destinada ao resumo, aos agradecimentos, aos índices e às abreviaturas e siglas. Posteriormente segue-se a introdução que se compõem por várias temáticas nomeadamente as razões do estudo, considerações sobre as estratégias na pesquisa realizada e a estrutura do relatório.

Para além destas partes a estrutura deste relatório é composta por quatro capítulos. O primeiro é de carácter conceptual, no qual estão incluídas as contribuições para uma abordagem plural da alimentação, onde se faz uma abordagem das tendências da alimentação em Portugal nos nossos dias, é também dada uma perspectiva sobre o “gordo na sociedade” e traça-se um olhar sobre a obesidade infantil. Neste capítulo aborda-se o tema educação para a saúde, dando-se ênfase ao papel da família, da escola e da comunidade. Aborda-se ainda a temática sobre promoção de saúde evidenciando-se o *empowerment* na promoção da saúde. Por último fala-se do papel do dietista na intervenção comunitária, dando-se ênfase ao seu papel como educador de saúde e como profissional adequado para capacitar a comunidade sobre estilos de vida saudáveis nomeadamente no que se refere a práticas alimentares (desde a aquisição dos géneros alimentares, passando pela sua confecção até ao seu consumo) adequadas e à prática de exercício físico. Os principais temas abordados são a alimentação/nutrição, a obesidade, a educação para a saúde, a promoção da

saúde, o *empowerment*, entre outros.

Na segunda parte faz-se uma caracterização do contexto de estudo, ou seja, dá-se ênfase às actividades realizadas nos Agrupamentos investigados, que de alguma forma posam estar relacionadas com a educação alimentar, educação para a saúde e com a sua promoção.

A terceira parte deste relatório refere-se aos percursos metodológicos utilizados na realização desta investigação. Deste modo, esta parte relaciona-se com os métodos e as técnicas utilizadas quer para a recolha como para o tratamento de dados.

A quarta parte é composta pela apresentação dos resultados obtidos, sendo descrito neste espaço a interpretação e a contextualização das relações existentes entre as diferentes variáveis em estudo.

A última parte inclui também um capítulo reservado à discussão dos resultados,

O presente relatório inclui ainda um capítulo reservado às considerações finais e às recomendações, onde se desenha um plano de intervenção sócio-organizacional, o qual consiste num eixo de referência daquilo que se pensa que deve ser efectuado para combater a obesidade infantil. Deste relatório consta ainda a bibliografia.

## **1 – Conceptualização e perspectivas - analíticas**

## **1.1 – Contribuições para uma abordagem plural da alimentação**

A Alimentação humana envolve aspectos fisiológicos, psicológicos e socioculturais, sendo considerada um fenómeno de grande complexidade.

O estudo da alimentação é considerado como “um elemento para o entendimento da sociedade e do seu desenvolvimento” (Garcia, 1995 citado por Abreu, Viana, Moreno e Torres, 2001). A tradição alimentar de uma cultura foi inicialmente constituída “pela disposição regional de alimentos e, posteriormente, através de contactos entre os diversos povos, houve a produção de novos produtos, ampliando as possibilidades alimentares” (Garcia, 1995 citado por Abreu et al., 2001). “Os hábitos das pessoas de todas as partes do mundo têm sido influenciados por convicções e valores culturais, religião, clima, localização regional, agricultura, tecnologia, situação económica, etc. Consequentemente, os hábitos alimentares variam de país para país e de região para região dentro de um mesmo país” (Medved, 1981 citado por Abreu et al., 2001).

Na perspectiva de Romanelli (2006) a comida é uma categoria muito importante através da qual as sociedades edificam representações sobre si próprias, revelando a sua identidade em relação a outras, das quais se distinguem nos hábitos alimentares, os quais constituem elementos significativos para se pensar a identidade social dos seus consumidores.

Os hábitos alimentares estão fortemente condicionados pela disponibilidade de alimentos e “fazem parte da cultura e do poder económico de um povo” (Mezono, 1994 citado por Abreu et al., 2001). A distribuição “de alimentos é bastante desigual no mundo, e afecta de forma importante os padrões de consumo de uma população” (Abreu et al., 2001). Este fenómeno para Monteiro (1996) e Pekkanivew (1975) referido por Abreu et al. (2001) evidencia a relevância do factor político-económico. Nos países desenvolvidos há uma abundante oferta de alimentos, contudo o consumo sob o ponto de vista nutricional, nem sempre é ajustado podendo ocorrer um consumo alimentar excessivo, por outro lado, as populações dos países em desenvolvimento convivem com a privação de alimentos e não dispõem de recursos financeiros, educativos e ambientais para obtenção dos mesmos, tendo como resultado a fome e/ou subnutrição.

A alimentação humana na perspectiva de Romanelli (2006) não é um acto solitário, é uma actividade social, que envolve outras pessoas quer seja: na produção dos alimentos, na sua preparação e sobretudo na comensalidade, ocasião para se formar e manter formas de sociabilidade. Outro dos aspectos a ressaltar é o aspecto estético da alimentação, presente na exibição da comida à mesa, na riqueza de formas, cores, odores, bem como na dimensão erótica de alimentos culturalmente classificados como afrodisíacos, alegados estimulantes do desejo e do aprimoramento da actividade sexual. Desta forma a alimentação só pode ser compreendida como um fenómeno social complexo que envolve distintas partes da vida social, incluindo a dimensão do sagrado.

A decisão sobre o valor nutritivo dos alimentos é dominada pelo valor simbólico o qual “traduz o arbitrário cultural pelo qual as sociedades respondem às exigências relevantes do psiquismo” (Garine, 1979 citado por Silva et al. 2000). “Entre o pão como produto real pousado numa prateleira do supermercado e o pão que o consumidor compra existe uma produção de percepções e valores que reconstroem e deformam as suas qualidades nutricionais objectivas. O pão escuro, servido recentemente à mesa dos restaurantes é, em termos sociais, um sinal de requinte que representa a mudança em relação ao passado em que o requinte estava no pão branco. Um alimento tem significado, transmite uma situação, constitui uma informação” (Barthes, 1961 citado por Silva et al., 2000)

Considera-se que “é a realidade social que orienta a escolha dos alimentos e modela o gosto de acordo com o que é definido como bom para comer. As sociedades rejeitam muitos alimentos comestíveis (assimiláveis e nutritivos) como não sendo bons para comer, de acordo com um sistema social de classificação que originariamente considera poluído ou impuro tudo o que não cabe no seu sistema social de categorias sobre a realidade” (Douglas, M. 1997 citado por Silva et al., 2000). O acto de comer “é sempre mediado por regras dietéticas, cujas origens e finalidades são múltiplas e são elaboradas a partir de diversas formas de saber, como o conhecimento científico, o senso comum, as religiões, que criam interdições para excluir do cardápio alimentos considerados culturalmente como nocivos”(Romaneli, 2006: 335).

Os modelos “de consumo alimentar, determinados pelo gosto e pelas representações sobre os produtos e as práticas, participam da classificação social que hierarquiza os grupos e os estilos de vida. A hierarquização social do consumo alimentar nas sociedades ocidentais distingue entre a simbologia da força para trabalhar, patente no discurso que sobre os alimentos fazem as classes populares e a simbologia de prestígio que aparece nas escolhas alimentares das classes elevadas” (Grignon, 1980 citado por Silva et al. 2000). As motivações de consumo encontram-se relacionadas com as “representações sociais que em cada grupo configuram o estatuto de promoção social - os sinais de força e resistência do corpo versus os sinais do bem-estar económico e da elegância” (Silva et al., 2000). A comida é segundo a abordagem de Romaneli (2006) uma categoria através da qual os pobres reflectem a sua relação com os “ricos” que não se defrontam com carências alimentares e com os muito pobres, que chegam mesmo a passar fome. Deste modo, “a categoria da comida estabelece fronteiras entre a identidade de pobres, ricos e dos muito pobres” (Romaneli, 2006: 336). Na sua dimensão sócio-cultural a alimentação é um meio de marcar identidades, de estabelecer fronteiras entre segmentos sociais.

A industrialização é considerada como um factor importante para o acréscimo da produção alimentar, a qual “provocou um incremento dos espaços e dos momentos em que se come, transformando as sociedades ocidentais em sociedades de abundância” (Goody, 1982; Mennel, et al., 1992 citados por Silva et al., 2000). A alimentação ou seja “o acto de comer passou a ser um acto relativamente constante, sem relação com a necessidade biológica de alimento e cada vez menos sujeito ao ritmo das refeições (que no entanto continuam a manter-se)” (Silva et al., 2000).

Em Portugal, tal como noutros países em desenvolvimento “com idêntica situação cultural, a partir do momento em que o poder de compra familiar aumenta, as primeiras atitudes são comer e beber mais e moderar a actividade muscular. Num primeiro tempo, comer e beber mais generosamente do que já era habitual: mais batata, pão, arroz, vinho, etc. Depois eleger símbolos de prestígio: carne de bovino, pão branco, doçaria, cerveja, alguns produtos embalados, etc., e adoptar uma culinária mais engordurada. A seguir comer fora, e vulgarizar o

festim. Numa última fase, mais cedo alcançada pelos jovens, sobretudo de famílias pouco agregantes ou com más condições habitacionais, desculturados e vulneráveis aos apelos de consumo, a prática alimentar subverte-se: desrespeitam-se ritmos e horários, destruturam-se as refeições ou trocam-se por comida rápida, e adoptam-se produtos de marca e lixo alimentar - batata frita, salsichas, refrigerantes, bebidas achocolatadas, *pizza*, *croassants* recheados, etc” (Peres, 1996: 14).

Hoje a “indústria associada à publicidade, conquista os actores sociais para o consumo de produtos nutricionalmente desadequados onde abundam o açúcar, o sal e as gorduras animais, estes são manipulados de forma a desencadear a aceitação e incrementarem a procura” (Peres, 1997; Mead, 1997 citados por Silva et al., 2000).

Nas sociedades ocidentais “de hoje, a sobrealimentação constitui um importante risco do ponto de vista do desenvolvimento saudável. Em contraste com as sociedades da subnutrição, as principais causas de morte nas nossas sociedades devem-se ao estilo de vida no qual se inclui a alimentação demasiado rica em gorduras e calorias” (James, 1990; O.M.S., 1996 citados por Silva et al., 2000).

Durante o Século passado, em particular após a Segunda Guerra Mundial, segundo a perspectiva de Cardoso (2004) ocorreram profundas modificações na alimentação e no estilo de vida, em geral nos países europeus e nos EUA. Estas alterações levaram também a modificações nas matrizes laboral, familiar e cultural e também ao aparecimento de uma força da pressão consumista as quais “provocaram uma nova dinâmica de oferta de bens alimentares industrializados (refeições prontas, enlatados, salsicharia, pastelaria, margarinas, óleos, cremes, bebidas alcoólicas destiladas, cerveja, refrigerantes) e “estimularam” um comportamento alimentar “moderno” (proliferação de *snack-bars*, *hamburger-houses*, *self-services*, *take-aways*, *pizzerias*). Esta nova dinâmica condicionou a aquisição de novos hábitos alimentares, os quais se designam globalmente por padrão *alimentar ocidental* “ (Cardoso, 2004: 71). (Anexo I)

O resultado final deste tipo de padrão alimentar desequilibrado e do “desequilíbrio entre a ingestão/consumo é o aparecimento da obesidade,

incluindo a obesidade mórbida, que atinge mais de 8% da população americana e canadiana” (Cardoso, 2004: 71).

A urbanização foi acompanhada por alterações no comportamento, em particular no que se refere à dieta e à actividade física, privilegiando-se uma alimentação industrializada com elevada densidade calórica, rica em hidratos de carbono simples e gorduras, ao mesmo tempo em que os modos de vida foram privilegiando acções de carácter sedentário.

A O.M.S. segundo refere Silva et al. (2000), tem vindo a alertar para o desequilíbrio alimentar das nossas sociedades e a traçar uma ideologia de responsabilização, individual e colectiva, pela saúde em que o equilíbrio nutricional surge como elemento dominante. No que se refere às “práticas sociais, esta influência tem-se traduzido em medidas legislativas de enquadramento e fiscalização da produção, conservação, transporte e comercialização dos produtos destinados ao consumo alimentar. Paralelamente, acções de tipo educativo são dirigidas aos diferentes grupos da população, designadamente às crianças, centrando a informação nos princípios de uma alimentação saudável (a roda dos alimentos) e nos erros alimentares a evitar como prevenção de determinadas doenças (do aparelho circulatório e diabetes nomeadamente” (Silva et al., 2000). Nas rotinas individuais “do quotidiano, no entanto, é medíocre o sucesso desta educação que pretende influenciar o consumo, embora ao nível das crenças do discurso de senso comum inclua a alimentação como preocupação do esforço pela manutenção da saúde” (Fischler, et al., 1994 citado por Silva et al., 2000).

Actualmente a alimentação ideal aparece “condicionada por uma série de restrições e deveres o dever do equilíbrio e variedade, o da atenção e esforço, o da racionalidade e o da gratificação que dita que o prazer da alimentação também tem de ser tido em conta” (Fischler, citado por Silva et al., 2000).

Viana (2002) refere que a investigação sobre o estilo alimentar, enquanto factor fundamental do padrão de ingestão, alcançou nos últimos tempos grande importância. Este conceito dirige para a categorização do padrão alimentar, visto como o efeito da influência de factores psicológicos e sociais.

É importante “fazer uma distinção entre comportamento alimentar e padrão de ingestão pois são conceitos frequentemente confundidos. Assim

enquanto o primeiro envolve o acto de ingestão e ainda aspectos qualitativos associados à selecção e decisão de quais alimentos a consumir, o segundo refere-se aos aspectos quantitativos implícitos na ingestão, como o valor calórico dos macro nutrientes e a energia ingerida. (Moreira, 2001 citado por Viana, 2002: 615)

A escolha “dos alimentos, particularmente em função da composição energética de cada um, a quantidade e a frequência com que são ingeridos interagem com outros factores como o peso e o modo como o próprio corpo é percebido” (Viana, 2002: 615)

Algumas pessoas descontentes “com o peso e com o aspecto do seu corpo “travam uma luta interna constante no sentido de controlar a ingestão, independentemente da fome que sentem, visando manter um determinado peso ou diminuí-lo. Estas pessoas mantêm, por isso, uma preocupação permanente com o corpo e com o que comem e resistem a comer aquilo que desejam” (Viana, 2002: 616)

Considera-se que “o comportamento alimentar anteriormente descrito tem sido classificado como restritivo. O conceito de restrição foi inicialmente proposto para explicar como e porquê o comportamento alimentar dos obesos se distinguiu dos padrões dos indivíduos com peso normal” (Herman e Polivy, 1980 citados por Viana, 2002: 616).

O conceito de “restrição alimentar surge do pressuposto de que a dieta é um factor determinante na regulação da ingestão. O comportamento restritivo passa a ser compreendido como o resultado da interacção entre factores fisiológicos, na origem do desejo de comida (apetite), e os esforços cognitivos para resistir a esse desejo. Está implícito no conceito que os indivíduos que se envolvem em dietas restritivas se preocupam de modo compulsivo com o que comem e se esforçam em resistir ao apelo da comida. No lado oposto desta caracterização situam-se as pessoas que comem de acordo com o desejo e a fome que sentem”(Herman e Mack 1975, citados por Viana, 2002: 616).

Segundo Herman e Polivy (1980) mencionados por Viana (2002) o conceito de restrição contém dois aspectos importantes para a compreensão do comportamento alimentar.

Um é que os “sujeitos restritivos apresentam, em geral, um padrão alimentar caracterizado por ciclos de dieta e restrição intercalados por ciclos de desinibição. Ou seja, os sujeitos conseguem controlar, com esforço da vontade, a fome e o desejo, mas de vez enquanto deixam-se vencer pelo desejo e comem descontroladamente. Factores de ordem emocional como a ansiedade e a depressão, factores cognitivos como a percepção de já terem ultrapassado o limite auto imposto, e factores químicos com efeitos sedativos e desinibidores, como o álcool, têm um efeito desinibidor da restrição. Enquanto alguns sujeitos restritivos comem mais quando sob o efeito de factores desinibidores, os sujeitos não restritivos tendem a comer menos quando estão deprimidos ou ansiosos” (Viana, 2002: 616)

O outro aspecto do conceito de restrição “refere-se à existência de diferenças significativas nos níveis de restrição, mais altos em obesos do que nos sujeitos de peso normal, ao contrário do que seria de esperar” (Moreira, 2001; Viana, 2000 citado por Viana, 2002: 616). Como, por resultado a maior “sensibilidade do obeso aos estímulos do ambiente (orientação externa), seria resultante da restrição alimentar, do desejo potenciado pela carência não satisfeita, não estando portanto associada à obesidade propriamente dita ou à fome” (Viana, 2002: 616).

Realizar “uma dieta, pelo menos de modo radical como é cada vez mais frequente, está associado ao aumento de peso e não à sua redução. Alguns autores consideram mesmo que no que se refere à obesidade e às dietas, será mais adequado falar de uma “psicologia da dieta “do que de uma “psicologia do obeso” (Contento et al., 1995 citado por Viana, 2002: 618).

Os obstáculos “ em alterar os hábitos de vida são manifestas também no que se refere à alimentação. Apesar de serem conhecidas as implicações para a saúde do consumo exagerado de lípidos e de proteínas de origem animal, ou de algumas dietas desequilibradas e deficitárias em nutrientes, alterar os hábitos alimentares é tarefa difícil de conseguir. Mais difícil ainda será manter as mudanças entretanto realizadas” (Viana, 2002: 619). Adquirir e manter um novo comportamento requer mais esforço do que continuar com os velhos hábitos arraigados e associados a outros factores de ordem social e cultural. O resultado é



a extrema dificuldade que os obesos manifestam em manter uma dieta com restrição calórica.

Alguns parâmetros tais como: “a história pessoal e familiar e ainda o envolvimento cultural, permitem compreender o porquê do desenvolvimento dos hábitos alimentares. O paladar, o preço, o aspecto, a facilidade em preparar, a publicidade etc., mais do que conhecimento dos benefícios para a saúde, condicionam as escolhas alimentares que realizamos” (Glanz et al., 1997 citado por Viana 2002).

No que se refere às escolhas alimentares, segundo numa investigação efectuada nos países na União Europeia, os autores Lennernas et al. (1997) constataram que “os factores que mais influenciavam os consumidores eram, por ordem decrescente: a qualidade e frescura, o preço, o paladar, o desejo de uma alimentação mais saudável e as preferências familiares (Viana, 2002: 619).

Fazendo um estudo das “barreiras para uma alimentação saudável, os autores concluíram que a falta de tempo, o desejo de continuar a consumir os alimentos preferidos, a falta de vontade e o preço eram os principais obstáculos. Uma alimentação saudável não era vista como uma alternativa fácil ou atractiva, à dieta praticada” (Viana, 2002: 619).

A maioria das pessoas faz uma selecção dos “alimentos tendo em conta critérios que não estão relacionados com a saúde. Antes de mais será o paladar, o custo, a influência dos parceiros e amigos, a publicidade, a embalagem e a disposição nas prateleiras das lojas que determinará as preferências alimentares” (Kayman, 1989 citado por Viana, 2002: 619)

Múltiplos factores “de ordem psicológica e psicossocial, como falta de motivação, influências sociais, crenças e sentimentos de baixa auto-eficácia, contribuem para efectuar as mudanças no estilo de vida e nomeadamente nos hábitos alimentares (Huon e Strong, 1998 citados por Viana, 2002: 619).

Lewis et al. (1989) referido por Viana (2002) declaram que a escolha dos alimentos depende mais de factores psicossociais do que das necessidades fisiológicas. Para estes autores “o comportamento alimentar é consequência da interacção de factores ambientais com variáveis psicológicas e biológicas. Desta forma a intenção ou compromisso em alterar a dieta (deixar de consumir

determinados alimentos ou preferir um alimento ou grupos de alimentos) poderá ser influenciada por:

- ocorrência de doença ou sintoma inesperado no próprio, familiar ou amigo;
- informação obtida através de um técnico de saúde, amigos, familiares ou meios de comunicação;
- atitudes face ao alimento;
- reforço social proporcionado pelo novo comportamento.

Os autores atribuem, ainda, grande importância, a propósito da mudança, ao prazer associado ao gosto do alimento e ao compromisso para mudar” (Viana, 2002, 619).

De forma geral “os modelos que relacionam saúde e comportamento, para além dos aspectos já descritos, atribuem importância às crenças e atitudes enquanto determinantes fundamentais do comportamento e também a outros factores psicológicos como os sentimentos de auto-eficácia e aumento da auto-estima” (Viana, 2002: 620).

## **1.2 - Tendências de alimentação no Portugal moderno**

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (I.N.E.), tem vindo a ocorrer uma alteração dos hábitos alimentares dos portugueses, “existindo um aumento significativo do consumo alimentar per capita, consequência do desenvolvimento económico e do maior poder de compra das famílias portuguesas na década de 90”

Entre “1990 e 2002, o grupo de alimentos que registou maior consumo per capita foi o do leite e dos derivados (+41%), seguido do grupo da carne e ovos (+32%), salientando-se assim o aumento no consumo de produtos de origem animal. Com aumentos mais moderados surgem os grupos dos frutos e dos produtos hortícolas (+8%) e dos óleos e gorduras vegetais (+8%). O grupo dos cereais, arroz, leguminosas e batata, apresentou um decréscimo de consumo per capita de 12%, para o mesmo período (I.N.E.).

Esta “evolução permite concluir que os hábitos alimentares dos portugueses tendem cada vez mais a afastar-se da dieta tipo mediterrânica, com um aumento do consumo de produtos de origem animal muito superior ao dos de origem vegetal “(I.N.E.).

Em Portugal a alimentação “moderna - industrial é acessível ao conjunto da população apenas há cerca de duas décadas; estão também acessíveis, praticamente desde a mesma época, as normas relativas à alimentação saudável. Tendo em conta que nas sociedades modernas o desenvolvimento e por isso, a alimentação - das crianças é preocupação especial das famílias e das instituições públicas (escolar, sanitária e social), poder-se-ia esperar encontrar na alimentação das crianças, um equilíbrio nutricional feito de riqueza alimentar (correspondente ao de país desenvolvido) e marcado pela alimentação tradicional ainda próxima no tempo e pela preocupação no que respeita à adopção dos hábitos alimentares modernos considerados nocivos pois que só foram tornados acessíveis numa época em que já eram conhecidos os seus efeitos nefastos. Mas não só as práticas sociais não se regem exclusivamente pela lógica da razão como a normativa social não é linear mas complexa e contraditória. Com toda a informação disponível sobre a alimentação e a sua relação com a saúde, as pessoas geram as suas opções alimentares também em função do gosto, das representações sobre os alimentos e sobre o acto alimentar para além de todos os factores sócio-económicos presentes. A alimentação tornou-se problemática - as mulheres, no seu discurso sobre a alimentação familiar, exprimem a percepção de que na alimentação se jogam as concepções de vida de cada elemento da família”(Fischler, sd citado por Silva et al. 2000)

A bibliografia referente a “estudos empíricos sobre a ingestão alimentar efectuada dos portugueses tem recorrido a “amostras de crianças e jovens frequentemente observando cantinas escolares, e tem caracterizado a alimentação do ponto de vista estritamente nutricional. Do conjunto de trabalhos retira-se a informação global de uma alimentação frequentemente pouco equilibrada” (Silva et al., 2000).

### **1.3. O “gordo” na sociedade**

O corpo exprime um conjunto de experiências tornando-se desta forma “um objecto privilegiado para se entenderem as conexões presentes entre a ordem social e biológica, expressando as relações existentes entre o indivíduo e a sociedade. O corpo pode desempenhar diferentes funções, variando de acordo com a cultura” (Vasconcelos, Sudo, I. e Sudo, N., 2004: 74). Segundo Sarti (2001) e referido por Vasconcelos et al. (2004) o corpo é “feito”, “produzido” em cultura e em sociedade, definindo-se de acordo com as regras do mundo social em que está inserido. Este pode ser entendido como um “objecto cuja posse marca o lugar do indivíduo na hierarquia de classes, pela sua cor (descorada ou bronzeada), textura (flácida e mole ou firme e musculosa), pelo volume (gordo ou magro, rechonchudo ou esbelto), pela forma ou velocidade dos seus deslocamentos no espaço (desajeitado ou gracioso) é um sinal de status - talvez o mais íntimo e daí o mais importante - cujo o resultado simbólico nunca se dissociado da pessoa que o habita” (Boltanski, 1979/1984 citado por Vasconcelos et al., 2004: 75).

Pensar a questão do “corpo gordo na contemporaneidade é principalmente pensar como este é apreendido pela cultura ocidental. Na cultura actual marcada por valores dominantes como competição, consumismo, o corpo é um corpo pautado pelo individualismo, “contido pela musculatura”, é um corpo mercadoria”, um “corpo - aparência”, um “corpo ferramenta”, um “corpo consumidor”, um corpo com função de promoção social, que pode trazer um retorno, um corpo que deve expressar saúde (...) “ (Vasconcelos et al., 2004: 76).

Tendo em consideração essa concepção, “o gordo passa a ter um corpo visivelmente sem moderação, sem saúde, um corpo estigmatizado pelo desvio, o desvio pelo excesso” (Vasconcelos et al., 2004: 76). É um corpo “que viola a norma, a lei vigente na vida social, que passa a existir sempre num estado desviante, frente a uma norma social, corporal e psíquica” (Chauvenett, 1991 citado por Vasconcelos et al., 2004: 76). A pessoa “que passa a ter “uns quilinhos a mais”, apresenta uma particularidade que o torna diferente de outros, sendo considerada uma pessoa com uma característica que o marca negativamente, passa a carregar um “estigma”” (Vasconcelos et al., 76: 2004).

Segundo o mesmo autor o gordo ao violar a norma social vigente (ser magro), torna-se um paradigma estético negativo. Em contrapartida, o corpo magro é tido como saudável, é valorizado e desejado, acabando por se transformar num símbolo da própria felicidade; fundamental para que o sujeito seja socialmente aceite

Presentemente, segundo Vasconcelos et al. (2004), parece, ser apenas possível existir um tipo de corpo - o corpo magro. Desta forma “vivemos numa época de “lipofobia” e que está directamente associada a uma obsessão pela magreza, e a uma rejeição quase maníaca pela obesidade” (Fischler, 1995 citado por Vasconcelos et al., 2004: 68). Segundo Vasconcelos et al. (2004) a sociedade actual, valoriza de forma excessiva a magreza, transformando a gordura num símbolo de falência moral, e o gordo mais de que apresentar um peso socialmente inadequado, passa a carregar um carácter depreciativo. A nossa cultura segundo Dr. Peter Brown e Dr.<sup>a</sup> Vicki BEntly-Condit referido por Vasconcelos et al. (2004) de valorização da magreza transformou a obesidade num símbolo de falência moral. A obesidade indica: descuido, preguiça, desleixo e falta de disciplina, denotando também pobreza.

A sociedade contemporânea, impõe segundo Morgan e Azevedo (1998) referidos por Vasconcelos et al. (2004) aos indivíduos uma “pressão cultural para emagrecer” originado um pavor doentio de engordar. O controle do peso e do corpo converteu-se “numa questão de boas maneiras, uma vez que este é entendido como o símbolo da própria felicidade, sendo principalmente um resultado, um cartaz de como o sujeito é internamente”(Buckner, 2002 citado por Vasconcelos et al. 2004: 77). A ideia de que ao se alcançar o peso desejado ou seja “a magreza e de estar em boa forma física, a pessoa obtêm sucesso na profissão, nos relacionamentos sociais e amorosos surge nas matérias publicadas nos mass media, reiterado pelos discursos legitimadores de especialistas das mais diversas áreas” (Vasconcelos et a, 2004: 77)

A construção dos sentidos e dos significados atribuídos ao corpo, na sociedade contemporânea, não se assemelham aos de épocas passadas.

As regras da beleza feminina e o ideal de mulher transformaram-se desde o final da idade média até ao termo da idade moderna, ou seja foram sofrendo

alterações ao longo dos tempos . De acordo com Grieco citado por Vasconcelos et al. “ De esbelta a roliça e de natural a pintada, a silhueta e o rosto femininos foram correspondendo às diferentes condições de dieta, de estatuo e de riqueza, dando origem a novos padrões de aparência e gosto, a novos ideais de beleza e de erotismo” (Vasconcelos et al., 2004: 70)

Na época “do renascimento, ao contrário da Idade Média, a beleza feminina ganha um novo valor. Agora esta é reconhecida como um reflexo, “ um sinal exterior e visível de uma bondade interior e invisível”” (Vasconcelos et al., 2004: 70)

Durante os “séculos XVI e XVII, a culinária europeia é marcada por uso nas preparações de manteiga, da nata e dos doces. A gordura, enquanto alimento e enquanto constituinte do corpo, era até então entendida como algo saudável, uma característica atribuída aos ricos, enquanto a magreza, ao contrário, era um sinal de falta de saúde, de pouca beleza e principalmente de pobreza” (Vasconcelos et al., 2004: 72).

No século XVIII, regista-se uma mudança “na estética feminina, um gosto pré-romântico pela graça e pela simplicidade, traduzida principalmente por uma figura esguia e lânguida, que simboliza delicadeza de sentimentos e uma sensibilidade expressa pela sua fisionomia que, deste modo, ditaram o tom para o padrão de beleza feminina no início do século XIX e ao conceito romântico de feminilidade (Grieco, 1991 citado por Vasconcelos et al., 2004: 72)

No princípio do século XX, “o estatuto do corpo continuava a depender do meio social. Os trabalhadores valorizavam a força física, o vigor e a resistência, em contraposição, a burguesia mantinha uma atitude mais estética, portanto a aparência física tinha uma representação social importante, nesta época não se mostrava o corpo. Nos anos de 1918-1938 entre as guerras, inicia-se a exposição do corpo. Este período representa para a burguesia uma época de libertação do corpo. Não existe mais lugar para as roupas que escondem o corpo, sendo a mudança ainda mais visível no vestuário feminino. Desaparecem as cintas e os corpetes. As roupas ficam mais curtas e as pernas são valorizadas pelas meias” (Vasconcelos et al., 2004: 73)

Segundo a abordagem de Vasconcelos et al. (2004) a utilização de tecidos mais macios possibilita vislumbrar de maneira discreta as linhas do corpo. A aparência física fica muito focada no corpo, tornando-se o cuidado com o corpo uma preocupação. As revistas femininas da década de trinta, como a “Marie Claire”, começam a alertar as mulheres para tais cuidados, mais mulheres devem agora preocupar-se de forma clara em serem sedutoras, sendo então criada uma nova secção na revista: a ginástica diária.

A dietética temática muito discutida neste trabalho de investigação “começa então a despontar como elemento chave para a manutenção ou não da forma física desejada. Muitos alimentos são abolidos dos cardápios, uma vez que são referenciados como causadores de problemas de saúde e inimigos da forma física. Ao açúcar são atribuídas doença como a obesidade, a diabetes, a hipertensão, doenças cardiovasculares e cáries dentárias. Em contrapartida as carnes grelhadas, as saladas, os legumes, as frutas frescas, os laticínios são reconhecidos como alimentos saudáveis. Os meios de comunicação social desempenham um papel importante no “culto à magreza”” (Vasconcelos et al., 2004: 73). Os produtos dietéticos, ainda hoje fonte de elevados gastos económicos e de frustrações para o “gordo”, “passam a desempenhar papel principal nesse esforço para a manutenção de um corpo esguio, sem barriga. (...) Para o homem ter barriga, há muito já não era mais sinal de respeitabilidade, e sim uma mostra visível de desleixo, era uma ameaça, e ser obeso um pavor” (Vincent, 1987 citado por Vasconcelos et al., 2004: 73)

Desta forma a magreza “torna-se no ideal feminino moderno. Passa a ser representada e glorificada como um sinal externo de sucesso. As mulheres em todo o mundo ocidental passam a ter uma obsessão por uma imagem corporal esbelta” (Higonnet, 1991 citado por Vasconcelos et al., 2004: 74). O corpo segundo a mesma autora é agora estereotipado e estampado diariamente nas revistas, a beleza é um valor inerente ao feminino: magro, branco e de classe média: “ como podem os corpos gordos, de cor e pobres, ser representados sem se cair em estereótipos negativos” (Vasconcelos et al., 2004: 74). Os indivíduos “obesos são considerados, de forma estereotipada, como lentos, preguiçosos, caprichosos etc. Muitas vezes o obeso é socialmente discriminado na escola, no

lazer e no trabalho, desenvolvendo alguma aversão pelo seu corpo com prejuízo da sua adaptação psicossocial (Viana, 2002; 614). Pode-se desta forma considerar que o “gordo” está sujeito a uma grande pressão social e cultural para que emagreça. Esta pressão poderá originar sentimentos de rejeição e frustração, os quais tornam o indivíduo obeso numa pessoa infeliz.

## **1.4 Um olhar sobre a obesidade infantil**

A obesidade infantil para além das graves implicações que acarreta para a saúde propriamente dita, traz ainda implicações sociais e psicológicas. As crianças obesas tendem a ser isoladas pelo grupo, a desenvolver uma baixa auto - estima e ser menos convidadas para participar em jogos desportivos.

O descontentamento e o “desagrado com o próprio corpo e o estigma da obesidade já se observam em crianças com idade pré-escolar influenciando as práticas alimentares nestas idades (Nakao, Aoyama e Suzuki, 1990 citados por Viana, 2002: 614).

As recomendações, “com o objectivo de combater a obesidade nos jovens implicam basicamente melhorar a dieta, do ponto de vista qualitativo e quantitativo, e aumentar a actividade física” (Christoffel e Ariza, 1998; Greena, 1997 citados por Viana, 2000: 615).

A Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) define a obesidade “como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde “ (D.G.S., 2005). “O excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia dispendida” (D.G.S., 2005).

Segundo a Direcção Geral de Saúde (D.G.S.) (2005) a obesidade é considerada uma doença crónica de génese multifactorial, que requer esforços para ser controlada, constituindo uma ameaça para a saúde e um importante factor de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças.

As crianças engordam, usualmente, por duas causas. Por um lado devido à “enorme oferta de alimentos altamente calóricos impingidos por uma publicidade cada vez mais apelativa e agressiva e, por outro devido a uma actividade física

cada vez mais diminuta, substituída por horas intermináveis de televisão ou de jogos de computador. Actualmente os brinquedos são muito diferentes - os carros a pedais, as trotinetas, motinhas ou outros veículos são agora eléctricos, as deslocações para a escola são quase sempre de carro, não há tempo ou dinheiro para actividades desportivas. Brincar na rua também deixou de ser uma realidade, devido aos perigos conhecidos e à edificação de blocos de cimento que não contempla espaços para as brincadeiras ao ar livre” (Veloso, 2006: 10). É tudo isto que gera o desequilíbrio entre as calorias ingeridas e as calorias gastas pelo organismo, podendo levar ao aparecimento da tão falada e malévola obesidade infantil.

### Obesidade a epidemia global!

Segundo Oliveira, Mello, Sintra, e Firsberg (2004) e Koletzko, Girardet, Klish, e Tabacco (2002) a obesidade tem vindo a ser considerada como uma doença crónica e epidémica, uma vez que tem vindo a apresentar nas últimas duas décadas um rápido aumento da sua prevalência, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, estando relacionada com uma alta taxa de morbilidade e mortalidade. Esta doença “ é excepcional em países pobres, a não ser entre grupos sociais restritos que adoptam um estilo de vida sedentário e dispõem de alimentos em abundância” (Peres, 1996: 41) As estatísticas apresentadas pela *National Health and Nutrition Examination Surveys* (N.H.A.N.E.S.), mostram a existência de mais de 97 milhões de americanos que se encontram acima do peso considerado normal ou que são obesos (aproximadamente 50% da população), sendo a tendência para o aumento deste número. A Alemanha e Inglaterra seguem de perto a taxa americana de indivíduos com sobrepeso. Porém a obesidade não é exclusiva dos países desenvolvidos, ou do mundo ocidental. Aparece hoje em países da América Latina, como México, Uruguai, Chile, Peru, Colômbia e Brasil. Para Albano e Sousa, (2001) e Ades e Kerbauy (2002) nos Estados Unidos, 25% das crianças já apresentam sobrepeso ou são obesas. A O.M.S. em 1998 declarou que existe hoje em dia “uma epidemia de obesidade em escala mundial”.

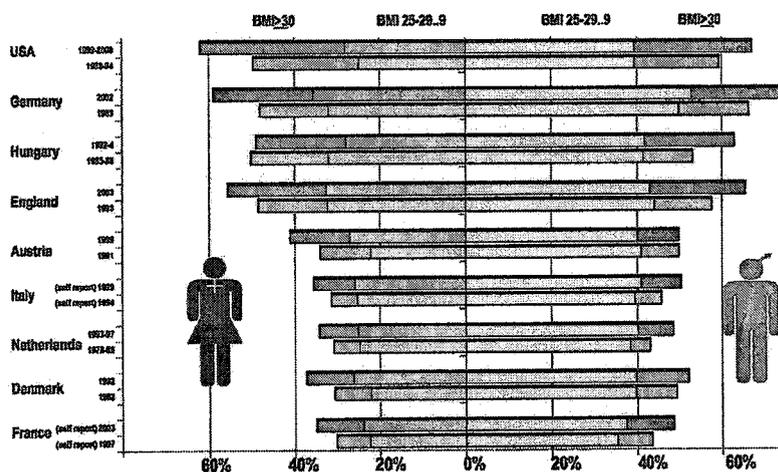
Dados da *International Obesity Task Force (I.T.O.F.)*<sup>1</sup>, mostram que o excesso de peso atinge actualmente 14 milhões de crianças na Europa, três milhões das quais são obesas

Em todo o mundo, a obesidade entre as crianças tem aumentado. Por exemplo, nos Estados Unidos, o aumento de peso entre as crianças dos 4 a 5 anos duplicou desde 1970, sendo maior entre as raparigas. No Chile, observa-se um aumento da obesidade infantil; entre 1987 e 1995, a prevalência dessa doença aumentou duas vezes entre escolares do primeiro ciclo do ensino básico passando de 7,7 % para 14,7%. Estima-se que no Brasil, em 1989, cerca de um milhão e meio de crianças com idade inferior a dez anos apresentavam obesidade

A obesidade é desta forma reconhecida pela comunidade científica como “um importante problema de saúde pública, nos países desenvolvidos e nos chamados países em vias de desenvolvimento, considerando-se uma pandemia como a designa o grupo de trabalho da Organização Mundial de Saúde, uma Epidemia Global” (Carmo, 2001: 39).

Na maioria dos países da Europa a obesidade é a epidemia em maior crescimento afectando, actualmente, 10 a 40% da população adulta.

Figura 1 - Alterações no excesso de peso e obesidade, em alguns países seleccionados



Fonte: I.O.T.F. (2005), EU Platform on Diet, Physical Activity and Health

<sup>1</sup> Associação Internacional para o Estudo da Obesidade. Trabalha com a Organização Mundial de Saúde. A sua missão é informar o mundo sobre a necessidade urgente de tomar medidas para actuar sobre o problema.

A prevalência da pré-obesidade e da obesidade “na população portuguesa adulta tem sido avaliada através do Índice de Massa Corporal (I.M.C.), com uma prevalência média de cerca de 34% para a pré-obesidade e de 12% para a obesidade, sendo de realçar a grande percentagem de homens com pré-obesidade e obesidade, em relação às mulheres” (D.G.S., 2005).

**Quadro 1: Percentagem da população portuguesa com pré-obesidade e obesidade por sexo**

I.M.C. (Kg/m <sup>2</sup> )				
	Homens		Mulheres	
Estudo	Pré-obesidade I.M.C. 25-29,9	Obesidade I.M.C. = 30	Pré-obesidade I.M.C. 25-29,9	Obesidade I.M.C. = 30
C.Afonso, %	38,8	7,3	28,1	10,8
ONSA, %	37,5	10,9	30,5	10,7
SPEO, 1999, %	41,1	12,9	30,1	15,4
SPEO, 2004, %	41,1	14,5	31,9	14,6

ONSA: Observatório Nacional de Saúde; SPEO: Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade

Adaptado: Programa Nacional de Luta Contra a Obesidade (2004)

Em Portugal, segundo a D.G.S. (2005), as crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos de idade apresentam uma “prevalência da pré-obesidade e obesidade, de cerca de 31,56%, sendo os valores apresentados para as crianças do sexo feminino superiores aos das crianças do sexo masculino”.

Segundo a D.G.S. (2005) existem, no entanto, disparidades a nível regional quanto à prevalência da pré-obesidade e da obesidade. É de realçar que é no interior norte e centro do País, onde se verifica a maior prevalência de pré-obesidade, no entanto é no distrito de Setúbal e no Alentejo onde se destaca a maior prevalência de obesidade.

#### Como se avalia uma criança obesa?

A escolha da metodologia usada para a avaliação do estado nutricional em crianças segundo Dietz e Bellizzi (1999) e Tomkins (2006) é muito complexa, uma

vez que não há uma única medida mas sim várias, tornando-se difícil escolher a mais correcta, sendo indicado o uso da combinação de diferentes medidas. Na opinião de Shils et al. (2003) uma avaliação nutricional inclui, tipicamente, a história médica e dietética (hábitos alimentares), medidas antropométricas, dados bioquímicos e exame físico.

A avaliação “do excesso de gordura corporal pode obter-se através de métodos directos, desaconselhados em crianças e adolescentes por serem de difícil execução, ou formalmente contra indicados por utilizarem isótopos radioactivos” (Figueiredo, 2003: 187).

Recorre-se por isso à utilização de métodos antropométricos, que embora sejam considerados métodos indirectos de diagnóstico são de fácil aplicação, apresentam elevada fiabilidade e um baixo custo. A antropometria “é considerada o método mais útil para rastrear a obesidade por ser barato, não invasivo, universalmente aplicável e com boa aceitação pela população. Índices antropométricos são obtidos a partir da combinação de duas ou mais informações antropométricas básicas (peso, sexo, idade, altura)” (Dâmaso, 2003: 18)

Para Albano e Sousa (2001) e Shils, Olson, Shike, Ross, (2003) nas crianças, a antropometria é especialmente importante na avaliação do estado nutricional, porque permite monitorizar a evolução das modificações do crescimento. Durante a fase de crescimento o indivíduo pode estar sujeito tanto a défices como a excessos nutricionais, sendo a antropometria um indicador do estado nutricional e do risco para a saúde. Segundo Mota e Silva (2001) a antropometria é também um importante instrumento epidemiológico para a avaliação da prevalência e severidade das mudanças alimentares, nas populações

As medidas antropométricas mais utilizadas são:

- “Medição das pregas cutâneas (bicipital, tricipital, sub-escapular e supraílica);
- Avaliação e registo do peso e da estatura em tabelas próprias;
- I.M.C. (peso/altura<sup>2</sup>): índice de massa corporal ou índice de Quetelet
- % I.M.C.: percentagem do índice de massa corporal. Critério mais

adequado que o índice de Quetelet na avaliação do grau de obesidade infantil. A % I.M.C. obtém-se através da seguinte fórmula: peso/altura<sup>2</sup> (peso no percentil 50

para a idade/altura no percentil 50 para a idade) x 100%. A % de I.M.C. de uma criança no percentil 50, tanto para a altura como para o peso, é de 100; terá sobrecarga ponderal se a % de I.M.C.  $\geq 110$  e obesidade se a % de I.M.C.  $\geq 120$  “(Figueiredo, 2003: 187,188).

Figueiredo (2003) refere que a morbidade está associada à distribuição da obesidade mais do que ao seu valor absoluto, princípio que se aplica aos adultos e que alguns autores também aplicam à criança.

Consoante a distribuição “da massa gorda a obesidade divide-se em andróide (forma de maçã) quando a distribuição da gordura é predominantemente central e ginoide (forma de pêra) quando a gordura se localiza particularmente nas coxas e ancas (Figueiredo, 2003: 188).

O mesmo autor diz que na criança o mais frequente de se encontrar é a obesidade central ou seja a obesidade ginoide, uma vez que esta reflecte o efeito dos estrogénios, que se desenvolvem na puberdade.

A O.M.S. publicou em 1995, recomendações de adopção do índice peso/altura (P/E) para o diagnóstico da obesidade infantil utilizando-se o padrão do *National Center of Health Statistics* (N.C.H.S.). De acordo com essa recomendação, o índice P/E é expresso em unidades de desvio padrão (Z score), sendo a obesidade definida quando este índice fica situado dois desvios padrão acima da mediana de referência (P/E > 2Z). A avaliação antropométrica “mesmo quando restrita ao peso e à estatura, assume grande importância no diagnóstico nutricional da criança. Isto deve-se à sua facilidade de realização, objectividade da medida e possibilidade de comparação com um padrão de referência de manuseio relativamente simples, principalmente em estudos populacionais”(Sotelo, Colugnati, e Taddei, 2004: 234).

O I.M.C., “mesmo apresentando limitações de uso, principalmente com relação à verificação da composição corporal, tem sido considerado o melhor e mais usado procedimento para verificação da gordura corporal entre os outros índices antropométricos que utilizam as medidas peso e estatura. A facilidade de mensuração, já que utiliza dados antropométricos de fácil obtenção, a vantagem de ser um procedimento não invasivo, além de apresentar boa precisão e

confiabilidade, faz com que a utilização do I.M.C. em crianças se torne cada vez mais difundida” (Soar, Vasconcelos, Assis, Grosseman e Luna, 2004: 395).

Nos EUA “os percentis p85 e p95 de I.M.C. para a idade e sexo foram recomendados como pontos de corte para identificar a pré-obesidade e obesidade infantis, respectivamente. Os pontos de corte de I.M.C. para adultos, reconhecidos internacionalmente para definir pré-obesidade e obesidade são o 25 kg/m<sup>2</sup> e o 30 kg/m<sup>2</sup>, respectivamente, considerados factores de risco” (Cole, Belltizi, Flegal, e Dietz, 2000: 1).

Num “*Workshop* realizado pela I.O.T.F., concluiu-se que o índice de massa corporal é uma medida razoável de determinação de gordura em crianças e adolescentes e que os padrões usados para identificar o sobrepeso e a obesidade deveriam seguir os padrões da população adulta, onde o I.M.C. > 25 Kg/m<sup>2</sup> indica o sobrepeso e > 30 Kg/m<sup>2</sup> obesidade. A partir dessa conclusão e com base num estudo realizado em seis, países (Brasil, Grã-Bertanha, Hong Kong, Holanda, Singapura e Estados Unidos), Cole et al. propuseram os valores correspondentes ao I.M.C. 25 Kg/m<sup>2</sup> como indicativo de sobrepeso e 30 Kg/m<sup>2</sup> para caracterizar a obesidade em crianças a partir de dois anos de idade” (Soar et al., 2004: 392)

Actualmente “observa-se uma tendência à utilização destes pontos de corte descritos por Cole et al. e recomendados pela I.O.T.F.” (Soar et al., 2004: 392).

As curvas de Cole foram “estimadas de forma que os pontos das curvas ajustadas dos percentis 85 e 95 de I.M.C. aos 18 anos fossem obrigatoriamente os pontos de corte para o sobrepeso e a obesidade utilizados para adultos (25 e 30kg/m<sup>2</sup>, respectivamente). As curvas contemplam a distribuição percentilar por faixa etária dentro de cada sexo” (Sotelo et al., 2004: 234). Estes valores são considerados “actualmente como referência pela O.M.S. para identificar sobrepeso e obesidade em crianças a partir dos dois anos e adolescentes, não sendo recomendados para crianças abaixo dos 24 meses de idade, as quais devem ser avaliadas com o índice peso/altura” (Dâmaso, 2003: 19).

Quadro2: Definição de pré-obesidade e obesidade infantil e juvenil

<b><u>I.M.C. aos 18 anos</u></b>	<b><u>PERCENTIL</u></b>		<b><u>DEFINIÇÃO</u></b>
	<b>Raparigas</b>	<b>Rapazes</b>	
< 25 Kg/m <sup>2</sup> ,	< p88	< p90	Normoponderal
25 Kg/m <sup>2</sup> a 30 Kg/m <sup>2</sup>	p88 ao p99	p90 a p99	Pré-obesidade
>30 Kg/ m <sup>2</sup>	>p99	>p99	Obesidade

Adaptado de: Cole, et al, (2000)

Esta forma de classificação da pré-obesidade e obesidade em crianças e adolescentes relaciona os pontos de corte do I.M.C. do adulto (aos 18 anos) com os percentis de I.M.C. para crianças e adolescentes. Neste estudo é descrito o desenvolvimento de pontos de corte de I.M.C. específicos de idade e sexo para a pré-obesidade e obesidade em crianças e adolescentes, estabelecendo quais as curvas de percentis de I.M.C. para a 1.º infância, infância e adolescência que vêm a dar os pontos de corte de 25 e 30 aos 18 anos (Cole et al., 2000).

Esta nova tabela, “por ser menos arbitrária, mais universal e mais representativa do que as outras que vinham sendo usadas, deverá ser um instrumento útil para fornecer um levantamento internacional da prevalência da obesidade em crianças e adolescentes” (Dâmaso, 2003: 19).

Depois de estudadas as diferentes formas de avaliação e diagnóstico de pré-obesidade e obesidade em crianças, a autora optou por utilizar no seu estudo a definição internacional de obesidade em crianças e adolescentes de Cole e col., devido ao facto de ser uma forma de classificação com base internacional de que fizeram parte países desenvolvidos e países em desenvolvimento, bem com um número significativo de países europeus. Outro factor relevante para a escolha desta definição prende-se com o facto de serem feitas comparações futuras entre este estudo e outros estudos que venham a ser feitos no mesmo âmbito, podendo as comparações desta forma tornarem-se mais fiáveis.

## Quais as causas da obesidade?

Na maioria dos casos a etiologia da obesidade não é facilmente identificada e ou caracterizada. Segundo a perspectiva de Carmo (2001) e Dâmaso (2003) a obesidade é uma doença multifactorial, uma vez que para ela contribuem o comportamento alimentar, o estilo de vida, os factores genéticos e metabólicos, entre outros. Para Oliveira, A. M., Cerqueira, Souza e Oliveira A. C. (2003) o desenvolvimento da obesidade sofre influências de factores biológicos, psicológicos e socioeconómicos. O acto de nos alimentarmos “ apesar de fisiológico, é também social, condicionado pela disponibilidade de alimentos e pela cultura de um povo” (Oliveira, et al., 2003: 148).

Tendo em consideração a abordagem de Koletzko et al. (2002) a obesidade é consequência de um balanço energético positivo mantido ao longo do tempo, ou seja a energia ingerida excede a energia gasta nas necessidades metabólicas basais, na termoregulação, na actividade física e no crescimento. Alguns estudos indicam que na energia basal gasta no metabolismo da massa magra activa, não existe diferença entre o gasto das crianças obesas e das crianças com peso normal. Contudo a termogénese induzida pelas refeições poderá ser um pouco mais baixa nas crianças obesas do que nas de peso normal.

Para Koletzko et al. (2002) os maiores determinantes para o desenvolvimento da obesidade são: a energia gasta pela actividade física e a energia ingerida através dos alimentos.

Os factores genéticos “têm uma relação permissiva para que os factores ambientais possam actuar, como se criassem um “ambiente interno” favorável à produção do ganho excessivo de peso (sobrepeso e obesidade) e, são alguns os estudos que apontam para o papel de factores biológicos no seu desenvolvimento” (Oliveira et al., 2003: 145). A obesidade, apresenta uma “etiologia multifactorial, podendo então ser classificada em dois grandes contextos: **exógena**, influenciada por factores externo de origem comportamental, dietética e/ou ambiental os quais representam cerca de 95% ou mais dos casos; e **endógena**, relacionada com componentes genéticos, neuropsicológicos, endócrinos e metabólicos, os quais representam aproximadamente 5% dos casos” (Dâmaso, 2003: 4).

As "preferências alimentares das crianças, assim como a actividade física, são práticas influenciadas directamente pelos hábitos dos pais, que persistem frequentemente na vida adulta, o que reforça a hipótese de que os factores ambientais são decisivos para a manutenção ou não do peso saudável. Portanto, a informação genética constitui-se em uma causa suficiente para determinar sobrepeso e obesidade mas, não sempre necessária, sendo possível reduzir-se a sua influência, através de modificações no micro e macro ambiente em que as pessoas vivem" (Oliveira et al., 2003: 145). Na perspectiva de Hill e Trowbridge (1998) referidos por Albano e Souza (2001) o aumento do consumo de alimentos ricos em gordura, com alta densidade energética e a diminuição da prática de exercício físico são os dois principais factores relacionados com o meio ambiente os quais concorrem para o aumento da prevalência da obesidade, contudo segundo a perspectiva de Rosenbaum e Leibel (1998) também referidos por Albano e Sousa, (2001) os estudos mais recentes também revelam que o acumulo/gasto de gordura corporal também é regulado geneticamente.

Segundo a abordagem Koletzko et al. (2002) os hábitos alimentares, as preferências alimentares, a quantidade de calorias da dieta e a sua composição nutricional, parecem ter influência no risco de desenvolvimento da obesidade. Os hábitos alimentares das crianças e adolescentes são influenciados pelos seus pais, pelos que vivem na mesma casa, pelos seus companheiros, pelos media, pelo contexto social da alimentação e pelas variações genéticas no sabor as quais determinam as preferências alimentares. Oliveira et al. (2003) refere que os hábitos alimentares influenciam de forma marcante o balanço energético positivo. Um dos hábitos com efeito protector relativamente à obesidade, é o consumo de leite materno nos primeiros meses de vida. Tendo em consideração a abordagem de Reis (2003) e Sigulem (2001) o aleitamento materno exclusivo, pelo menos até ao quarto mês de vida, assegura um aporte adequado de nutrientes e de energia ao lactente, assim como limita a quantidade de alimento ingerido, um dos inconvenientes das fórmulas lácteas é que são também elas factor de predisposição para a obesidade nesta faixa etária. Quando ocorre o aleitamento artificial ou mesmo o desmame, a quantidade de alimentos administrada é

geralmente superior, pois depende de quem está a administrar a dieta, que pensa geralmente que todo o conteúdo preparado deve ser administrado.

O desmame "precoce e a introdução inadequada de alimentos após o desmame podem desencadear o início da obesidade já no primeiro ano de vida " (Escrivão e Lopez, 1998 citado por Sigulem, 2001: 9).

Nos últimos anos tem ocorrido uma transição nutricional a qual " apresenta características próprias em cada país; no entanto, elementos comuns convergem para a chamada *dieta ocidental*, que consiste numa alimentação rica em gorduras, sobretudo as de origem animal, açúcar e alimentos refinados além de reduzida ingestão de hidratos de carbono complexos e fibras, que favorecem o stock energético" (Oliveira et al., 2003: 149).

A excessiva ingestão alimentar pode "ser observada na grande maioria dos casos em pacientes obesos, "podendo-se manifestar de forma consciente ou até adquirir um carácter compulsivo, que pode atingir a fome incontrolável. Noutros pacientes observa-se uma ansiedade deglutória semelhante à ansiedade dos tabagistas ou dos alcoólicos. Por outro lado, a ingestão alimentar inadequada pode-se manifestar pela ingestão de uma maior quantidade de alimentos ou então através de ingestão esporádica e repetitiva de pequenas quantidades, distribuídas no decurso do dia, a qual é desvalorizada e é assumida de forma inadvertida" (Dâmaso, 2003: 6).

A qualidade e a quantidade "dos alimentos consumidos, a frequência das refeições e os factores que motivam uma pessoa a alimentar-se são aspectos importantes no equilíbrio da ingestão alimentar. Sabe-se também que a ingestão de gorduras na dieta é um dos principais determinantes do acumulo total de tecido adiposo e está intimamente ligada ao aumento do índice de massa corporal, principalmente em mulheres" (Dâmaso, 2003: 6).

Nas últimas duas décadas têm ocorrido aquilo a que se pode chamar uma verdadeira "revolução alimentar" caracterizada pela mudança nos hábitos alimentares da sociedade, devido em grande parte a alterações do estilo de vida, o actor social passou a ter menos disponibilidade para realizar as suas refeições de forma adequada e equilibrada; em vez disso recorre-se a *fast-foods*, normalmente ricos em gordura saturadas e com valor calórico muito acima do necessário. Para

Dâmaso (2003) é importante ressaltar o facto desses alimentos serem altamente palatáveis, o que estimula o seu consumo, este facto é ainda mais grave quando mencionamos as crianças e os adolescentes, uma vez que ao adquirirem estes maus hábitos alimentares os podem utilizar ao longo da sua vida, o que fatalmente os levará à obesidade na vida adulta.

Os maus hábitos alimentares praticados actualmente, segundo Figueiredo (2003), têm na sociedade actual um veículo fundamental na sua proliferação, uma vez que aceitar esses erros, contribui para que crianças e adultos os passem a considerar como elementos permitidos e de uso comum; por outro lado as crianças sentem cada vez mais dificuldade em comunicar com os restantes familiares o que favorece atitudes permissivas e compensatórias não só tomadas pelos pais, mas também por avós e outros familiares, e até mesmo a própria criança procura satisfazer défices afectivos com alimentos compensadores.

De uma forma geral a obesidade está intimamente ligada a algum factor de *stress*. “Entre os diversos tipos de *stress* que acometem o indivíduo obeso podem ser mencionados

- Choques emocionais, tensão nervosa crónica;
- Inadaptação do meio social/familiar, demasiada rotina, frustrações emocionais;
- Mudança comportamental decorrente de aspectos repressivos, intimidação, superprotecção;
- Traumatismos, cirurgias e doenças agudas” (Dâmaso, 2003: 7).

Na perspectiva de Correia (2004) no passado o exercício físico era praticado pela grande maioria das crianças. Após a revolução industrial, na viragem do século, e principalmente a seguir à segunda guerra mundial, as transformações tecnológicas e sociais resultantes, em especial o aparecimento da televisão, dos computadores e dos jogos de vídeo, tiveram como consequência uma diminuição da prática do exercício físico e um aumento dos estilos de vida sedentários. Nas crianças este estilo de vida pode ter repercussões nos níveis de saúde futuros, uma vez que a infância é um período muito importante para a formação de comportamentos de saúde.

Existem “estudos que relacionam o tempo gasto a assistir à televisão e a prevalência de obesidade. A taxa de obesidade em crianças que assistem a menos de uma hora diária é de 10%, enquanto se o hábito for de 3, 4, 5 ou mais horas por dia a ver televisão está associado a uma prevalência de 25%, 27% e 35% respectivamente. A televisão ocupa horas vagas em que a criança poderia estar realizando outras actividades. A criança frequentemente come na frente da televisão, e grande parte dos programas oferecem alimentos não nutritivos e ricos em calorias” (Mello, Vivian e Meyer, 2004: 177). Grazini e Amâncio citados por Mello et al. (2004) referem que após análise do conteúdo da publicidade veiculada em horários para adolescentes, se verificou que na sua maioria (53%) eram de lanches e refrigerantes.

A literatura mundial é consensual no que se refere há relação inversa entre a actividade física e a adiposidade, ou seja, quanto mais activo fisicamente for o indivíduo, menor será a sua possibilidade de desenvolver obesidade, sendo o contrário também verdadeiro.

A criança e o adolescente “tendem a ficar obesos quando sedentários, e a própria obesidade poderá fazê-los ainda mais sedentários. A actividade física, mesmo que espontânea, é importante na composição corporal, por aumentar a massa óssea e prevenir a osteoporose e a obesidade” (Mello et al., 2004: 177).

O acréscimo da prevalência do sobrepeso e da obesidade mundial deve-se ao facto de “existir uma redução progressiva e drástica na energia gasta no trabalho e em actividades profissionais, bem como na realização de tarefas pessoais e de necessidades diárias. Além dessa redução das actividades físicas quotidianas, pode-se dizer que não houve aumento compensador na actividade física realizada durante as horas de lazer” (Dâmaso, 2003: 8).

Considera-se que “as facilidades tecnológicas e a progressiva diminuição dos espaços livres nos centros urbanos diminuem as oportunidades de lazer e de uma vida fisicamente activa, facilitando atitudes sedentárias, como assistir à televisão e a jogos de computador” (Dâmaso, 2003: 8).

Um dos factores que parece ter muita influência no desenvolvimento e/ou controle da obesidade é a actividade física voluntária “devido aos seguintes factores:

- é volitiva, ou seja depende da vontade e de decisões individuais;
- por diferir muito entre os indivíduos, é o factor responsável pela variabilidade do gasto energético total;
- pode aumentar a massa muscular, principal responsável pela taxa metabólica basal, que pode ter consequências positivas a longo prazo no balanço energético;
- o treinamento pode influenciar na utilização do substrato, determinando a forma como os nutrientes ingeridos são utilizados na génese entre massa gorda e a massa livre de gordura”(Dâmaso, 2003: 8)

Segundos “os resultados preliminares de estudos da O.M.S. sobre factores de risco sugerem que a inactividade física e o sedentarismo constituem uma das 10 principais causas de morte e incapacidade. Todos os anos ocorrem dois milhões de mortes em todo o mundo devido ao sedentarismo” (Correia, 2004: 523)

Uma vez que o exercício físico desempenha um importante papel na prevenção de algumas doenças que são frequentes no adulto, estes dados demonstram a necessidade da educação para a saúde desde a infância.

Segundo refere Mello et al. (2004) deve-se ter novas ideias criativas para aumentar a actividade física da criança obesa, como descer as escadas do edifício onde mora, jogar ao balão, saltar à corda, passear a pé, ajudar nas tarefas domésticas. O simples facto de mudar de actividade, mesmo que esta ainda seja sedentária, já provoca aumento do gasto energético e, sobretudo, modificação de comportamento, de não ficar inactivo durante horas, numa única actividade sedentária, como se fosse um vício. A criança deve ser motivada a manter-se activa, e essa prática deve ser incorporada por toda a família.

Na perspectiva de Koletzko et al. (2002) as contribuições dos factores psicossociais, socioeconómicos e comportamentais para o desenvolvimento da obesidade são complexas e só uma parte se encontra compreendida até ao presente, existem diferenças consideráveis entre as diferentes populações. Em alguns estudos mas não em todos os países ricos, o baixo nível socioeconómico está associado com elevadas taxas de obesidade infantil. Aspectos relacionados com o baixo nível socioeconómico, tal como, habitação com más condições, está significativamente relacionado com o risco de obesidade.

A família “de indivíduos com obesidade exógena apresenta como características: excesso de ingestão alimentar, sedentarismo, relacionamento intrafamiliar complicado, desmame precoce, introdução precoce de alimentos sólidos, substituição das refeições por lanches e dificuldades nas relações interpessoais. (Campos, 1995 citado por Luiz et al., 2005: 36)

Desde que se iniciou o estudo da obesidade que o papel da genética tem sido investigado. A evidência mais forte do envolvimento genético na etiologia da obesidade foi demonstrado por Bouchard et al. (1990), “ submeterem 12 pares de gémeos adultos monozigotos, do mesmo sexo a um internamento durante aproximadamente 200 dias. Nos primeiros 14 dias as dietas foram monitorizadas a fim de se determinar a ingestão calórica de cada indivíduo. De tempos em tempos os mesmos eram expostos a uma dieta com 1000 Kcal a mais do que a ingestão calórica previamente determinada. No final do estudo verificou-se uma grande variação no ganho de peso, quando se compararam pares distintos; contudo essa variação foi similar entre os pares de gémeos” (Dâmasol, 2003: 9). Um estudo clássico “demonstra que a probabilidade de ser gordo se limita a 40% dos filhos, no caso de um progenitor o ser, mas sobe para 80% quando pai e mãe o são. A herança genética susceptibiliza determinadas linhagens familiares para a obesidade e protege outras. Por outras palavras a família pode transmitir marcadores genéticos determinantes de balanço metabólico poupado; neste caso, as pessoas que adoptem maneiras de viver vulnerabilizantes e provocadoras engordam” (Peres, 1996: 43)

Para Figueiredo (2003) é reconhecida a importância dos factores genéticos no desenvolvimento da obesidade uma vez que já foi demonstrada em inúmeros estudos epidemiológicos. No entanto, é necessário que aos factores genéticos se associem factores ambientais para que da sua interacção se desenvolva a obesidade.

Segundo Dâmaso (2003) é comum a concepção de que a obesidade é uma desordem glandular resultante da deficiência particular da acção de uma determinada hormona. A grande maioria dos pacientes obesos não possui desordens endócrinas, e isso sugere que a glândula tiróide, por exemplo,

frequentemente mencionada, nem sempre apresenta função anormal no indivíduo obeso.

O sistema endócrino “é crítico em traduzir factores de estilo de vida, como a ingestão alimentar aumentada e inactividade física, com excesso de adiposidade associada à obesidade. Em indivíduos obesos, mudanças na secreção e na acção hormonal resultam dos efeitos do progressivo balanço calórico positivo e do excesso de adiposidade. Por outro lado, a função endócrina também é afectada pela presença da obesidade, como por exemplo, em relação à secreção de insulina alterada, podendo causar diabetes *mellitus* tipo II” (Dâmaso, 2003: 10).

Deve ainda ser ressaltado que algumas disfunções endócrinas podem ser responsáveis pela obesidade em indivíduos que sofrem de alguns síndromes a seguir mencionados no quadro 3

### Quadro3 - Síndromes e alterações endócrinas associadas à obesidade

Síndrome de cushing	Decorrente de alterações no sistema hipofisário, glândulas adrenais e/ou decorrente de tratamentos prolongados com glicocorticoides. Caracterizada por alterações metabólicas, como aumento do catabolismo muscular, podendo desenvolver osteoporose e adelgaçamento da pele formando estrias purpúreas, além de deposição de gordura localizada na região cervical posterior.
Obesidade tiroidiana	Pode ser causada por doença da tiróide auto-imune, radioterapia, intervenção cirúrgica do hipertiroidismo, cancro da tiróide, deficiência de iodo e defeitos congénitos.
Obesidade gonadal	Inclui casos de hipogonadismo em ambos os sexos, transtornos cromossómicos (síndrome de Turner) e alterações relacionadas com hiperandrogenismo.
Síndromes hipotalâmicas	Podem ser causados por destruição do hipotálamo de corrente de traumas, infecções e neoplasias, bem como por síndromes hipotalâmicas genéticas .
Pseudo-hipoparatiroidismo	Decorrente de insensibilidade do túbulo renal à paratahormona, mesmo na presença da função normal das glândulas paratiroides.
Hiperinsulinémia	Está relacionada com a diabetes mellitus não-insulinodependente; contudo nem todo o paciente com esta patologia é necessariamente obeso

Fonte: Dâmaso, 2003: 11.

A origem psicogénica da obesidade tem vindo a ser discutida nas últimas décadas. Neste caso o “diagnóstico é feito através da anamnese, em que o paciente apresenta modificações do comportamento alimentar, podendo ser relatadas anormalidades do tipo “síndrome de ingestão nocturna” ou “síndrome de compulsão alimentar”. Estas geralmente, estão associadas a uma fase de stress

psicológico, distúrbios e ansiedade crónica, etc., esta fase é caracterizada pela alta e inadequada ingestão alimentar” (Dâmaso, 2003: 12).

Há “evidências de que as doenças do comportamento alimentar obedecem a uma interacção entre distúrbio fisiológico e distúrbio psicológico. Considera-se, nestes casos, que o alimento se torna um substituto de outras gratificações ou pode ser utilizado pelo paciente para alívio da solidão, da ansiedade ou de outros aborrecimentos. A superalimentação pode funcionar como um mecanismo para afastar sentimentos desconfortantes de agressividade ou de depressão, sendo que a obesidade pode ser utilizada como mecanismo de defesa contra a interacção social anormal, conflitos sexuais e exposição à possibilidade de inter-relações pessoais inadequadas” (Dâmaso, 2003: 12).

O indivíduo “ obeso parece responder mais aos estímulos externos (tipo e qualidade dos alimentos) do que aos internos (fome e saciedade) no que diz respeito ao apetite. Também, existe a hipótese de que algumas crianças poderiam herdar uma estrutura psíquica que levaria a maior gratificação oral do que outras satisfações, ocasionando maior consumo alimentar” (sigulem et al., 2001, 8)

Distintos “medicamentos usados no controle de outras doenças podem determinar excesso de apetite e subsequente obesidade por excessiva ingestão alimentar, podemos citar corticosteroides, hormonas sexuais e anabolizantes; orexigenos, antidepressivos e outros” (Dâmaso , 2003: 12).

No grupo das doenças neurológicas pode-se incluir” tumores hipotalâmicos e patologias tumorais hipofisárias que comprometem os centros hipotalâmicos da fome e da saciedade, ocasionando subsequente obesidade. Na maioria desses casos existem sintomas tais como cefaleias, vómitos e alterações da visão, bem como em crianças, atraso de crescimento. Deve-se salientar que estas situações não são muito comuns na prática clínica” (Dâmaso, 2003: 12,13).

A diminuição da taxa metabólica é talvez uma das maiores causas de obesidade. “A taxa metabólica basal (TMB) é uma medida padronizada do gasto energético em repouso, este valor reflecte a quantidade mínima de energia necessária para a manutenção das funções fisiológicas, essenciais ao bom funcionamento do organismo” (Dâmaso, 2003: 13).

Vários factores estão directamente relacionados com a TMB, tais como mencionados no Quadro 4.

#### Quadro4

* <b>Quantidade de massa magra</b> - quanto maior for a percentagem de massa magra do indivíduo, maior será o seu gasto calórico diário. Pesquisas demonstram que a menor taxa metabólica basal das mulheres, devido a uma maior quantidade de massa gorda, pode explicar a maior adiposidade em mulheres, quando comparadas a homens.
* <b>Temperatura corporal</b> - quanto maior a temperatura corporal maior será TMB, o que explica em grande parte a adiposidade das pessoas que habitam em locais frios.
* <b>Depressão</b> - diminui a actividade do sistema nervoso simpático, o que reduz a TMB
* <b>Hormonas</b> - a tiroxina e a adrenalina actuam aumentando a taxa metabólica basal, e assim a deficiência na síntese, na secreção ou na actuação fisiológica dessas hormonas pode causar efeito inverso.
* <b>Idade</b> - em decorrência da idade há uma pronunciada redução na quantidade de massa magra.
* <b>Área corporal</b> - quanto maior a área superficial corporal, mais perda de calor ocorrerá pela pele, o que eleva a TMB porque é necessária uma maior perda de energia para manter a temperatura corporal.

Fonte: Dâmaso 2003: 13

Relativamente à fisiopatologia da obesidade esta ainda não está totalmente esclarecida, os últimos progressos têm ocorrido no campo da biologia molecular, a qual muito tem auxiliado no esclarecimento desta doença.

As pesquisas sobre a obesidade seguem geralmente duas linhas de abordagem as quais “são complementares uma mais fisiológica-bioquímica, na qual são estudadas as variações no balanço energético e outra mais recente, da biologia molecular, onde são isolados genes específicos que controlam os diferentes factores determinantes do balanço energético” (Sigulem et al., 2001: 10)

A obesidade é considerada “um distúrbio do metabolismo energético, onde ocorre um armazenamento excessivo de energia, sob a forma de triglicéridos no tecido adiposo”(Sigulem et al., 2001: 10).

Segundo Sigulem et al. (2001) os stocks de energia no organismo são regulados em função da ingestão e do gasto energético. Quando existe equilíbrio entre a ingestão e o gasto energético, o peso corporal mantém-se. Mas, basta

existir um pequeno balanço positivo, para que este provoque um pequeno aumento de peso, se este balanço ocorrer de forma sistemática a obesidade instala-se.

Para Sigulem (2001) existem numerosos componentes já identificados que participam na regulação do peso corporal. Dois destes componentes são a leptina e o neuropeptídeo Y, cujos mecanismos já estão bem determinados.

Depois da descoberta da leptina houve uma “grande expectativa em relação ao tratamento da obesidade e muitas pesquisas foram desenvolvidas a partir desta. Entretanto os estudos em humanos verificaram que quando são comparados obesos e não obesos (adultos e crianças), os obesos apresentam níveis séricos aumentados de leptina e esses aumentos estão positivamente relacionados com a massa de tecido adiposo. A hipótese para explicar estas respostas é a de que os obesos poderiam ter sensibilidade diminuída à leptina” (Sigulem et al., 2001: 11)

Na obesidade infantil segundo Figueiredo (2003) não existe apenas aumento do volume dos adipócitos por acumulação dos triglicéridos (hipertrofia celular), existe fundamentalmente aumento do número de adipócitos (hiperplasia celular) em número muito superior ao considerado normal durante a infância.

Muitos autores indicam a existência de “três períodos críticos para o desenvolvimento da obesidade; são eles:

- da gestação à primeira infância
- dos 5 aos 7 anos de idade
- adolescência

Actualmente considera-se que a actividade metabólica do tecido adiposo é fundamental na regulação do crescimento do mesmo e no desenvolvimento da obesidade, havendo sempre um balanço positivo entre a ingestão e o gasto energético” (Figueiredo, 2003: 187).

Quais as repercussões da obesidade?

As consequências da obesidade são múltiplas e diminuem consideravelmente a qualidade de vida do obeso. Um dos riscos da obesidade na infância é de que as crianças obesas tendem a ser adultos obesos. Para Mello et

al. (2004) o I.M.C. na infância correlaciona-se positivamente com o I.M.C. do adulto, as crianças obesas têm também maior risco de óbito quando adultos.

A obesidade “é uma das principais causas de hipertensão arterial em crianças e adolescentes, favorecendo complicações cérebro vasculares e cardiovasculares futuras” (Sigulem et al., 2001: 13).

As complicações ortopédicas são também “bastante frequentes na obesidade, devido ao trauma provocado nas articulações pelo excesso de peso. As articulações dos joelhos são as mais envolvidas no deslizamento da epífise da cabeça do fémur também é comum em obesos” (Sigulem et al., 2001: 13). Nestes podem ainda “ocorrer alterações da função pulmonar, com diminuição do volume residual e do volume expiratório máximo e tendência para a redução geral do volume pulmonar. Nas formas mais graves da obesidade pode ocorrer a síndrome de Pickwick, o qual se caracteriza por hipoventilação, sonolência diurna e apneia do sono (Grunstein, 1999 citado por Sigulem et al., 2001: 13)

Além dos riscos para a saúde física nos obesos surgem também complicações psicossociais e uma diminuição na qualidade de vida. A obesidade provoca “diminuição da auto-estima, depressão, ansiedade e alteração da imagem corporal. A estigmatização negativa afecta muitos aspectos da sua vida e torna-se evidente na discriminação no trabalho, exclusão social, problemas em encontrar vestuário adequado e ridiculização pública. A nossa sociedade expressa de modo aberto e desinibido atitudes discriminatórias e hostilidades dirigidas às pessoas obesas”. (Bouw, 2002: 95)

Desde o estudo de Framingham (1983) que se reconhece que a “obesidade é um factor de risco independente para ocorrência de doença cardiovascular, sobretudo em mulheres, e que o ganho de peso durante a vida adulta aumenta o risco de doença cardiovascular, independentemente do peso inicial ou da presença de outros factores de risco. Neste mesmo estudo 70% dos casos de hipertensão em homens e 61% nas mulheres puderam ser directamente atribuídos à obesidade e, para cada kg de peso ganho, a pressão sistólica elevava-se em média 1mmHg. Assim, embora a obesidade se mostre como factor de risco independente para a doença cardiovascular, é importante ressaltar a forte associação entre a obesidade e a hipertensão arterial, assim como sua associação com dislipidémia e

a intolerância à glicose” (Cuppari, 2005: 157) A presença de pelo “menos um factor de risco para a DCV (hipertensão, dislipidémia ou hiperinsulinémia) tem sido observada em 60% das crianças e adolescentes com excesso de peso, sendo que 20% dos restantes apresentam dois ou mais factores de risco” (Oliveira et al., 2004: 239). A “hiperinsulinémia é considerada um factor de risco independente para a doença cardiovascular, já que tem um papel importante no desenvolvimento de outros componentes da síndrome metabólica, como a dislipidémia, a hipertensão e a hiperuricémia (Oliveira et al., 2004: 240).

Segundo Oliveira (2004) as crianças e adolescentes obesos apresentam 2,4 vezes e 7,1 vezes maior probabilidade de terem níveis de colesterol total e triglicéridos, respectivamente, mais elevados do que as crianças normoponderais.

A Diabetes tipo II é uma importante doença crónica associada com a obesidade. A “correlação íntima entre a diabetes e a obesidade fez introduzir o termo diabetesidade” (Bouw, 2002: 95). Este tipo de diabetes até há uns anos era uma doença encontrada mais no adulto; no entanto, “nos últimos anos têm-se verificado um aumento da prevalência desta doença em crianças e adolescentes. Neste sentido, deve-se enfatizar que a diabetes tipo 2 tem contribuindo com mais de 30% dos novos casos de diabetes, mostrando uma possível relação do aumento da prevalência de obesidade infantil com o desenvolvimento desta doença” (Oliveira et al., 2004: 239). O peso corporal é desta forma considerado um factor de risco de grande importância para o aparecimento da diabetes. De acordo com a Comissão Nacional de Diabetes dos Estados Unidos, “o risco de desenvolvimento da doença é duas vezes maior em pequenas obesidades, cinco vezes maior em obesidades médias e 10 vezes maior em obesidades severas” (Cuppari, 2005: 157).

As alterações dermatológicas que se encontram mais frequentemente na obesidade são “as estrias, a fragilidade da pele nas regiões das dobras, com tendência às infecções fúngicas, e a acantose nigricans, com escurecimento da pele nas axilas e no pescoço”(Sigulem e al., 2001: 13).

Os indivíduos com peso a mais estão normalmente condenados a enfrentar uma batalha sistemática para emagrecer ou manter o peso perdido. “Este processo de luta pode produzir excessiva preocupação com a alimentação, peso,

autocondenação e depressão, bem como repetidos ciclos de perda e recuperação”. (Luiz et al., 2005: 36)

Alguns “estudos têm demonstrado que as crianças obesas possuem grande risco de desenvolverem problemas psicológicos e de saúde. Observações clínicas postulam a associação entre a obesidade e a depressão. Estas observações têm recebido suporte de estudos epidemiológicos, sugerindo relação entre o excesso de peso e sintomas psicológicos e psiquiátricos”(Carpenter, Hasin, e Alisson, 2000 citados por Luiz et al., 2005: 36)

Segundo Luiz et al. (2005) um dos grupos vulneráveis para o desenvolvimento da depressão infantil, é o das crianças obesas. A obesidade conduz muitas vezes dificuldades comportamentais, as quais interferem, no relacionamento social, familiar e académico da criança. “Quanto mais problemas de comportamento a criança apresentar maior será a probabilidade de desenvolver um quadro depressivo” (Andriola e Calvacante, 1999 citados por Luiz et al., 2005: 37)

Considera-se que a obesidade “causa diminuição da auto-estima, depressão, ansiedade e alteração da imagem corporal” (Bouw, 2002: 95). Uma das maiores consequências da obesidade na infância são as complicações psicossociais.

O conceito popular de obesidade, ou ser gordo, tem muito a ver com os valores culturais de cada sociedade.

Noutros tempos, “ser gordo era distinção; trabalho duro e alimentação frugal, sem luxos, conferiam uma silhueta escurrida à maioria. E a fome, que alastrava em épocas de penúria e perseguia sempre os mais pobres, fazia avultar o número de magros. Daí que a “fortaleza de corpo” distinguia quem não usava as mãos e estava bem na vida” (Peres, 1996: 13)

Para Dietz (1998) a discriminação contra o excesso de peso começa cedo desde a infância e vai-se progressivamente institucionalizando. “As crianças obesas são frequentemente incomodadas pelos colegas e menos aceites do que as crianças com peso normal. Ao longo da vida, o excesso de peso traz outras dificuldades, como menor índice de empregos, timidez e problemas de relacionamento afectivo. Devido a estas dificuldades muitas vezes as pessoas

obesas inibem-se de fazer algumas actividades rotineiras tais como: ir à escola, fazer determinados exercícios físicos, procurar emprego, comprar roupas, namorar e divertir-se” ( Damiani, Carvalho e Oliveira, 2002 citados por Luiz et al., 2005: 38)

O facto de ser gordo ou magro na sociedade actual “é veiculado pelos medi, na maior parte das vezes sem relação com a saúde. O ideal é o corpo magro, sem que se levem em conta diferenças genéticas. O ser gordo pode significar também a falta de controlo de impulsos, preguiça, ser relaxado. Com a transmissão desses conceitos é evidente que o sobrepeso pode ser um factor de sofrimento para aqueles que não alcançaram um corpo perfeito” (Ades e Kerbauy, 2002).

A “estigmatização negativa afecta muitos aspectos da vida do obeso e torna-se evidente na discriminação no trabalho, exclusão social, problema em encontrar vestuário adequado e ridiculização pública. A nossa sociedade expressa de modo aberto e desinibido atitudes discriminatórias e hostilidades dirigidas às pessoas obesas” (Bouw, 2002: 95).

Relativamente ao tratamento da obesidade na perspectiva de Sigulem et al. (2001) e Koletzo et al. (2002) os pilares fundamentais são: as alterações de comportamento e de hábitos de vida as quais compreendem modificações no plano alimentar e na actividade física.” O objectivo do tratamento da obesidade na criança e adolescente é conseguir manter o peso adequado para a altura e, ao mesmo tempo, manter o crescimento e o desenvolvimento normais” (Sigulem et al., 2001: 11)

No tratamento da criança obesa segundo a perspectiva de Sigulem et al. (2001) não há espaço para dietas restritivas, pois estas são prejudiciais para a criança, uma vez que os nutrientes podem ser insuficientes, levando as alterações no crescimento e desenvolvimento da criança.

Para Sigulem et al. (2001) a dieta deve ser equilibrada, sem grandes restrições alimentaras. Tem mais benefícios organizar a ingestão alimentar dentro do padrão dietético habitual da criança e assegurar a qualidade e a quantidade nutricional adequada, através de uma refeição satisfatória.

Considera-se que o” tratamento da obesidade já estabelecida é pouco satisfatório, desta forma os esforços devem ser dirigidos para a sua prevenção. Os melhores resultados obtidos no tratamento da obesidade são os elaborados por equipas multidisciplinares (pediatra, psicólogo e dietista), embora a percentagem de êxito seja baixa, cerca de 36%”. (Carazo et al., 1997: 28).

As formas de terapia comportamental e psicológica segundo Koletzko et al. (2002) podem ajudar a alterar a actividade física, a adquirir hábitos alimentares saudáveis, a estabilizar e a reforçar comportamentos de promoção de saúde, e também a reforçar a auto confiança e independência os quais são considerados pontos críticos para o sucesso do tratamento da obesidade em crianças e adolescentes a longo prazo. Medidas simples como diminuir o tempo gasto pelas crianças a ver televisão, videotape e videogame, podem contribuir para diminuir o excesso de peso nas crianças. Tem sido demonstrado que o envolvimento dos pais no programa de tratamento comportamental das crianças, leva a melhores resultados passado um ano.

Para Carazo et al., (1997) os objectivos primário do tratamento da obesidade:

- Controlo/redução da taxa de aumento de peso.
- Perda de peso real: quando o aumento de peso é superior a 40%.

#### Objectivos secundários

- Manter um crescimento normal (assegurar o aporte dos nutrientes essenciais;
- Diminuir os factores de risco cardiovascular (HTA, alteração dos valores dos lípidos;
- Diminuir as complicações físicas (dermatológicas e ortopédicas);
- Melhorar a actividade física;
- Melhorar e manter a adaptação social;
- Aumentar e manter a auto-estima;
- Introduzir e fomentar hábitos de vida saudáveis em relação à alimentação e ao exercício físico que ajudem a evitar as recaídas.

O tratamento baseia-se numa actuação a três níveis: dieta, actividade física e modificação do comportamento.

Os cuidados nutricionais ou dietéticos incluem:

- a) “avaliação do estado nutricional, para determinação do diagnóstico nutricional e das necessidades nutricionais;
- b) desenvolvimento do plano de acção nutricional;
- c) implementação da dietoterapia, determinada pelo cálculo da dieta e conteúdo de macro e micronutrientes;
- d) educação nutricional, envolvendo conceitos básicos de saúde e alimentação;
- e) avaliação da eficiência da intervenção”(Cuppari, 2005: 159,160).

A utilização de intervenções cirúrgicas e de tratamentos farmacológicos no tratamento da obesidade em crianças e adolescentes, não é recomendada. Estas formas de tratamento não estão suficientemente documentadas para serem seguras e eficientes no tratamento da obesidade em crianças e adolescentes.

#### Prevenção da obesidade

A obesidade é uma doença de difícil controlo com altas percentagens de insucessos terapêuticos e de recidivas, podendo apresentar, na sua evolução graves repercussões orgânicas e psicossociais.

Dado os efeitos adversos da obesidade no adulto, e a relação directa entre a criança obesa - adulto obeso e os resultados desfavoráveis e frustrantes do tratamento da obesidade na criança, fazem segundo Sigulem et al. (2001) com que a sua prevenção seja de extrema importância. Desta forma, a prevenção da obesidade pediátrica constitui uma prioridade de saúde pública.

O melhor procedimento para o tratamento da obesidade na perspectiva de Gahagan (2004) é a rapidez com que é feito o seu diagnóstico e a sua prevenção, de tal forma que o desenvolvimento da obesidade na infância não seja permitido.

Segundo a perspectiva de Koletzo et al. (2002) os pediatras e os outros profissionais de saúde com responsabilidades sobre as crianças, precisam de ser treinados para aumentar os seus conhecimentos sobre o excesso de peso e obesidade nas crianças e nos adolescentes e aumentar as suas competências na prevenção e no tratamento. Em adição, os pais e o público de uma maneira geral

necessitam de ser melhor informados sobre o problema e das possíveis contribuições que podem fazer para aumentar a saúde das crianças.

Para de Gahagan (2004) os profissionais de saúde podem actuar em dois níveis: (1) clinicamente baseado em actividades de prevenção e (2) comunitariamente na promoção da saúde e na educação. Os esforços da prevenção primária podem concentrar-se na promoção do aleitamento materno, nutrição saudável, e na actividade física. Prevenir a obesidade na mulher antes da idade gestacional pode ajudar a prevenir a obesidade na próxima geração.

Segundo a *American Obesity Association* (2005) ensinar comportamentos saudáveis na idade jovem é muito importante uma vez que estas mudanças se tornam mais difíceis à medida que a idade avança. Comportamentos que envolvem actividade física e a nutrição estão relacionados com a prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. As famílias e as escolas são os dois pontos mais críticos para a criação desses hábitos.

Qual o impacto económico da obesidade?

A obesidade “é uma patologia crónica que se tornou um dos problemas de saúde mais graves das sociedades desenvolvidas. A morbilidade e a mortalidade aumentam com o aumento do índice de massa corporal. Para além da obesidade por si só ser uma condição grave, também é um factor de risco para o desenvolvimento de várias co-morbilidades, como doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e hipertensão” (Bouw, 2002: 94).

A Sociedade considera que “ as doenças dão lugar a dois principais tipos de custo económico: os custos directos e os custos indirectos. Os custos directos (...) representam as despesas do sistema de saúde, dos pacientes e dos seus familiares com o tratamento, prevenção, e diagnóstico de determinadas doenças ou problemas de saúde” (Pereira e Mateus, 2003: 66). No que se refere a Portugal Pereira et al. (1999) estimaram em mais de 46 milhões de contos (230 milhões de euros) os custos directos da obesidade para o ano de 1996, um valor que corresponde a 3,5 % das despesas totais do sector da saúde. A maior fatia da despesa com o tratamento da obesidade e co-morbilidades destina-se a

medicamentos para tratar doenças do aparelho circulatório” (Pereira e Mateus, 2003, 66). Os referidos custos indirectos segundo Pereira e Mateus (2003) e Bouw (2002) referem-se ao valor da produção perdida causada pela doença e pela morte prematura. A doença diminui a produtividade económica da população; enquanto a morte diminui a quantidade de pessoas com capacidade produtiva desta forma os custos indirectos envolvem perda da produtividade e do rendimento através do absentismo, da morbilidade e a morte prematura.

Num “estudo de coorte retrospectivo, sobre um período de nove anos, Thompson e outros procuravam indexar despesas com o internamento hospitalar, com cuidados ambulatoriais e com medicamentos aos valores do I.M.C.. Pessoas com um I.M.C. maior ou igual a 30 mostraram 105% mais despesas com medicamentos e 39% mais despesas com cuidados ambulatoriais do que as pessoas com um I.M.C. inferior a 25. O grupo com o I.M.C. entre 25 e 30 evidenciou 37% mais despesas com medicamentos e 135% mais despesas com cuidados ambulatoriais do que as pessoas com um I.M.C. inferior a 25” (Bouw, 2002: 96).

No ano de 2006 o Ministério da Saúde Português integrado no dia de Luta Contra a Obesidade, lançou uma nova medida no combate à obesidade, vai financiar as cirurgias bariátricas que não sejam possíveis de realizar através do Sistema Nacional de Saúde. Esta medida vai aumentar os custos directos com a obesidade em Portugal.

É evidente que tratamentos eficazes para a perda de peso e para a sua manutenção “contribuem não só para uma melhoria da saúde e qualidade de vida para os obesos, como também reduzem os custos do tratamento da obesidade e das suas co-morbilidades”. (Bouw, 2002: 96)

Em termos legislativos a obesidade é um importante problema de Saúde Pública e uma doença crónica, com génese multifactorial, que requer esforços continuados para ser controlada, constituindo uma ameaça para a saúde e um importante factor de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças.

Através do Despacho n.º 1916/2004, publicado no Diário da República n.º 23 de 28 de Janeiro, foi aprovado o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde relacionados com os Estilos de Vida.

A Direcção geral de Saúde (D.G.S.), consciente da gravidade do problema que a obesidade representa, constituiu em 2003 um grupo de peritos para a elaboração do Programa Nacional de Combate à Obesidade. Através da Circular Informativa n.º: 9/DGCG, de 25/3/04, a D.G.S. considera a obesidade como doença crónica que pode atingir homens e mulheres de todas as etnias e de todas as idades a qual requer estratégias de longa duração para a sua prevenção e gestão efectivas.

Através do Despacho n.º 10237 (II série) de 4 de Maio (D.R. n.º 122, II série, de 25 de Maio de 2004), foi instituído o penúltimo sábado do mês de Maio de cada ano como o Dia Nacional de Combate à Obesidade, a fim de sensibilizar a população em geral para este problema, através de estratégias de mobilização da sociedade para promoção e preservação da saúde incentivando uma dinâmica que conduza a novas atitudes e à diminuição dos obstáculos para as práticas quotidianas de vida saudável.

Por último o Programa Nacional de Combate à obesidade foi aprovado por Despacho de 28 de Janeiro e 2005, e divulgado através da circular Normativa da D.G.S. n.º 03/DGCG de 17-03-05. Este programa integra-se no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e visa, como objectivo geral, contrariar a taxa de crescimento da pré-obesidade e da obesidade em Portugal. Entretanto através do Despacho n.º 4571/2005 (II série) foi criada uma comissão de coordenação que acompanhe e avalie o desenvolvimento do Programa Nacional de Combate à obesidade.

## **1.5 Educação para a saúde**

A saúde, como qualidade ou estado pessoal, tem sido sempre muito valorizada e pretendida ao longo da história da humanidade.

Para Larrea e Plana (1993) referidos por Carvalho, A. e Carvalho, G. (2006) " durante muito tempo a saúde foi considerada como o oposto da doença, considerando-se, exclusivamente, as perturbações físicas ou biológicas. A doença era encarada como um acontecimento accidental, que atingia o organismo, sem haver possibilidade de desencadear qualquer tipo de reacção que a pudesse evitar"

A Organização Mundial de Saúde (1948) na sua carta fundamental definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Esta definição revela “uma nova abordagem conceptual e uma clara viragem no paradigma, a qual reformula a posição do modelo biomédico tradicional e concebe a saúde como um complexo equilíbrio dinâmico entre múltiplos factores” (Rodrigues, Pereira, e Barroso, 2005: 12).

Ao descentrar a atenção na doença e na patologia e ao “focar o indivíduo na sua dimensão total e integradora, introduz-se uma reflexão crítica de natureza epistemológica, abrindo o caminho de novas perspectivas de abordagem, passando do primado das drogas e dos tratamentos para a prioridade da prevenção da doença e da promoção da saúde” (Rodrigues et al., 2005: 12).

Segundo a abordagem de Silva et al. (2002) esta definição de saúde é importante uma vez que corresponde a uma nova preocupação da segunda metade do século XX, de situar a saúde numa óptica positiva em que ter saúde deixa de ser o oposto de estar doente. Definir saúde como bem-estar deu consistência à mudança que a realidade social vinha traçando, de saúde como um estado individual em que a pessoa não está doente, para saúde como realização do potencial humano aos níveis biológico, psicológico e social em que não basta não haver doença mas que se verifique uma capacidade de viver bem e de se sentir bem.

Na perspectiva de Silva et al. (2002) a definição da O.M.S. refere explicitamente a dimensão social da saúde/doença, dado que a concepção de saúde deixa de ser encarada como um estado apenas individual, centrado no funcionamento do corpo e da mente, passa a compreender a saúde como um estado de existência que engloba as condições de vida na sociedade.

Mais tarde Terris (1980) por Carvalho, A. e Carvalho, G. (2006), foi um dos autores que não esteve de acordo com a definição da O.M.S., definiu saúde como “*um estado de bem-estar físico, mental e social, com capacidade de funcionamento e não apenas a ausência de doença ou de enfermidades*.” É uma definição “operativa, já que para a maioria das pessoas, estar de boa saúde é ter capacidade de desenvolver as suas actividades de vida diárias. O seu inconveniente é que é possível a presença simultânea de saúde e de certas

doenças, numa fase precoce, ainda sem sintomatologia, nem limitação funcional” (Carvalho, A. e Carvalho, G., 2006: 8)

A concepção holística da saúde “considera-a um bem-estar subjectivo que permite à pessoa alcançar os seus objectivos pessoais no âmbito de um determinado contexto sociocultural, emergindo do diálogo homem meio ambiente e mediado pelas emoções e sentimentos” (Carcel, 2000 citado por Carvalho, A. e Carvalho, G., 2006: 9).

Uma definição mais recente refere que “ a saúde é a capacidade de cada homem, mulher ou criança criar e lutar pelo seu projecto de vida, pessoal e original, em direcção ao bem-estar “ (Déjours, 1993 citado por Carvalho, A. e Carvalho, G. 2006: 9). Este “conceito é dinâmico, tem em conta a capacidade funcional do ser humano e introduz a indicação de géneros e grupos (embora sem os distinguir entre si), assim como a singularidade de cada pessoa na luta pelo atingir dos seus objectivos de vida” (Carvalho, A. e Carvalho, G.,. 2006: 9).

O concepção “de saúde e de doença, ao longo da história da humanidade, tem adquirido conotações diversas que partiram de construções sobre os significados da natureza do corpo, as funções e a sua estrutura, sobre as relações corpo e espírito e pessoa ambiente” (Reis, 1998 citado por Carvalho, A. e Carvalho, G., 2006: 9).

Face ao exposto a Saúde não pode ser apenas considerada “uma realidade objectiva que tem apenas a ver com o normal funcionamento do nosso corpo, mas uma realidade também subjectiva que se relaciona com a forma de pensar e com as representações mentais de cada pessoa. Desta forma “pessoas diferentes pensam a saúde de maneiras diferentes. Épocas e culturas diversas pensam a saúde, também, de maneiras diversas” (Silva et al., 2002: 19), em sùmula pode-se dizer que a saúde apresenta um carácter dinâmico, o qual se vai modificando ao longo dos tempos, de pessoa para pessoa, de local para local, com influência dos factores ambientais, sociais, culturais, económicos, entre outros.

A evolução de novas concepções sobre a pessoa e a vida, fundamentadas pela investigação científica, determinou a acção de políticas de saúde e das políticas de educação nos últimos 30 anos. De acordo com o Ministério da Saúde (2004), as actuais políticas de saúde têm referências fundamentais na noção de

cuidados de saúde primários, expressos na conferência de Alma Ata em 1978, que estabelecia uma ordem prioritária na prevenção da doença e na promoção da saúde; a adopção do conceito de metas para a saúde, passou a ser o elemento fundamental.

A O.M.S. “definiu como pré-requisitos de saúde, ou condições prévias da saúde, “o desaparecimento da ameaça de guerra, a igualdade de oportunidades, a satisfação das necessidades fundamentais - alimentação, educação básica, água e saneamento, alojamento adequado, emprego estável e papel útil na sociedade - o que exige vontade política e apoio da sociedade” (Silva et al., 2002: 23).

Considera-se que tanto a saúde como a doença “são influenciadas, consideravelmente pelos factores sociais e ambientais. Esta visão dinâmica da saúde é fundamental na Educação para a Saúde, uma vez que, actualmente, nos países desenvolvidos a perda de saúde e as mortes prematuras estão estreitamente ligadas ao estilo de vida, ou seja à adopção por parte dos indivíduos, grupos e comunidades de comportamentos saudáveis” (Carvalho, A. e Carvalho, G., 2006: 11).

A concepção “de educação parece envolver a ideia de um processo de desenvolvimento, de algum modo natural e espontâneo e que se deseja natural e harmónico, estruturado e hierarquizado, das capacidades do homem. Ou seja a educação envolve o desenvolvimento das capacidades do homem” (Dias, 1993 citado por Carvalho, A. e Carvalho, G., 2006: 15).

O próprio processo “educativo é um processo que conduz à saúde do ser humano, inserindo-se também no seu projecto de vida. A educação é, assim, uma das melhores formas para elevar a qualidade de vida e o nível de saúde das pessoas” (González citado por Carvalho, A. e Carvalho, G., 2006: 15).

Para o mesmo autor o factor de base do melhoramento dos indivíduos, das comunidades e do seu nível de saúde é a educação.

Educação e saúde “exigem uma visão holística, englobando uma abordagem global e particular da pessoa nas suas várias dimensões em constante interacção com o meio envolvente. Desta forma a E.p.S. deve ser um processo holístico, porque pretendendo aumentar a saúde da pessoa, grupo ou comunidade, procura desenvolver os processos internos que permitam à pessoa adaptar

comportamentos saudáveis, respeitando o seu estilo de vida e as suas crenças sendo estas influenciadas pela comunidade da qual faz parte.” (Carcel, 2000 citado por Carvalho, A. e Carvalho, G., 2006: 17). Tal como “o conceito de saúde a E.p.S. tem sofrido ao longo dos tempos alterações do seu significado. Classicamente a E.p.S. foi designada por educação sanitária foi definida, por Wood (1926 citado por precioso, 1992) “como a soma de experiências e impressões que influenciavam favoravelmente os hábitos, atitudes e conhecimentos, relacionados com a saúde do indivíduo e da comunidade. Esta definição tem em conta a educação para a saúde informal e foca já a dimensão dos conhecimentos (cognitiva), das atitudes e dos comportamentos. No entanto não faz menção às crenças e aos valores da pessoa, às necessidades sentidas, nem à participação comunitária” (Carvalho, A e Carvalho, G., 2006: 24)

Mais tarde Seppilli (1989), citado por Carvalho, A. e Carvalho, G., (2006),” vem dizer que a E.p.S. é um processo de comunicação interpessoal, para proporcionar informação que desencadeie um exame crítico dos problemas de saúde, que responsabilize os grupos sociais e indivíduos na escolha de comportamentos que influenciam directa ou indirectamente a saúde física e psíquica das pessoas e da colectividade. Este autor define E.p.S. como um processo, introduz um elemento chave na E.p.S. que é a comunicação, embora, ponha ênfase na informação. Chama a atenção para o papel que cada pessoa e a comunidade têm na defesa da saúde. Parece, contudo ser muito culpabilizante da vítima, uma vez que, não tem em conta a influência do ambiente sobre a saúde”

Outra perspectiva de E.p.S. define-a como “uma “combinação” de experiências de aprendizagem planeadas, no sentido de facilitar a mudança voluntária de comportamentos saudáveis” (Green et al., 1980 citado por Carvalho, A. e Carvalho, G., 2006: 24). No “termo “combinação” encontra-se a necessidade de utilização de diferentes métodos educativos que favoreçam aprendizagem e denota a importância da sua complementaridade; a referência a aprendizagens planeadas acentua o processo de reflexão sistemático, prévio à elaboração do projecto de E.p.S.; o Verbo “facilitar” designa o papel do educador como facilitador da mudança de comportamentos, ao falar em mudanças voluntárias de comportamento refere-se à participação voluntário do indivíduo no que concerne

à mudança no comportamento desejado: a adopção de “comportamentos saudáveis” como a finalidade a atingir” (Rochon, 1996 citado por Carvalho, A. e Carvalho, G., 2006: 24,25).

No seu conjunto “todas estas definições não incluem aspectos importantes como os valores individuais, a auto-estima da pessoas e a sua auto-capacitação (“*empowerment*”), que se julga serem essenciais no processo de E.p.S.. Uma concepção mais actual de E.p.S. e considerada mais bem aceite é a proposta por Tones e Tilford (1994) Educação para a saúde é toda a capacidade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamento e estilos de vida” (Carvalho, A e Carvalho, G., 2006: 25).

Uma das componentes da E.p.S. é a educação nutricional. Relativamente a esta componente é dada particular ênfase, uma vez que o tema da investigação é “hábitos alimentares e prevalência da obesidade infantil”, é ainda importante mencionar que um dos objectivos da investigação é a elaboração de um plano de intervenção para prevenção deste problema. Entre os “hábitos e comportamentos promotores de saúde e, portanto, preventivos da doença contam-se, com especial impacto, os hábitos alimentares. Uma alimentação racional, (...) é hoje um factor determinante de um estilo de vida saudável para as pessoas de diferentes grupos etários, e em muitos casos, um cuidado imprescindível em grupos com patologia crónica ou aguda” (Viana, 2002: 611). O comportamento alimentar é desta maneira um dos aspectos do estilo de vida que, de forma inegável, maior influência directa apresenta na saúde e na doença. Neste sentido a Intervenção nutricional representa um papel muito importante uma vez que o seu objectivo segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006) é a prevenção de doenças, a protecção e a promoção de uma vida saudável, conduzindo ao bem-estar geral do indivíduo.

A educação ou o aconselhamento nutricional “é o processo pelo qual as pessoas são efectivamente auxiliados a seleccionar e a implementar

comportamentos desejáveis de nutrição e de estilos de vida. O resultado desse processo é a mudança de comportamento e não somente a melhoria do conhecimento sobre nutrição “ (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2006)

A mesma sociedade diz que a mudança desejada de um comportamento deve ser específica às necessidades e à situação de cada indivíduo. A pessoa deve reconhecer que existe o problema e que existe de facto o desejo de mudá-lo. Sem o desejo interno de cada indivíduo todo o trabalho de educação é inútil.

A interacção, o respeito mútuo, entre o cliente e o conselheiro nutricional, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006) é tão importante quanto as informações impressas no papel. O educador nutricional deve dar poder ao cliente. Dar poder é aumentar a capacidade de definir, analisar e agir sobre os seus próprios problemas alimentares. Dar poder enfatiza a responsabilidade do cliente na causa do problema e a sua responsabilidade de adquirir competências para o resolver.

Os educadores nutricionais modernos ajudam os seus clientes com estratégias para lidar com os problemas, novos comportamentos e novas maneiras de pensar. Segundo a sociedade Brasileira de diabetes (2006) existem dois estilos de aconselhamento nutricional, o estilo tradicional na qual o educador tem uma postura autoritária e o cliente é dependente, e o estilo moderno no qual o conselheiro e cliente são parceiros.

Educar para a saúde implica ensinar novos hábitos e mudar outros hábitos de vida. Na verdade parece ser mais fácil (e mais barato) ensinar e implementar tão cedo quanto possível hábitos saudáveis do que mudar velhos hábitos já estabelecidos.

## **1.5.1 – Família**

### **1.5.1.1 À mesa com a família**

A família tem um papel decisivo na transmissão dos hábitos e comportamentos assim como na forma como a criança se relaciona com tudo o que a rodeia. A este processo chama-se socialização, o qual se define pela

“dinâmica de transmissão de cultura, o processo pelo qual os homens aprendem as regras e as práticas dos grupos sociais.” (Worsley, 1983: 203).

A família retrata o primeiro ambiente para a “socialização, e os alimentos são um dos principais símbolos da união dos grupos, configurando a cultura alimentar na qual a criança é iniciada durante ou após o desmame” (Rodrigues, 2006: 924). É a família que transmite às crianças as normas sociais segundo a cultura vigente no seu meio social. O mundo é mostrado à criança através e sanções e de proibições, e a criança adopta-as como verdadeiras e únicas até tomar contacto com outros elementos da vida social. Mesmo que inconscientemente, a família forma os seus filhos, através dos seus estilos de vida, convicções e valores.

Na perspectiva de Rotenberg e Vargas (2004) as práticas alimentares, compreendidas desde a amamentação à alimentação quotidiana da família, são provenientes de conhecimentos, vivências e experiências, construídas a partir das condições de vida, da cultura, das redes sociais e do saber científico de cada época histórica e cultural.

Considera-se que “o carácter social da alimentação está presente desde o nascimento. O leite materno é o primeiro alimento oferecido ao ser humano e a sua ingestão envolve o contacto com o corpo da mãe, mediado pelo seio.(...) A alimentação está associada ao afecto e à protecção, estando ao mesmo tempo a sua preparação ligada ao universo feminino. Esta estreita vinculação prossegue durante a existência humana devido à divisão sexual do trabalho, segundo o qual o processamento das refeições constitui tarefa da mulher”(Romanelli, 2006: 336). Embora hoje em dia esta divisão não seja tão taxativa, continua a ser muito marcada.

A alimentação é caracterizada também por uma dimensão afectiva, segundo Romanelli (2006) esta engloba a relação com o outro, está presente nas refeições familiares, nos momentos de encontro, de conversação e de troca de informações, isto é, da formação e manutenção de formas de sociabilidade bastante ricas e agradáveis. No entanto a alimentação familiar não se caracteriza apenas pela positividade de relações harmoniosas e de solidariedade. Ao contrário pode constituir um cenário para disputas intensas entre os convivas. Todavia, este

antagonismo constitui todas as relações sociais, a harmonia não elimina a presença de conflito e vice-versa.

A criança adquire os seus hábitos alimentares, através da família adquire gosto ou aversão a determinados alimentos e aprende, de uma forma mais ou menos intensa, os cuidados alimentares de prevenção de doenças e de excesso de peso. Uma criança habituada a comer de tudo, incluindo frutos e legumes, aceitará mais facilmente uma alimentação equilibrada. Como afirma Marie-Laure Frelut (2004) “é chocante ver protestar contra algumas cantinas cujas ementas são equilibradas e correctamente preparadas, e levantar os pratos cheios de legumes porque o sabor difere do da cozinha familiar.” (Frelut, 2004: 34). Esta situação não é culpa da cantina mas sim dos pais, que fazem as escolhas alimentares em casa de acordo com as preferências da criança. Por isso, defende-se uma educação alimentar precoce para que a recusa aos alimentos saudáveis não seja tão frequente.

Na perspectiva de Giard “gostar é um termo amplo, associado ao jogo múltiplo de atracções e repulsas, fundados nos hábitos da infância, a partir do disponível, mas também da forma como alimento oferecido e apresentado. Uma vez que se comem as lembranças, temperadas com afectos, por rituais que marcam a vida humana, sabores de felicidade, de tristeza, de saudade, doces ou amargos, sabores do passado” (Rotenberg e Vargas, 2004: 86).

É importante destacar que a construção do aprendizado em nutrição e alimentação humana ocorre a partir de várias fontes de informação. Segundo a abordagem de Girard “outrora a amamentação, as formas de preparação dos alimentos, as receitas, faziam parte do ritual de socialização das crianças, sendo aprendidas em conversas de mulheres, com as experiências e vivências, eram passadas de mãe para filha, da avó para a neta. Actualmente, as fontes são diversas, as mulheres estão inseridas no mercado de trabalho, quotidianamente, são divulgadas através de revistas, jornais, programas de rádio e televisão, informações muitas vezes corroboradas pelo discurso académico-científico” (Rotenberg e Vargas, 2004: 86).

Estudar a alimentação “infantil e da família, compreendendo as representações moldadas no quotidiano da população, os seus conhecimentos e

práticas alimentares, assim como os diferentes papéis sociais masculinos e femininos, a partir da divisão social do trabalho, dá-os informações sobre a saúde e a nutrição da criança, sendo parte integrante na construção do saber em nutrição com vista à reconstrução das práticas sociais”(Rotenberg e Vargas, 2004: 87)

No que se refere à sua dimensão sociocultural o acto de comer é um meio de marcar identidades e de estabelecer fronteiras entre segmentos sociais. “Oferecer alimentos pouco nutritivos aos filhos, como guloseimas, constitui um meio de a população pobre mostrar para si mesma e para os seus iguais que ela também pode consumir o que é simbolicamente positivo. Ainda no plano da sociabilidade familiar a possibilidade do consumo de tais produtos aparece associada à dimensão afectiva, isto é, oferecer o que não é fundamental para a alimentação traduz-se para pais e filhos em demonstrações de afecto, mesmo que à custa da contenção da aquisição de outros bens, as vezes mais necessários para a família como um todo” (Romanelli, 2006: 337).

As mulheres figuras sempre marcantes na família ocupam uma posição fundamental no que se refere à alimentação da mesma. “Controlam, se não o orçamento doméstico, pelo menos a compra dos alimentos, o seu processamento, socializam os filhos para aceitá-los e distribuem a comida entre os componentes da família” (Romanelli, 2006: 337). Ainda mais importante, é o facto de que as mulheres “têm mais acesso do que os homens à informação acerca da alimentação, provenientes de várias fontes e de programas diversos de orientação. As mulheres são mediadoras entre universos nos quais predominam regras alimentares diversificadas e podem ser agentes transformadores de hábitos alimentares” (Romanelli, 2006: 337).

Durante a infância, muitas vezes os familiares ou os adultos que convivem com a criança “utilizam a comida como castigo ou recompensa: “ se não comeres a sopa, não comes a sobremesa” ou “ se comeres tudo dou-te um doce”. Estas atitudes podem, futuramente, fazer com que a criança, o adolescente ou, mais tarde o adulto procure a comida como prémio pelos seus sucessos ou como

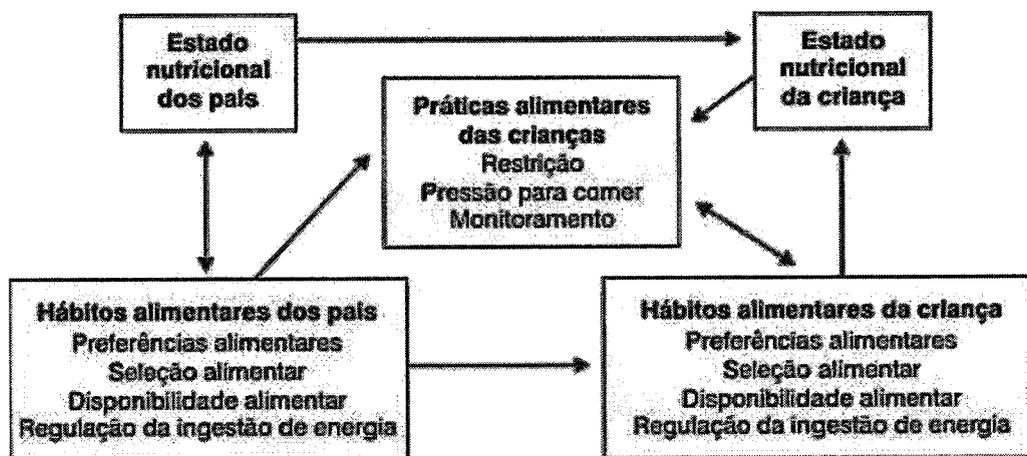
“bálsamo” para as suas frustrações, incluindo a de não conseguir ter o peso desejado” (Veloso, 2006: 18).

Segundo a abordagem de Reis (2003) ser filho único é um dos factores desencadeantes do aparecimento da obesidade, porque desta situação resulta mais atenção, maior envolvimento emocional e, presumivelmente, maior capacidade económica para atender necessidades da criança. Segundo o mesmo autor o tipo de organização familiar actual e o absorvente envolvimento profissional dos pais condiciona fortemente o número de descendentes e acarreta o aumento do número de famílias com um único filho e, portanto o número de crianças em risco aumenta. Actualmente a concepção dos filhos ocorre mais tardiamente e, por isso, a idade média das mães vai-se tornando progressivamente mais elevada. Nesta situação a criança é olhada como um bem precioso, desta forma o problema é semelhante ao anterior, existe a necessidade de uma protecção obsessiva. Por outro lado o número de divórcios quase duplicou quando comparamos os anos de 2001 e os anos de 2002, o que conduz a uma aumento substancial de crianças filhas de pais separados. Esta situação por mais amigável que seja, coloca as crianças no centro de uma luta do seu afecto feita de repetidas ofertas e da realização quase instantânea dos seus desejos, aliada ou não ao traumatismo causado pela separação, muitas vezes leva ao aparecimento da obesidade. Na perspectiva de Reis (2003) as mulheres sós, viúvas ou separadas tendem a deslocar e centrar toda a sua capacidade de amar no objecto restante da sua relação o que também condiciona uma situação de risco para o aparecimento da obesidade na criança. A redução dos tempos livres dos casais actuais, resultante de obrigações laborais a que têm de se sujeitar e que os levam a entregar os filhos a avós desocupados, a jardins de infância ou a deixá-los quando têm idade para isso, entregues a si próprios com mesadas avultadas destinadas a prover a sua própria subsistência, não leva muitas das vezes às escolhas alimentares mais correctas. É ainda necessário realçar que a obesidade dos progenitores é também factor de risco para desencadear a obesidade na criança. Mas nem só o modelo de organização e comportamento integrado do agregado familiar oferecem afluentes à ingestão imoderada de energia e à redução drástica da actividade motora. As inovações técnicas, os novos

entretenimentos, a modernização culinária e a oferta de comida fácil, rápida e barata, também contribuem decisivamente para que epidemia alastre e se torne difícil obstar à sua propagação avassaladora.

Quando se fala da família à mesa é importante não esquecer a sua importância quer na promoção da saúde quer no tratamento da doença já instalada, tal como no caso da obesidade infantil, tema abordado nesta investigação. Na perspectiva de Mello et al. (2004) é fundamental salientar que as crianças e os adolescentes seguem os padrões paternos, o que significa que quando se propõe uma mudança dos comportamentos à criança obesa não devem ser esquecidos os pais, caso contrário, é previsto um insucesso no tratamento (figura 2).

Figura 2 - Mediadores comportamentais de semelhanças familiares no hábito alimentar e no estado nutricional



Fonte: Mello et al., 2004: 178

Sabendo que os hábitos alimentares ficam muitas vezes estabelecidos durante os primeiros anos de vida, altura em que a satisfação de todas as necessidades nutricionais é fundamental, não se deve esperar pela escola para que haja educação alimentar. É em casa no seio da família que começam todas as aprendizagens. Por isso os hábitos alimentares saudáveis devem de ser encorajados, dando-lhes um bom exemplo. Se os adultos tomarem uma atitude positiva em relação aos alimentos e habituarem as crianças a uma diversidade de alimentos saborosos e saudáveis, está-se a criar nelas padrões de alimentação saudável para toda a vida.

### **1.5.1.2 - Mudanças nos estilos de vida da família. Mais saúde para todos!**

A dinâmica familiar assume um papel considerável na mudança de todos os tipos de práticas, incluindo “na mudança de práticas alimentares para controlo ou tratamento da obesidade, porém, muitas vezes, a família atribui todo o dever de mudança dos hábitos alimentares aos filhos, negando assim a sua responsabilidade” (Rodrigues et al., 2006: 924)

A família é como anteriormente já foi mencionado, o início de toda a cultura alimentar da criança, é nesta que ela aprende a gostar ou não de um determinado alimento, é no seio da família que lhe é incutido maior ou menor preocupação com a alimentação. A família é a base de todo o equilíbrio, deve ser referido que quando se fala de família, não falamos apenas de pais e irmãos, falamos de avós de tios, entre outros. Muitas vezes e apesar de os pais tentarem praticar uma alimentação saudável que cumpra os princípios da pirâmide dos alimentos os avós ou outros familiares, sempre com “pena” das crianças oferecem-lhe de forma subtil tudo aquilo que eles mais querem. É necessário dizer a estes familiares que doces, chocolates, donuts, entre outros, não são géneros de primeira necessidade, se não comerem um dia não há problema, muito pelo contrário.

Quando uma criança refere “ter fome, ou come o que os adultos lhe dão ou o que encontra nos armários e no frigorífico. O que está no armário ou frigorífico é aquilo que os adultos lá colocam”(Veloso, 2006: 18). A Criança come o que lá encontra. Segundo a mesma autora se a opção que a criança encontrar forem alimentos saudáveis, são estes que ela vai comer e não os que não estão lá. Esta medida é prática e óbvia e fácil de pôr em prática, com estas opções concertadas que toda a família vai beneficiar de práticas alimentares mais equilibradas, promovendo-se desta forma a saúde de toda a família.

Uma criança cujos pais ou pelo menos um dos progenitores não coma sopa, não coma legumes, não goste de fruta, certamente que este não é um bom exemplo à mesa. É muito mais fácil a uma criança adquirir hábitos alimentares saudáveis quando os pais também os praticam.

O exercício físico também fica esquecido devido à vida agitada que grande parte dos adultos levam permite-se desta forma que as crianças se mexam pouco. Ficam no quarto a ver televisão, jogar consola, *game boy*, entre outras actividades sedentárias.

Em sùmula pode-se dizer que as mudanças a operar nas práticas das famílias que tenham crianças obesas ou até mesmo naquelas em que este problema não existe, ou que ainda existe, vão levar a uma mudança dos estilos de vida, as quais irão trazer mais saúde para todos!

### **1.5.2 Escola**

A implementação de programas de educação para a saúde nas escolas e na comunidade na área da nutrição não se devem restringir a fornecer conceitos sobre nutrição. É necessário ajustá-los aos recursos e à formação cultural da região e permitir que a vivência de práticas de saúde ocorra pela valorização da qualidade dos alimentos durante as refeições, na merenda ou nas cantinas escolares, além da consciencialização sobre as consequências de uma alimentação inadequada para o indivíduo. Ou seja, para que um programa de educação nutricional seja bem sucedido, é essencial que seja efectivo no dia a dia do aluno.

#### **1.5.2.1 - À mesa na escola**

As crianças passam a maior parte do tempo fora de casa, na escola. Por isso, faz todo o sentido que as escolas propiciem um ambiente que promova a saúde alimentar e hábitos de actividade física. Contudo e segundo a perspectiva de Veloso (2006) o que se encontra na maioria das escolas é outra realidade, a prática nem sempre é concordante com a teoria, ou seja oferecem-se alimentos que são desaconselhados nas aulas ou nos programas curriculares. As máquinas de venda automática estão presentes na grande maioria dos estabelecimentos de ensino. Os alimentos distribuídos por estas, têm pouco valor nutricional, mas elevado valor calórico, estão repletos de açúcar e de gordura.

Paralelamente, e segundo o mesmo autor a educação física é uma disciplina da qual os alunos usufruem no máximo de duas aulas por semana, isto caso exista pavilhão desportivo ou não chover.

“Esta é uma disciplina que deveria fazer parte da formação base de qualquer criança, pois educar é também, por definição aperfeiçoar e desenvolver as características físicas de alguém”(Veloso, 2006: 20).

È necessário reforçar a presença dos pais nas escolas, através das associações de pais, de forma a que estes tenham um papel interventivo, para que a escola altere algumas das situações mais negativas, nomeadamente no que se refere à alimentação fornecida em alguns refeitórios escolares. É mais produtivo os pais avaliarem este tipo de situações e intervirem do que dar dinheiro aos filhos para comerem noutros locais, que não nos refeitórios escolares, certamente que a alimentação fornecida nestes, é mais saudável do que *pizzas*, *hamburgeues*, *bifanas*, *batatas fritas* entre outros. As crianças passam maior parte do dia na escola, esta é sem dúvida um local privilegiado para educar. A escola deve estar envolvida e ser responsabilizada na promoção da saúde das crianças, adolescentes e jovens.

#### **1.5.2.2 – Escola como vector de adesão à promoção da saúde.**

A Educação para a saúde, na qual se inclui a educação alimentar, está incluída do currículo oficial do 1.º Ciclo do Ensino Básico, sendo este um local privilegiado para a Promoção da Saúde.

O Currículo do 1.º ciclo do ensino básico, no programa de Estudo do Meio, além de outros temas relacionados com a saúde, trata do tema “alimentação”. Esta temática está integrada no bloco “Á Descoberta de si mesmo”, com este bloco “pretende-se que os alunos estruturem o conhecimento de si próprios, desenvolvendo ao mesmo tempo atitudes de autoestima e de autoconfiança e de valorização da sua identidade e das suas raízes”(DGEBS, 1990: 70). Sendo este bloco abordado em todos os anos de escolaridades (1.º, 2.º, 3.º e 4.º ano), não sendo contemplado no 4.º ano com conteúdos referentes à alimentação (Quadro 5).

Os manuais escolares dos primeiros anos de escolaridade, dão grande relevância a este tema na unidade “ A saúde do seu corpo”, demonstrado desta forma, a importância que desde muito cedo as crianças se habituem e aprendam a verem na alimentação uma das principais fontes de saúde e de crescimento.

É junto dos alunos na perspectiva de Sanmarti (1988) referido por Santos (2005) que a E.p.S. deve ter maior incidência, pois neste estrato da população, actua-se sobre indivíduos em fase de formação física, mental e social, os quais ainda não tiveram, muitas vezes oportunidade de adquirir hábitos incorrectos, e que são muito mais receptivos à aprendizagem de hábitos e assimilação de conhecimentos. Por outro lado, os resultados de numerosas investigações mostra de forma clara que as raízes do nosso comportamento em todos os domínios, se situam na infância e na adolescência.

**Quadro5 - Conteúdos do Programa do 1.º Ciclo do Ensino Básico: bloco “À descoberta de si mesmo**

<b>Conteúdos</b>	<b>1.º Ano</b>	<b>Ponto 4 - A saúde do seu corpo</b> - Reconhecer e aplicar normas de higiene do corpo (lavar as mãos antes de comer, lavar os dentes ...) - Conhecer normas de higiene alimentar (importância de uma alimentação variada, lavar bem os alimentos que se consomem crus, desvantagens do consumo excessivo de doces, refrigerantes...) - Reconhecer a importância de posturas correctas do exercício físico e do repouso para a saúde. - Conhecer e aplicar as normas de vigilância da sua saúde.
	<b>2.º Ano</b>	<b>Ponto 4 - A saúde do seu corpo</b> - Conhecer e aplicar normas de: higiene do corpo; higiene alimentar (identificação dos alimentos indispensáveis a uma vida saudável, importância da água potável, verificação do prazo de validade dos alimentos...); higiene do vestuário e higiene dos espaços de uso colectivo - Identificar alguns cuidados a ter com a visão e a audição. - Reconhecer a importância da vacinação para a saúde.
	<b>3.º Ano</b>	<b>Ponto 3 - A saúde do seu corpo</b> - Reconhecer a importância do ar puro e do sol para a saúde. - Identificar perigos do consumo de álcool, tabaco e outras drogas.
	<b>4.º Ano</b>	Não é mencionado nenhum conteúdo relacionado com a alimentação.

Fonte: adaptado de DGEBS (1990)

Segundo Sanmarti (1988) e Pardal (1990) referidos por Santos (2005) a educação para a saúde na Escola tem como intuito incutir nos alunos atitudes, conhecimentos e hábitos positivos de saúde que favoreçam o seu crescimento, desenvolvimento, o seu bem-estar, e a prevenção de doenças evitáveis na sua

idade. Para além disso, deve tentar responsabilizá-los pela sua própria saúde e prepará-los de forma que ao sair da escola e ao se agruparem na comunidade, adoptem um estilo de vida o mais saudável possível.

### **1.5.3 – Comunidade**

Segundo a abordagem de González (2002) a comunidade é um sistema relacional e interactivo, formado por distintos grupos:

- instituições públicas;
- serviços sociais;
- centros educativos;
- crianças;
- pais;
- centros de saúde;
- os jovens.

Para que exista uma apropriada educação para a saúde todos devem participar e cada um dos grupos de maneira coordenada, de contrário só se conseguirá uma actuação parcial e não globalizadora, tal como é pretendido.

Qualquer trabalho de intervenção comunitária segundo a perspectiva de González (2002) consiste em procurar e incidir de maneira relacional, coordenada com pontos de encontro e de trabalho comuns, tarefa que na prática não é nada fácil.

No trabalho comunitário, um dos objectivos é a mudança: essa mudança tem que ser observável: deve-se trabalhar para se poder desenvolver capacidades nos distintos grupos, instituições e colectivos, e estes mesmos sejam capazes de actuar para que existe uma mudança comum.

Outra das chaves da intervenção comunitária é a alta participação; deve existir uma dimensão participativa e motivadora, em que os próprios grupos ou instituições se sintam protagonistas do seu próprio desenvolvimento e mudança.

Conseguir a participação da comunidade é um elemento crucial para conseguir uma boa intervenção em educação para a saúde.

Participar segundo González (2002) consiste em co-responsabilizar-se nas tarefas colectivas e interessar-se pelos aspectos relacionados com a educação para a saúde; ter informação e formação para opinar com conhecimento, e intervir. A participação não é um fim é um meio através do qual se condiciona o processo do qual faz parte, até ao ponto de que uma intervenção participativa e liberal, e com intervenção dos distintos sectores da comunidade, é qualitativamente distinta e sobretudo mais completa.

Para González (2002) todos os sectores devem sentir-se protagonistas e importantes na sua contribuição dentro do sistema. Há que identificar os problemas entre todos e assumir a sua parte de responsabilidade e de trabalho nos mesmos.

A Saúde “exige comunidades em que é possível nascer e viver em boas condições para a realização das potencialidades humanas individuais e colectivas. Ou seja, não é suficiente que cada pessoa, individualmente, tenha comportamentos saudáveis, em que, socialmente, existam eficazes e acessíveis sistemas de saúde. A saúde está intimamente relacionada com o desenvolvimento económico-social e com a qualidade de vida da sociedade” (Silva et al., 2002: 24).

O campo de acção da E.p.S. é toda a comunidade. Qualquer pessoa, seja qual for a sua idade, sexo e condição económica, deve beneficiar da educação para a saúde.

Esta perspectiva “comunitária sobre a saúde foi claramente afirmada no final da década de setenta. A conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em 1979 resultou na Declaração de Alma-Ata onde se afirma a saúde como direito humano fundamental e meta social mundial que exige vontade política, participação organizada da população, responsabilidade e autodeterminação das pessoas” (Silva et al., 2002: 24).

Durante as últimas duas décadas acrescentou-se ao conceito de saúde comunitária e política, a tónica da sustentabilidade. Para Silva et al. (2002) esta nova preocupação está relacionada com os efeitos da industrialização massiva da segunda metade do século XX, quer seja ao nível da poluição ambiental, poluição do ar, da terra e da água, que conjuntamente com o esgotamento dos recursos e a explosão demográfica, põem em causa a vida do planeta e a vida no planeta, quer

seja ao dos ataques directos ao organismo humano - a comercialização de alimentos com toxicidade, contaminados por doenças, ou com elevados teores de sal, açúcar e gorduras, entre outros.

Na perspectiva de González (2002) a informação, conjuntamente com a formação, são as duas das chaves mais importantes da intervenção comunitária na E.p.S., sem elas não é possível uma participação efectiva dos grupos e instituições nas acções a desenvolver.

### **1.5.3.1 – Promoção de programas de actividade física**

No último século, surgiu um novo etilo de vida na sociedade moderna, de que estão quase ausentes a actividade física e o gasto de calorías, a que se deu o nome de SEDENTARISMO. As suas consequências estão a fazer-se sentir sobretudo na diminuição da qualidade de vida, numa escalada das doenças crónicas

Pode-se dizer que actividade física “é toda a actividade muscular ou motora que um ser assume ou seja, tudo aquilo que implique movimento, força ou manutenção da postura” (Barata, 2003: 24).

Segundo o autor acima referido “todas as actividades físicas possíveis podem ser reunidas em dois grandes grupos;

- a) actividade física espontânea, informal, não estruturada ou não organizada, tudo isto são sinónimos;
- b) actividade física programada, formal, estruturada ou organizada, tudo isto são sinónimos” (Barata, 2003: 24)

Actualmente “é consensual que uma não dispensa a outra, pelo que para a população geral o recomendável e o ideal é que pratique ambas, uma vez que se complementam. Um dos problemas que se verifica e para o qual se deve alertar as pessoas, é a diminuição da actividade física espontânea quando se inscrevem numa qualquer forma de actividade física organizada. Parece que ao pagarem uma jóia ou uma inscrição estão a comprar o direito de ficar quietos o resto do dia: melhoram de um lado e estragam do outro. A actividade física formal deve configurar como complemento de hábitos de actividade física espontânea” (Barata, 2003: 25,26).

**Quadro6: Vantagens e limitações da actividade física espontânea ou estruturada (a cinza as vantagens duma ou doutra)**

ACTIVIDADE FÍSICA ESPONTÂNEA	ACTIVIDADE FÍSICA ORGANIZADA
Está sempre à mão	Obriga a deslocações a locais próprios
Pode ser praticada vários dias várias vezes por dia	Implica maior investimento de tempo
Pode ser praticada com o que se tem vestido	Roupa ou equipamento próprio recomendável
É uma actividade ligeira e moderada, pelo que não possibilita os benefícios decorrentes de esforços mais intensos.	Possibilita todos os graus de intensidade, pelo que permite trabalhar na intensidade mais aconselhada para a cada pessoa
Mais difícil de quantificar e de controlar o esforço	Mais fácil de controlar e de quantificar o esforço
Não permite tanta vigilância durante o esforço em indivíduos ou doentes de risco	Permite maior vigilância durante o esforço em indivíduos ou doentes de risco
Não permite trabalho tão individualizado prescrito por especialistas de exercício	Permite trabalho individualizado prescrito por especialistas de exercício
Permite trabalhar bem a componente aeróbia geral, mas torna-se difícil o trabalho da força muscular a qual necessita de material de treino próprio	Permite trabalhar bem, quer a componente aeróbia geral, quer o trabalho da força muscular, pois o material de treino próprio está disponível
Marcha actividade da vida diária, em casa, no trabalho e diversões fisicamente activas	Marcha acelerada, actividades de ginásio e health-club, treino desportivo, treino militar, etc
Ambas com muitos benefícios para a saúde	

Fonte: Adaptado de Barata (2003)

O ideal “é que todos os dias haja um estilo de vida fisicamente activo, ou seja actividade física ligeira, de pelo menos 30 minutos por dia independentemente de ser seguida ou fraccionada, e que pelo menos três dias por semana haja uma actividade física estruturada mais intensa” (Barata, 2003: 26)

Segundo a opinião de Barata (2003) se a população obedecesse a este estilo de vida, seria muito distinto o estado da saúde em Portugal, o quantidade e a gravidade de diabéticos obesos, de enfartes do miocárdio e respectiva ocupação de camas de cuidados intensivos, o consumo de medicamentos, etc. ou seja seria completamente diferente o que se gasta com a saúde em Portugal (Anexo II).

Os estudos demonstraram “que Portugal é o país da União Europeia cuja população tem os piores índices de actividade física, quer informal. Quer organizada. Estes dados foram confirmados por um grande estudo, o chamado *Pan European Survey de 1999*” (Barata, 2003: 44).

Na perspectiva de Barata (2003) a expansão mundial da obesidade, que até há bem pouco tempo somente atormentava os adultos; é hoje uma triste realidade crescente em crianças e jovens. Tal como para os adultos, está cientificamente provado que a obesidade juvenil também está relacionada com a severa diminuição de movimentação e de actividade física dos jovens, características das últimas décadas.

O exercício que no passado “era praticado por quase todas as crianças. Após a revolução industrial da viragem do século e, sobretudo a seguir à segunda guerra mundial, as alterações tecnológicas e sociais resultantes, em particular o aparecimento da televisão, dos computadores e dos jogos de vídeo, tiveram como consequência o declínio na prática do exercício físico e um aumento de hábitos de vida sedentários. Este estilo de vida das crianças pode ter repercussões nos níveis de saúde futuros da população pois a infância é o período nobre da formação de comportamentos de saúde”(Correia, 2004: 523).

Outro parâmetro que influencia a actividade física segundo Sallis, Prochaska, e Taylor (2000) e Taylor, Baranowski (1994) referidos por Paula Ilha (2004) é o comportamento familiar frente à actividade física. Sallis et al. (2000) destacam que os amigos, parentes e pais têm influência na prática de actividade física dos adolescentes, provavelmente através de uma combinação de modelação, sugestão e reforço.

Desta forma o incentivo à prática de actividade física é uma ótima forma de educação para a saúde, esta é uma excelente forma de obter ganhos em saúde quer económicos quer sociais. Desta maneira a prática diária de actividade física não pode ser excluída de qualquer programa de intervenção ao combate da obesidade quer infantil/juvenil quer do adulto.

## **1.6 – Empowerment na promoção e na educação para a saúde**

As estratégias de promoção da saúde devem ter em conta as diversidades sociais e orientar o seu diálogo com a população de forma diversificada.

A Carta de Ottawa, “para a promoção da saúde, foi elaborada e adoptada em Conferência Internacional organizada conjuntamente pela O.M.S., pelo

Governo e a Associação de Saúde Pública do Canadá, em Novembro de 1986. A Carta de Ottawa reafirmou que a justiça social e a equidade são pré requisitos de saúde e que a negociação e a mediatização são necessárias à sua implementação. Esta identificou cinco grandes áreas, interdependentes da promoção da saúde: elaborar políticas favoráveis à saúde; criar ambientes propícios; desenvolver as capacidades individuais; fortalecer a acção comunitária e reorientar os serviços de saúde” (Silva, 2002: 34).

A Declaração de Adelaide, em 1998 “elaborou o conceito de Política publica saudável que estabelece um objectivo central dos projectos de Cidades Saudáveis e estabeleceu Políticas de Saúde Pública. A Conferência de Adelaide identificou quatro áreas prioritárias na implementação imediata de políticas favoráveis à saúde: saúde das mulheres; alimentação; tabaco, álcool e criação de ambientes favoráveis. A conferência recomenda que a nível local, nacional e internacional, os organismos:

- Estabeleçam mecanismos para o desenvolvimento de políticas favoráveis à saúde.
- Desenvolvam estruturas de investigação, formação de pessoal e de preparação de gestores que dêem apoio à análise e implementação de políticas favoráveis à saúde” (Silva, 2002: 34,35).

Segundo Silva (2002) a Declaração de Milão, em 1990, veio reforçar o papel das cidades na promoção da Saúde, apoiado em quatro pilares: conservação, equidade, intersectorialidade e dimensão internacional.

Segundo o mesmo autor “a conferência de Jakarta, em 1997, definiu as orientações estratégicas a adoptar para dar resposta aos desafios da promoção da saúde no século XXI e situa a promoção da saúde como um elemento essencial do desenvolvimento cuja finalidade é aumentar a esperança de saúde e reduzir as diferenças entre países e grupos populacionais” (Silva, 2002: 35).

A pesquisa “confirma que as estratégias da promoção da saúde têm uma eficácia real, podendo criar e modificar modos de vida e condições sociais, económicas e ambientais que determinam a saúde.

São definidas como prioridades para a promoção da saúde no século XXI:

- promover a responsabilidade social em favor da saúde;

- aumentar os investimentos para desenvolver a saúde;
- reforçar e alargar as parcerias para a saúde;
- aumentar as capacidades da comunidade e dar ao indivíduo os meios para agir;
- implementar infra-estruturas para a promoção da saúde” (Silva, 2002: 36).

O conceito de *empowerment* “é um conceito complexo, sendo traduzido muitas vezes como apoderamento e ou emancipação. Este conceito tem sido utilizado por quase todas as disciplinas das ciências humanas e sociais, com particular destaque para a Educação, a Ciência Política e a Sociologia” (Rodrigues et al., 2005: 86). Ultimamente o conceito tem vindo a ser inserido na psicologia da saúde. “É usado com significados diferentes sendo desta forma difícil encontrar uma definição consensual. Para além disso, o conceito tem sofrido alterações ao longo do tempo, sendo difícil encontrar uma definição satisfatória na literatura científica disponível “(Rodrigues et al., 2005: 86).

O *empowerment* “é um processo que desafia as concepções tradicionais acerca do poder, da participação, da colaboração, da ajuda e da realização pessoal. A literatura define *empowerment* como um processo social multidimensional que ajuda as pessoas a adquirirem um controle sobre as suas próprias vidas. É um processo que aumenta a capacidade de realização das pessoas, tendo em vista a melhoria das suas vidas e das suas comunidades, através da acção sobre assuntos e problemas considerados importantes” (Page e Czuba, 1999 citado por Rodrigues et al., 2005: 86). No fundo do “conceito de *empowerment* está a ideia de que é possível e desejável que as pessoas adquiram controlo sobre as suas próprias vidas e sejam capacitadas a colaborarem nos processos de mudança das suas condições sociais e culturais” (Rodrigues et al., 2005: 86).

De acordo com a Carta de Ottawa (O.M.S., 1986), a promoção da saúde “destina-se a iniciar e conduzir processos de mudança tendo em vista a melhoria das condições de trabalho e de vida e, em última instância, da saúde das pessoas. Orientadas por três princípios (capacitar, mediar e aconselhar), as actividades de promoção de saúde agrupam-se em quatro áreas fundamentais: construção de

políticas públicas de saúde: criação de redes de apoio; fortalecimento da acção comunitária; reorientação dos serviços de saúde” (Rodrigues et al., 2005: 93)

As novas formas de Promoção da Saúde surgem de novas ideias, linguagens e conceitos sobre o que é a saúde, sendo apontado como um dos novos caminhos para a produção da saúde, a questão do *empowerment* da comunidade. Na verdade, segundo a carta e Ottawa a “promoção da saúde deve ser um processo que procura possibilitar que os indivíduos e colectivos aumentem o controle sobre os determinantes da saúde, para, desta maneira, terem uma melhor saúde” (Carvalho, 2004:1090).

Pode-se dizer que o conceito chave saído da Carta de Ottawa é o *empowerment*. A Carta Ottawa “sugere que as pessoas, em particular os doentes, devem ganhar controlo sobre as suas condições de trabalho e de vida, de forma a desenvolver estilos de vida saudáveis. As pessoas precisam de se associar tendo em vista ganharem poder político e influência para as suas causas. A Carta de Ottawa oferece um quadro estratégico de referência para a promoção da saúde. Esse quadro, baseado na teoria do *empowerment*, é bem diferente do quadro oferecido pela Declaração de Jacarta sobre a promoção da Saúde no século XXI (WHO, 1997). Enquanto a Declaração de Jacarta se baseia na teoria das parcerias, a Carta de Ottawa, centrada na teoria do *empowerment*, não ignora as diferenças económicas face aos bens e serviços de saúde e defende o combate às desigualdades. A estratégia seguida nesse combate é a elaboração de programas baseados na teoria do *empowerment*.”(Rodrigues et al., 2005:93)

A teoria do *empowerment*, quando aplicada às actividades de promoção da saúde, visa tornar os utentes mais desfavorecidos cada vez menos dependentes e cada vez mais capazes de tomarem decisões sobre as suas vidas, tendo em vista a criação de estilos de vida saudáveis e a criação de situações favoráveis à mudança social” (Rodrigues et al., 2005: 95). Neste sentido, e segundo o mesmo autor os recursos de saúde são vistos como bens que estão distribuídos de forma desequilibrada, e que para chegarem junto daqueles mais necessitam, é essencial a participação comunitária nos processos de tomada de decisões, quer nas organizações de saúde, quer na vida pública em geral, a população não se deve esquecer de exercer o seu direito de cidadania.

As maiores” «vantagens da teoria do *empowerment*, quando aplicada às actividades de promoção da saúde são as seguintes:

a) Os utentes/clientes ganham conhecimentos e capacidades, discursivas, cognitivas e procedimentais, que lhes proporcionam poder e intervenção, tendo em vista a mudança social e uma distribuição de bens e serviços de saúde mais igualitária.

b) Esse processo de participação é, em si mesmo, um processo de aprendizagem, permitindo ao que neles participam conhecimentos que favoreçam a mudança de estilos de vida e a criação de hábitos de vida mais saudáveis”(Rodrigues et al., 2005: 95).

Segundo a abordagem de Beker, Edmundo, Nunes, Bonatto e Souza (2004), o *empowerment* assume-se como uma dimensão fundamental dos programas de desenvolvimento local, podendo ser considerado como um dos conceitos fundamentais da promoção para a saúde.

Para Laverack e Labonte (2000), o *empowerment* pode definir-se como o “meio pelo qual as pessoas adquirem maior controlo sobre as decisões que afectam as suas vidas, ou como mudanças em direcção a uma maior igualdade nas relações sociais de poder”. (Becker, 2004: 656-657). Outros autores, como Sen, consideram que o” *empowerment* se relaciona com as oportunidades reais que as pessoas têm a seu favor, com a pobreza estreitamente ligada à falta de oportunidades para participação e crescimento individual” (Becker, 2004: 656-657). Ou seja, o *empowerment* funciona como uma forma de favorecer o crescimento pessoal no sentido de dar atributos às pessoas de forma a capacitá-las no sentido de participação na comunidade. Deste modo, quando falamos em promoção da saúde percebe-se a importância do *empowerment*, uma vez que não faz sentido promover a saúde se as populações locais não estiverem capacitadas para compreender a importância da promoção da mesma e se não estiverem disponíveis para participar nas formas e planos da promoção para a saúde.

*Empowerment* “pode ser, ainda, definido como um processo social, cultural, psicológico ou político através do qual os indivíduos e os grupos sociais estão aptos para expressar as suas necessidades, expor as suas preocupações, projectar estratégias para o envolvimento nas tomadas de decisão e executar

acções políticas, sociais e culturais para alcançar essas necessidades. Através de tal processo as pessoas vêem uma correspondência entre as suas metas de vida e o sentido de como chegar até elas, e uma relação entre os seus esforços e resultados subsequentes” (O.M.S., 1998).

Empowerment individual “refere-se, primariamente, às habilidades individuais para tomar decisões e controlar a sua própria vida. *Empowerment* comunitário envolve indivíduos actuando em grupo para obter maior influência e controlo dos determinantes da saúde e da qualidade de vida da própria comunidade, o que é uma importante meta nas acções comunitárias para a saúde” (O.M.S., 1998).

Sistematizando, “se considerarmos que *empowerment* significa o aumento do poder e autonomia de indivíduos e grupos sociais, principalmente daqueles submetidos a relações de pressão, discriminação e dominação social, podemos afirmar que a participação da comunidade na formulação e avaliação dos programas é central para que estes se possam tornar processos deflagradores do desenvolvimento e da transformação social.” (Becker, 2004: 665)

O “*empowerment* comunitário possibilita aos indivíduos e colectivos no sentido de que desempenhem e desenvolvam competências para participar na sociedade, o que inclui habilidades, mas também um pensamento reflexivo que qualifique a acção colectiva” (Carvalho, 2004: 1092). Deste modo, o *empowerment* deve contribuir para apoiar as pessoas e colectivos para que efectuem as suas próprias análises e façam as suas escolhas.

Em síntese, o conceito de *empowerment* na promoção da saúde é definido como a educação sobre problemas de saúde, colocando os interesses e necessidades dos indivíduos no centro do processo, como sujeitos activos e participantes em todas as fases.

Os “programas de promoção da saúde são encarados não só como meios de promoverem estilos de vida saudáveis e de prevenção de doenças, mas também como uma forma de capacitação e de aprendizagem, dando poder e intervenção aos que deles beneficiam. Assim estamos perante um novo paradigma de promoção da saúde que integra novas características: a definição da saúde e das suas condicionantes inclui o contexto social e económico em, que as pessoas

vivem; a ênfase vai para além do estilo de vida individual e da mudança comportamental para incluir estratégias públicas de mudança das condições de vida; a capacitação das pessoas é o objectivo central; o envolvimento comunitário é uma exigência “(Rodrigues et al., 2005:96).

Face ao exposto, pode-se concluir que o *empowerment* permite mais e melhores benefícios em saúde e dá uma óptica holística e integradora dos problemas de saúde. O *empowerment* é um pilar na temática da promoção da saúde. Desta forma, o conceito de *empowerment* trabalha a ideia de poder enquanto um recurso, material e não material, repartido de forma díspar nas sociedades, como uma categoria conflitual na qual coexistem dimensões produtivas, potencialmente criativas e instituintes, com factores de conservação de *status quo*.

## 1.7 – O Dietista na intervenção comunitária

Segundo os *Dietitians of Canada* (D.C.) (2004), associação profissional que representa os profissionais deste país, as estratégias utilizadas por estes profissionais na promoção da saúde, na prevenção da doença e também no seu tratamento são reconhecidas como acções importantes na melhoria da saúde e na redução dos custos globais do serviço de saúde. Os dietistas “comunitários”<sup>2</sup> contribuem para a melhoria e manutenção da qualidade de vida dos membros da comunidade. Esta opinião é também partilhada por Brauder et al. (2006) que refere que o enfoque dado por estes profissionais na nutrição e nos estilos de vida saudáveis, pode contribuir para o desenvolvimento da promoção da saúde e de programas de prevenção da doença.

Segundo os *Dietitians of Canada* (2004), os dietistas “comunitários” reconhecem os factores que têm impacto na saúde e utilizam uma série de estratégias sobre eles, a chave da estratégia é associarem-se a outros sectores tal como as escolas, as amas de crianças, apoios domiciliários, serviços sociais, saúde pública, grupos ambientalistas e outros grupos não governamentais e organizações voluntárias para proporcionar uma melhor abordagem. Eles constroem associações

---

<sup>2</sup> Nome atribuído aos dietistas que exercem a sua actividade na comunidade

com as comunidades, grupos ou indivíduos para planearem uma melhor abordagem a fim de superar barreiras e conseguir alcançar uma boa nutrição e uma boa saúde. Concomitantemente com os membros da comunidade, os dietistas identificam capacidades e ajudam a capacitar a população, defendem a saúde e apoiam a acção social. Por último os dietistas trabalham para promover e capacitar os indivíduos e a comunidade para que estejam aptos à prática de uma alimentação saudável a qual leva à promoção da saúde.

Os *Dietitians of Canada* (2004) referem que a nutrição é um factor importante na promoção e manutenção da saúde. Os dietistas “Comunitários” são treinados para compreenderem a relação entre a alimentação e a saúde ao longo do ciclo de vida e estão capacitados para comunicar esta relação aos prestadores de cuidados de saúde, educadores, aos políticos e à comunidade. Uma nutrição deficiente ao longo da vida pode ter um papel importante no aparecimento das doenças crónicas. A comida que se come pode afectar o aparecimento dos factores de risco das doenças cardiovasculares, tal como a hipertensão arterial, os níveis de colesterol e o peso corporal. A dieta está também relacionada com 20% de todas as mortes relacionadas com o cancro.

Os dietistas “comunitários” estão envolvidos em muitas acções de promoção de saúde para estimular hábitos alimentares saudáveis para reduzir o risco de doenças crónicas.

Exemplo de algumas actividades nas quais os dietistas podem actuar (D.C., 2004):

- Participar no desenvolvimento de políticas de saúde pública que tenham impacto no acesso a alimentos saudáveis;
- Defender a segurança alimentar da comunidade;
- Colaborar com os profissionais de saúde e com os trabalhadores da comunidade para proporcionar mensagens nutricionais consistentes (exemplo: consumo de quantidade adequada de vegetais e fruta, fibra, cálcio e vitamina D, entre outros).
- Elaboração de ambientes propício à prática de uma alimentação saudável através do trabalho com as associações comunitárias;

- Trabalhar com o pré-escolar e com as escolas para desenvolver guidelines para uma alimentação saudável;
- Promover práticas alimentares saudáveis com os mais velhos, e propor-lhes que cozinhem os seus pratos para os mais novos;
- Apoiar a acção comunitária para os temas da nutrição;
- Aderir a associações locais, regionais e nacionais de doenças com o objectivo de fazer actividades de consciencialização e prevenção:

Segundo os *Dietitians of Canada* (2004) os dietistas também trabalham indivíduos ou grupos de todas as idades para desenvolver as suas capacidades pessoais ou seja com o objectivo de as capacitar ou seja o dietista tem um papel importante no *empowerment* da comunidade. Ficam aqui expressos alguns exemplos desta actividade:

- Desenvolvimento de planos de cuidados nutricionais para necessidades terapêuticas específicas.
- Educar as pessoas para o manuseamento de problemas relacionados com as alergias alimentares.
- Ajudar as pessoas a entender os hábitos alimentares saudáveis e a fazer adaptações em relação às suas necessidades.
- Promover meios para comer bem de acordo com o seu orçamento e com o tempo de preparação dos alimentos.
- Promover classes de cozinha saudável e demonstrações culinárias.
- Promover a satisfação e o prazer de comer de forma saudável.

Segundo a abordagem os D.C. (2004) o fim da promoção nutricional na prevenção da doença é promover e manter a saúde das populações nas suas comunidades, de forma a aumentar a qualidade de vida, reduzir a incidência e a gravidade de doenças que se podem prevenir tal como o cancro e as doenças de coração, e reduzir os custos globais dos cuidados de saúde.

Uma vez que esta investigação trata de obesidade infantil é ainda importante referir que também nesta temática o dietista tem uma acção importante, segundo a *American Dietetic Association* (A.D.A.) (2006) o profissional de dietética está criticamente posicionado para promover comportamentos

saudáveis nas crianças com excesso de peso, risco de excesso de peso a mais ou nas crianças com peso normal. As recomendações da A.D.A. (2006) incluem programas multicomponentes e comportamentalistas que incluem a família e a escola.

Por fim, as famílias, a escola e a comunidade devem trabalhar de uma forma coordenada para suportar mensagens consistentes e ambientes saudáveis para os jovens. A A.D.A. alerta a comunidade para encontrar recursos para apoiar programas de investigação e políticas que previnam a obesidade através da promoção de hábitos alimentares saudáveis e de um estilo de vida que inclua a actividade física para todas as crianças independentemente da sua idade, sexo, etnia e estatura.

Na opinião de Winterfeldt et al. (2005) a nutrição comunitária é uma área em que o dietista interage com os grupos comunitários e com os indivíduos para promover a saúde e prevenir a doença. Os dietistas que trabalham na nutrição comunitária abrangem áreas de saúde pública, programas para idosos, apoios domiciliários, clínicas de saúde pública, colaboram com o governo e com as autarquias, e com associações de doentes com doenças crónicas. A ênfase está em encontrar as necessidades nutricionais das pessoas durante todo o ciclo de vida, para assim se manter a saúde e prevenir a doença.

Desta forma pode-se dizer que o profissional de dietética está perfeitamente enquadrado no plano nacional de saúde uma vez que um dos objectivos deste plano é “obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases dos ciclo de vida e reduzindo o peso da doença” (Plano Nacional de Saúde 2004).

## **2 – Caracterização do contexto de estudo**

Para além das matérias e conceitos essenciais para a compreensão desta investigação é também necessário e muito importante ter um conhecimento mais aprofundado do local onde decorreu a investigação.

A região do Alentejo, situada no sul de Portugal, é a maior região do país com um total de 26.931 km<sup>2</sup> de superfície, representando cerca de um terço da superfície total de Portugal continental. Esta região é marcada por aspectos conjunturais que interferem de forma decisiva no seu processo de desenvolvimento, tal como nas respostas que o serviço saúde deverá prestar à população, são eles: a) povoamento concentrado e baixa densidade populacional; b) decréscimo acentuado do número de efectivos populacionais; c) declínio acentuado da fecundidade e índice de envelhecimento muito elevado; d) existência de um grande número de famílias mono parentais idosas; e) elevado grau de analfabetismo; f) dificuldades económicas e sociais; g) dificuldade na fixação de profissionais; h) limitações e insuficiência técnicas com grande dependência dos hospitais Centrais de Lisboa.

Conforme os resultados definitivos dos censos de 2001 a população residente na região de saúde do Alentejo é de 461.883 habitantes, registando-se uma quebra de 3,2% face aos censos de 1991. A situação de Portugal é a oposta, com um aumento de 5,0% em idêntico período. À semelhança do decréscimo populacional, também a taxa de natalidade na Região Alentejo que se vinha situando em valores superiores a 9‰, registou em 2001 uma quebra para 8,5‰, enquanto que a mesma taxa a nível nacional e no mesmo ano foi de 10,9‰. A par do decréscimo da taxa de natalidade, constata-se um envelhecimento acentuado na população da Região Alentejo, situação que se tem vindo a agravar nos últimos anos.

**Quadro7- Estrutura Etária da População - 2001**

	0-14		15-64		65 ou mais	
	V A	%	V A	%	V A	%
<b>Portugal</b>	1.656.602	16,0	7.006.002	67,7%	1.693.493	16,4
<b>R.S. Alentejo</b>	62.846	13,6	288.288	62,4	110.749	24,0
<b>Beja</b>	21.774	13,5	100.656	62,4	38.872	24,1
<b>Évora</b>	24.121	13,9	110.588	63,7	38.945	22,4
<b>Portalegre</b>	16.951	13,3	77.135	60,7	32.932	25,9

Fonte: Censos 2001 - Resultados definitivos

O Alentejo continua a ser a região do país com a maior taxa bruta de mortalidade, cerca de 15,3‰ em 1999, enquanto que no continente a taxa é de 10,8‰. Esta diferença tão acentuada resulta do envelhecimento da população ao qual o Alentejo está sujeito.

Conforme os dados do Instituto Nacional de Estatística (I.N.E.) e da D.G.S., pode-se concluir que as doenças cérebro-vasculares constituem a primeira causa de morte no Alentejo e em Portugal. Os tumores malignos apresentam taxas de mortalidade muito elevadas assim como as doenças cardíacas. É importante salientar que estas causas de morte estão muito associadas aos estilos de vida da população, de entre os quais se pode destacar os hábitos alimentares tema desta investigação. Pode-se ainda referir que os “sintomas, sinais e afecções mal definidas - 46 (CID-9)” e “outras causas não especificadas - causa NE (CID - 9)” constituem a segunda e terceira causa de morte, no Alentejo, tal como a nível do país.

## **2.1 – Dois Concelhos do Alentejo: caracterização física e demográfica**

O Concelho de Arraiolos insere-se administrativamente no distrito de Évora e estatisticamente integra-se numa NUT III da Região Alentejo

O concelho de Évora está inserido administrativamente no distrito de Évora, este concelho é desta forma também capital de distrito, estatisticamente integra-se numa das NUT III da região do Alentejo

Relativamente ao concelho de Arraiolos, com uma superfície aproximada de 683,8 km<sup>2</sup>, os censos 2001 indicam a existência de 7616 habitantes, tendo existido diminuição da população relativamente a 1991 (a variação negativa da população residente foi de 7,2 %).

O Concelho de Évora apresenta uma superfície de 1307 km<sup>2</sup> e segundo os censos de 2001 o número de habitantes é de 56519 habitantes, ao contrário do que aconteceu no concelho A a população aumentou relativamente a 1991.

Para a caracterização dos concelhos são mais expressivos os seguintes indicadores demográficos: nados-vivos, óbitos, taxas de natalidade e de mortalidade, índice de envelhecimento (todos estes valores relativos a 2004) e variação da população residente entre 1991 e 2001.

Desta forma constata-se que o Concelho de Arraiolos apresenta um número total de nados-vivos de 61, sendo 29 homens e 32 mulheres; já o número total de óbitos foi neste período 86, dos quais 42 foram homens e 44 mulheres. Relativamente à taxa de natalidade verifica-se que em 2004 apresenta o valor de 8,3‰, o que significa que por cada 1000 mulheres nascem 8,3 crianças, aproximadamente. No que diz respeito à taxa de mortalidade em 2004, esta é de 11,6‰, o que denota que no ano de 2004 por cada 1000 habitantes, verificaram-se aproximadamente 11,6 mortos, o índice de envelhecimento é de 213,8% (relação existente entre a população com 65 ou mais anos e a população com 0-14 anos) o que significa que por cada 100 jovens existem actualmente 213,8 idosos, em 2001 existiu uma diminuição da população residente relativamente a 1991 (a variação negativa da população residente foi de 7,2 %) (I.N.E., 2006).

O Concelho Évora apresenta um número total de nados-vivos de 582, sendo 301 homens e 281 mulheres; já o número total de óbitos foi neste período 544, dos quais 267 foram homens e 277 mulheres. No que se refere à taxa de natalidade verifica-se que em 2004 apresenta o valor de 10,5 ‰, o que significa que por cada 1000 mulheres nascem 10,5 crianças, aproximadamente. No que diz respeito à taxa de mortalidade em 2004, esta é de 9,8 ‰, o que significa que no ano de 2004 por cada 1000 habitantes, verificaram-se aproximadamente 9,8 mortos, o índice de envelhecimento é de 130 % (relação existente entre a população com 65 ou mais anos e a população com 0-14 anos) o que significa que

por cada 100 jovens existem actualmente 130 idosos, em 2001 existiu uma variação positiva da população residente relativamente a 1991 (I.N.E., 2006).

Através destes parâmetros pode-se constatar que existem algumas diferenças entre estes dois concelhos o concelho de Arraiolos é um concelho mais envelhecido que o concelho de Évora e que a densidade populacional deste também é maior que no concelho de Arraiolos.

Fazendo uma pequena análise da sociedade, os indicadores sociais utilizados pelo I.N.E. são os seguintes: n.º de médicos por 1000 habitantes, n.º de farmácias por 1000 habitantes, n.º de hospitais oficiais, n.º de hospitais particulares, taxa média de mortalidade infantil no quinquénio 1999/2003, taxa de analfabetismo (1991), e taxa de analfabetismo (2001).

Relativamente ao Concelho de Arraiolos, no que se refere ao primeiro indicador, verifica-se que existe 0,7 médicos por cada 1000 habitantes, neste concelho existem 0,8 farmácias por cada 1000 habitantes. O concelho de Arraiolos não tem qualquer hospital oficial e apresenta apenas ofertas ao nível dos cuidados primários de saúde. Durante o quinquénio 1999/2003 neste concelho segundo os dados do I.N.E. verificou-se que não houve a morte de crianças antes de terem os 5 anos completos a taxa média de mortalidade infantil foi de 0,0‰.

Quanto ao Concelho de Évora relativamente ao primeiro indicador, verifica-se que existem 4,4 médicos por cada 1000 habitantes, 0,4 farmácias por cada 1000 habitantes. Oferece 2 hospitais oficiais e apresenta actualmente 1 hospital particular, além de apresentar ofertas ao nível dos cuidados primários de saúde. Durante o quinquénio 1999/2003 neste concelho segundo os dados do I.N.E. verificou-se que a taxa média de mortalidade infantil foi de 2,5‰, isto é, 2,5 em cada 1000 crianças morreram antes de terem 5 anos completos. Relativamente às taxas de Analfabetismo de 1991 e 2001, constata-se que nesta década houve uma pequena diminuição, ou seja, em 1991 registaram-se 12,5 analfabetos por cada 1000 habitantes, já em 2001 registaram-se 9,6 analfabetos por cada 1000 habitantes.

No que se refere à educação no concelho de Arraiolos constata-se que a taxas de Analfabetismo de 1991 e 2001 evoluíram positivamente, verifica-se que nesta década houve uma pequena diminuição, ou seja, em 1991 registaram-se 21,0 analfabetos por cada 100 habitantes, já em 2001 registaram-se 17,0 analfabetos por cada 100 habitantes, tendo existido uma quebra de 4 pontos percentuais de 1991 para 2001.

No Concelho Évora também existiu uma evolução positiva das taxas de Analfabetismo de 1991 e 2001, constata-se que existiu uma pequena diminuição, ou seja, em 1991 existiam 12,5 analfabetos por cada 100 habitantes e em 2001 9,6 analfabetos por cada 100 habitantes.

## **2.2 – Breve caracterização das infra-estruturas e recursos de saúde na área geográfica de estudo**

Ambos os concelhos estão inseridos na Sub-Região de Saúde de Évora a qual a abrange para além destes dois os concelhos: Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa.

A nível de infra-estruturas de saúde, nomeadamente nas situações de doença mais grave e no que se relaciona com consultas de especialidade o hospital de referência para o concelho de Évora e para o concelho de Arraiolos é o Hospital do Espírito Santo - Évora.

A nível de infra-estruturas de saúde locais o concelho de Arraiolos possui um Centro de Saúde com 8 extensões. O Concelho de Évora tem 1 Centro de Saúde com 16 extensões.

## **2.2 – Breve caracterização das infra-estruturas e recursos de educação na área geográfica de estudo**

O Agrupamento de escolas de Arraiolos é constituído por uma diversidade de estabelecimentos onde se cruzam alunos e agentes educativos detentores dos mais diversos saberes e perspectivas.

Este agrupamento pode estabelecer parcerias, nas áreas de desporto, lazer e cultura, usufruindo dos diversos equipamentos disponíveis, por forma a enriquecer as aprendizagens. Tendo em conta a distância entre os diversos estabelecimentos de educação/ensino e a escola sede, poderão os mesmos beneficiar da utilização dos espaços e equipamentos existentes nas diferentes localidades.

O agrupamento de escolas de Arraiolos apesar de ter uma população escolar relativamente pouco numerosa, oferece um vasto leque de áreas de formação:

- **Regime diurno**
  - Educação pré-escolar
  - Ensino Básico: 1.º ciclo
  - Ensino Básico: 2.º ciclo
  - Curso de Educação e Formação - Instalação e Reparação de computadores: 9º ano
  - Ensino Secundário: 10º ao 12.º ano de escolaridade
    - Científico - Humanísticos - Curso de Ciências e Tecnologia;
    - Cursos de Ciências Sociais e Humanas;
    - Curso Profissional - Técnico de Informática e Gestão
  
- **Regime Nocturno:**
  - Ensino Recorrente de 2.º e 3.º ciclos e de Ensino Secundário

O agrupamento conta com a colaboração da Equipa de Intervenção Precoce bem como com o trabalho desenvolvido pela Equipa de Apoios Educativos.

Este agrupamento disponibiliza também aulas de Apoio Pedagógico Acrescido, no caso das disciplinas com maior insucesso educativo. Oferece ainda, Actividades de Enriquecimento Curricular. Algumas destas actividades são desenvolvidas em parceria com as seguintes entidades: Câmara Municipal de Arraiolos, Associação "Monte" e Associação Social Unidos de Santana.

Neste agrupamento desenvolve-se ainda vários tipos de projectos nomeadamente: Clube de Fotografia; Clube Ambiente Radical; Rede de Bibliotecas Escolares; Jornal/Revista do Agrupamento; oficina da Matemática, entre outros.

Na escola sede de Agrupamento funciona também uma sala de informática de livre utilização, um Gabinete de Saúde e Bem-Estar e Actividades de Desporto Escolar.

O Agrupamento abrange a Escola sede do Agrupamento (engloba o segundo, o terceiro ciclo e o ensino secundário), todos os Jardins de Infância e Escolas do 1.º Ciclo do Ensino Básico do concelho de Arraiolos

#### **Quadro 8 - Caracterização da comunidade Escolar**

Ensino	Nº de Crianças/ alunos	Nº de docentes	Nº não docentes
Pré - escolar	37	5	3
1.º Ciclo	277	21	10
2.º, 3.º ciclo e secundário	550	80	42

Fonte: Dados fornecidos pelo agrupamento de Arraiolos

Desde há longa data que a escola e as instituições da comunidade mantêm entre si uma estreita relação de cooperação, quer a nível formal quer informal. Esta cooperação passa pelo conselho municipal de educação que integra as seguintes instituições: Câmara Municipal de Arraiolos, Associação de Pais e Encarregados de educação, Associação de Estudantes, Serviços Públicos de Saúde, Serviços de Segurança Social, Serviços de Emprego e Formação Profissional, Forças

de Segurança e Instituições Particulares de Solidariedade Social. Este grupo reúne periodicamente, com o objectivo de debater e procurar dar resposta a problemas existentes ou emergentes no concelho relativamente à educação.

Segundo o Projectivo Educativo do Agrupamento de escolas n.º 4 de Évora este é constituído por 6 escolas do 1.º ciclo, 6 Jardins-de-infância e a Escola Sede, uma diversidade de estabelecimentos onde se cruzam alunos e agentes educativos detentores dos mais diversos saberes e perspectivas.

Este agrupamento pode estabelecer parcerias, nas áreas de desporto, lazer e cultura, usufruindo dos diversos equipamentos disponíveis, por forma a enriquecer as aprendizagens. Tendo em conta a distância entre os diversos estabelecimentos de educação/ensino e a escola sede poderão os mesmos beneficiar da utilização dos espaços e equipamentos existentes nas diferentes localidades.

A Escola Básica do 1.º ciclo dos Canaviais local onde foi efectuada a recolha de alguns dados é um edifício do tipo plano dos centenários, a qual dispões de três salas de aula, todas elas são utilizadas para o ensino em regime de desdobramento.

Existe uma cantina a qual é utilizada para o fornecimento de refeições a alunos desta escola, jardim-de-infância e respectivos acompanhantes. A confecção é assegurada pela ARPIC.

#### Políticas educativas e orientações

O Agrupamento de Escola n.º 4 de Évora definiu uma política educativa, a qual serve de linha orientadora para toda a acção educativa:

- A escola, enquanto um todo deverá constituir-se como um pólo dinamizador, que partindo da realidade que rodeia cada um dos seus membros, procura constantemente fornecer a cada um deles a oportunidade de realizarem experiências de aprendizagem activas, significativas, diversificadas, integradas e socializadoras.
- A escola deverá manter-se vigilante à evolução que se regista diariamente no mundo científico e tecnológico, procurando antecipar as necessidades de formação dos seus alunos.

- Estando cada escola inserida numa comunidade, devemos procurar estabelecer protocolos e/ou parcerias com as diversas estruturas ou agentes locais de modo a integrar os alunos mais problemáticos.
- Indispensáveis ao bom desenvolvimento educativo dos nossos alunos, os pais e encarregados de educação deverão ter uma maior participação na educação global dos seus filhos/educandos.

O Agrupamento de Escolas n.º 4 de Évora apresenta os seguintes recursos

## 1 - Serviço especializado de apoio educativo

### 1.1 - Serviço de psicologia e orientação

O SPO é uma unidade especializada de apoio educativo, integrada na rede escolar, que tem como principais competências o apoio psicológico e psicopedagógico a alunos e professores, o apoio ao desenvolvimento do sistema de relações da comunidade educativa e a orientação escolar e profissional.

### 1.2 - Núcleo de Apoios Educativos

O Núcleo dos Apoios Educativos, constituído por todos os professores e educadores colocados ao abrigo do Despacho 105/97, procura assegurar de modo articulado e flexível, os apoios indispensáveis ao desenvolvimento de uma escola de qualidade para todos.

## 2 - Recursos pedagógico-didáticos

### 2.1 - Biblioteca

A biblioteca constitui um espaço fundamental não só de aprendizagem, como de ocupação de tempos livres. Comporta espaços destinados à leitura, estudo, realização de trabalhos e consulta da documentação existente (livros, revistas, cassetes, vídeo ou áudio, diapositivos, CD, CD-ROM, etc).

## 2.2 - Equipamentos Informáticos

A escola sede dispõe de duas salas de informática, devidamente equipadas, e de computadores distribuídos por diferentes espaços destinados a apoiar professores, alunos e serviços de gestão e administração. Todos os computadores estão ligados à internet, através de ADSL.

Tanto os Serviços Administrativos como outros serviços de apoio da Biblioteca, Cantina, Papelaria e Bufete estão completamente informatizados.

## 2.3 - Equipamento Audiovisual

A escola dispõe de diversos equipamentos audiovisuais, permitindo variadas potencialidades no domínio pedagógico-didático.

## 2.4 - Instalações Gimnodesportivas

Existe na escola sede um pavilhão gimnodesportivo com uma sala de ginástica contígua. Comporta as actividades de basquetebol, voleibol, andebol e algumas modalidades individuais (desportos de raquete, atletismo...); a sala de ginástica está equipada, especificamente, para a ginástica desportiva. O campo polivalente exterior é composto por três campos de basquetebol, um de andebol, um de futsal e dois de voleibol, a que se junta uma pista de atletismo e uma caixa de saltos.

À excepção da Escola do 1.º Ciclo do Frei Aleixo, que possui um campo de jogos, as restantes escolas do agrupamento têm espaços lúdicos exteriores de pequena dimensão, onde os alunos praticam actividades desportivas e recreativas.

## 2. 5 - Projectos de Desenvolvimento educativo

A escola, enquanto entidade educativa, propõe o desenvolvimento de actividades de enriquecimento curricular, extracurriculares, projectos e clubes, no sentido de dar resposta à solicitações de uma população escolar cada vez mais diversificada em termos de interesses, necessidades e exigências.

Como possibilidades de trabalho, a escola dispõe de vários espaços educativos de que são exemplo:

- Sala Multi-Saberes;
- Salas de estudo;
- Clubes/núcleos de várias áreas;
- Projectos;
- desporto escolar, com actividades interna e externa;
- outros.

### **3 – Percursos metodológicos**

### **3.1 – Notas breves**

A metodologia científica consiste num conjunto genérico de procedimentos ordenados e disciplinados, utilizados para a aquisição de informações seguras e organizadas de modo a contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos gerais sobre um dado fenómeno em estudo. Por outras palavras, tal como Judith Bell (1997) refere, a metodologia “procura explicar como a problemática foi investigada e a razão porque determinados métodos e técnicas foram utilizados” (Bell, 1997: 190).

A descrição do caminho metodológico é determinante para que a pesquisa se possa realizar sem nunca abandonar: a problemática, os objectivos, o objecto e os recursos disponíveis, pelo que são seleccionadas um conjunto de técnicas que se adequam ao estudo que se pretende desenvolver.

Considera-se que “os diversos métodos organizam criticamente as práticas de investigação. A função do método, numa formação científica dada, consiste fundamentalmente em operar a selecção das técnicas de pesquisa a aplicar por referência ao objecto e à teoria que o constrói, em determinar-lhe os limites e as condições úteis de exercício, em relacionar e integrar aos resultados obtidos” (Almeida e Pinto, 1995: 24-25). De acordo com os mesmos autores “ a metodologia será, a organização critica das práticas de investigação” (Almeida e Pinto 1995: 92).

Segundo as questões colocadas, “certas investigações implicam necessariamente uma descrição dos fenómenos em estudo, outras uma explicação sobre a existência de relações entre fenómenos ou ainda a predição ou o controlo dos fenómenos. Os dois métodos de investigação que concorrem para o desenvolvimento do conhecimento são o método quantitativo e o método qualitativo” (Fortin, 1999: 22).

A investigação realizada tem como objecto de estudo de estudos os hábitos alimentares e a sua influência na obesidade infantil, delimitando a pesquisa ao nível das atitudes e comportamentos das crianças face à alimentação. O trabalho

efectuado pode ser delimitado espacial e temporalmente. A delimitação espacial é o espaço físico onde ocorre a recolha de dados, a delimitação temporal relaciona-se com o período em que decorreram os factos que são estudados na investigação. Nesta investigação os factos em estudo coincidem com a própria recolha de informação, ou seja foram estudados factos presentes e que coincidem com o ano lectivo 2005-2006. A delimitação espacial coincide com a área geográfica em estudo, ou seja, nos conselhos A e B do Alentejo. No que se refere à delimitação tipológica, esta corresponde ao tipo de factos que irão ser estudados. Nesta investigação os factos estudados relacionam-se com os hábitos alimentares das crianças e a prevalência de obesidade infantil. Poder-se-á dizer que os factos são as atitudes e os comportamentos das crianças face à alimentação e a sua influência no seu estado nutricional.

Sob o ponto de vista metodológico, foi efectuada uma abordagem quantitativa, tendo sido aplicado um inquérito por questionário (apêndice 1) a 199 crianças que frequentavam a escola com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos da área geográfica estudada, cujos procedimentos serão descritos mais adiante. Foram validados 198 questionários o que corresponde a uma taxa de sucesso de quase 100%. Foram salvaguardados os limites éticos na recolha, no tratamento e na apresentação dos dados no estrito cumprimento do código deontológico da prática sociológica.

Esta investigação tem como objectivo avaliar em que medida é que os hábitos alimentares influenciam a obesidade infantil, especificamente pretende determinar a prevalência da obesidade infantil nos alunos do 1.º Ciclo de Ensino Básico em dois concelhos do distrito de Évora e pretende apresentar uma estratégia de intervenção para combate a obesidade infantil. O interesse do estudo reside, em relacionar os hábitos alimentares com a obesidade infantil e na exploração dos mecanismos de interacção presentes no domínio da cooperação interinstitucional, na perspectiva da elaboração de um plano de intervenção.

## **3.2 – Fundamentos da abordagem Quantitativa**

Atendo à problemática da investigação, parece mais adequado optar por uma tipo de paradigma quantitativo. Os objectivos da investigação quantitativa “consistem essencialmente em encontrar relações entre as variáveis, fazer descrições recorrendo ao tratamento estatístico dos dados recolhidos, testar teorias” (Carmo e Ferreira, 1998: 175). Desta forma este método é utilizado para estabelecer a relação entre hábitos alimentares e obesidade infantil e para calcular a prevalência da obesidade infantil nas Escolas do 1.º Ciclo do Ensino Básico do distrito de Évora.

O método quantitativo caracteriza-se por ser “um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Assim esta abordagem reflecte um processo complexo, que conduz a resultados que devem conter o menor enviesamento possível. O investigador adopta um processo ordenado, que o leva a percorrer uma série de etapas, indo da definição do problema à obtenção de resultados. A objectividade da predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem. O método de investigação quantitativa tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos” (Fortin, 1999: 22).

Considera-se que devido ao facto da investigadora ter proximidade efectiva com os informantes chave, permite estabelecer relações e interacções mútuas que favorecem a recolha de informação, desde que a investigadora não perca a objectividade.

Quanto ao tempo trata-se de um estudo transversal. Segundo Carmo e Ferreira 1998 “em ciências sociais, podem ser estudadas variáveis em diferentes escalões de idade. Estes estudos podem ser longitudinais ou transversais. (Carmo e Ferreira, 1998: 214). Nesta investigação será utilizado o estudo transversal uma vez que grupos de crianças com diferentes idades são estudados simultaneamente ou seja a realidade é retractada num determinado momento.

Segundo Fisberg et al. (2005) em epidemiologia nutricional, os estudos transversais são usados para descrever indicadores do estado nutricional e de saúde, além de padrões de consumo dietético. Essas informações são relevantes para o planeamento de acções de saúde, quer seja na monitorização ou na intervenção. Este tipo de estudo vêm de encontro aos objectivos do trabalho uma vez que se pretende saber se existe relação entre a obesidade e os hábitos alimentares e ainda estabelecer uma estratégia de intervenção para combate ao problema.

Este é um estudo descritivo e exploratório porque face aos resultados pode-se tecer considerações analíticas e estabelecer relações de causa/efeito nomeadamente uma relação de causa efeito entre hábitos alimentares e obesidade infantil. Desta forma optou-se por um estudo exploratório e descritivo de abordagem quantitativa.

### **3.3 – Critérios e Procedimentos**

O estudo realizado tal como anteriormente referido é um estudo descritivo e exploratório. Descritivo porque nos permite descrever fenómenos visando as características de um grupo. A investigação descritiva é uma “área de investigação que implica estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação. Inclui a recolha de dados para testar hipóteses ou responder a questões que lhe digam respeito. Os dados numa investigação descritiva são normalmente recolhidos mediante a administração de um questionário, a realização de entrevistas ou recorrendo à observação da situação real. A informação recolhida pode dizer respeito, por exemplo, a atitudes, dados demográficos, condições e procedimentos” (Carmo e Ferreira, 1998: 213).

Contudo tendo em vista adquirir mais conhecimentos e clarificar os existentes, considerou-se ser também um estudo exploratório, os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar a sua experiência em torno de determinado problema. Os estudos descritivos e exploratórios, possibilitam uma maior proximidade com o problema, para além de descreverem uma situação.

Este é um estudo descritivo e exploratórios porque face aos resultados pode-se tecer considerações analíticas e estabelecer relações de causa/efeito nomeadamente uma relação de causa efeito entre hábitos alimentares e obesidade infantil. Desta forma optou-se por um estudo exploratório e descritivo de abordagem quantitativa.

Para proceder à recolha de dados foi necessário propor os métodos e as técnicas. Os métodos podem ser definidos “ como um conjunto concertado de operações que são realizadas para atingir um ou mais objectivos, um corpo de princípios que presidem a toda a investigação organizada, um conjunto de normas que permitem seleccionar e coordenar técnicas. Os métodos constituem de maneira mais ou menos abstracta ou concreta, precisa ou vaga, um plano trabalho em função de determinada realidade (Carmo e Ferreira, 1998: 175). As técnicas são “procedimentos operatórios rigorosos, bem definidos, transmissíveis, susceptíveis de serem novamente aplicados nas mesmas condições, adaptadas ao tipo de problema e aos fenómenos em causa. A escolha das técnicas depende do objectivo que se quer atingir, o qual por sua vez está ligado ao método de trabalho”(Carmo e Ferreira, 1998: 175).

Resumindo “a técnica representa a etapa de operações limitadas, ligadas a elementos práticos, concretos, definidos, adaptados a uma determinada finalidade, enquanto que o método é uma concepção intelectual coordenando um conjunto de operações, em geral várias técnicas” (Carmo e Ferreira, 1998: 175).

Partindo do princípio que os métodos de recolha de dados devem estar em consonância com a problemática em estudo, com os objectivos definidos, com a unidade de análise e ainda com o tipo de estudo, privilegia-se neste estudo como técnica de recolha de dados, o questionário indirecto.

O neste estudo analisámos os hábitos alimentares, para Fisberg (2005) o consumo de alimentos acompanha o ser humano ao longo de toda a sua existência e tem como objectivo, saciar a fome, por necessidade fisiológica, contudo passou na actualidade a fazer parte do estilo de vida, contribuindo para o estado de saúde ou doença. Desta forma surge a necessidade de avaliar a dieta quer seja de forma quantitativa ou qualitativa, possibilitando o restabelecimento de padrões alimentares, possibilitando a avaliação da relação de casualidade entre dieta e

doenças e orientação de indivíduos ou grupos em relação à alimentação saudável. Avaliar a dieta é uma tarefa difícil e requer o conhecimento de técnicas adequadas para a quantificação e interpretação dos resultados obtidos.

Para a obtenção dos dados relacionados com os hábitos alimentares e com os parâmetros antropométricos os quais nos permitiram alcançar o objectivo geral do estudo, determinar a influência dos hábitos alimentares na obesidade infantil e alguns dos objectivos específicos tais como: determinar a prevalência da pré-obesidade e da obesidade infantil nos alunos do 1.º ciclo de ensino básico em dois concelhos do distrito de Évora, determinar a relação entre o sexo, a idade e ano de escolaridade e a prevalência de pré-obesidade e obesidade, foi utilizada a técnica do questionário. O tipo de questionário utilizado neste estudo foi questionário de administração indirecta, chama-se de administração indirecta, “quando o próprio inquiridor o completa a partir das respostas que lhe são fornecidas pelo inquirido” (Raymond e Cmpenhoudt, 2003: 188). O questionário foi preenchido pela investigadora na sala de aula na presença do professor e de forma a preservar o anonimato. Trata-se de um questionário anónimo, a crianças alunas das escolas oficiais do 1.º ciclo de Ensino Básico de dois concelhos do distrito de Évora

### **3.4 População do estudo**

Atendendo à problemática e aos objectivos anteriormente definidos e sabendo que a população “é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”(Fortin, 1999: 202), o universo do estudo são todas as crianças, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos de idade matriculadas nas escolas do 1.º ciclo do Ensino Básico do Distrito de Évora no ano lectivo de 2005/2006, num total de 7502 alunos.

A escolha da população do 1.º ciclo deve-se ao facto de esta ser uma etapa da vida em que a obesidade tem importantes consequências na saúde das crianças e ser um importante antecedente da obesidade na vida adulta. Esta idade também

está incluída, no intervalo de idade (2-18 anos) da tabela elaborada por Cole et al., para a classificação da obesidade infantil.

Para elaboração do estudo e por dificuldade em recolher os dados a todos os alunos matriculados neste distrito foi seleccionada uma amostra que represente a população. A amostra é “um subconjunto da população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É de qualquer forma uma réplica em miniatura da população alvo. A amostra deve ser representativa da população visada, isto é as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada” (Fortin, 1999: 202).

Segundo Quivy “ não é de estranhar que a maior parte das vezes, o campo de investigação se situe na sociedade onde vive o próprio investigador. Isso não constitui, à priori, um inconveniente nem uma vantagem (Quivy, 2002: 158). Desta forma, e corroborando a afirmação do autor, a selecção da amostra recaiu sobre 2 escolas do 1.º Ciclo do Ensino Básico do distrito de Évora, mais concretamente sobre a escola EB1 de Arraiolos a qual é sede do Agrupamento de escolas de Arraiolos e a escola EB1 dos Canaviais em Évora, a qual pertence ao Agrupamento de Escola nº 4 de Évora

A referida escolha deve-se ao facto de as escolas se encontrarem na área da residência e do local onde a autora exerce a sua actividade profissional.

Foram incluídos no estudo todos os alunos com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos de idade, na altura em que foi feita a recolha de dados e que estivessem matriculados nos estabelecimentos do 1.º ciclo do ensino básico oficial do distrito de Évora. Foram excluídos do estudo os alunos com deficiências motoras, que impossibilitem uma correcta avaliação dos parâmetros antropométricos.

### **3.5 - Inquérito por Questionário**

O conceito inquérito é utilizado para designar processos de recolha sistematizada no terreno, de dados susceptíveis de comparação (Carmo e Ferreira, 1998: 123) Desta forma, o inquérito é um conjunto de actos e diligências destinados a apurar alguma coisa.

Para a obtenção dos dados relacionados com os hábitos alimentares e com os parâmetros antropométricos os quais nos permitiram alcançar o objectivo geral do estudo, determinar a influência dos hábitos alimentares na obesidade infantil e alguns dos objectivos específicos tais como: determinar a prevalência da pré-obesidade e da obesidade infantil nos alunos do 1.º ciclo de ensino básico no distrito de Évora, determinar a prevalência de pré-obesidade e obesidade por sexo, por idade e ano de escolaridade, foi utilizada a técnica do questionário. O tipo de questionário utilizado neste estudo foi questionário de administração indirecta, chama-se de administração indirecta, “quando o próprio inquiridor o completa a partir das respostas que lhe são fornecidas pelo inquirido” (Raymond e Cmpenhoudt, 2003: 188). O questionário foi preenchido pela investigadora na sala de aula na presença do professor e de forma a preservar o anonimato. Trata-se de um questionário anónimo, a crianças alunas das escolas oficiais do 1.º ciclo de Ensino Básico do distrito de Évora.

Tendo em vista a obtenção de um Inquérito por Questionário fiável recorreu-se à elaboração de questões objectivas, que se tornam mais fiáveis do que as questões de carácter subjectivo. Deste modo, pode afirmar-se que as principais vantagens do Inquérito por Questionário são: a possibilidade de quantificar uma variedade de dados e de proceder a numerosas análises de correlação, aliado ao facto da exigência de representatividade do conjunto dos entrevistados poder ser facilmente satisfeita através deste método.

O inquérito por questionário utilizado neste estudo foi elaborado, tendo como referência a adaptação dos tópicos de alguns questionários utilizados para fins semelhantes, entre os quais os utilizados pela Faculdade de Motricidade Humana num estudo que fizera acerca dos jovens portugueses. Por outro lado teve ainda em consideração os diversos conceitos de saúde alimentar. Na realização do questionário teve-se também a preocupação de o adaptar a este grupo etário (crianças dos 6 aos 12 anos), desta forma foram colocadas questões simples e concretas, de fácil interpretação e de fácil resposta, relacionadas com os seus comportamentos diários, recorrendo-se a perguntas de escolha múltipla, com o fim de não “aborrecer” as crianças, tendo em conta o tamanho do questionário. Para aferir a validade e a coerência do conteúdo, foi criado um painel de experts,

composto por um sociólogo e um antropólogo e ainda por um dietista dum Hospital do Alentejo. Após a conclusão do desenho da estrutura do questionário procedeu-se à aplicação do pré-teste a alunos de uma turma com composição mista (1.º,2.º,3.º e 4.º ano de escolaridade) composta por onze alunos e à análise dos resultados obtidos. Com estes resultados procederam-se às necessárias alterações.

A estrutura final do questionário que foi aplicado a crianças das Escolas EB1 do Concelho de Arraiolos e do concelho de Évora num total de 199 casos, encontra-se descrito em anexo. Em termos sumários, o instrumento elaborado tem como objectivos responder a um conjunto de hipóteses levantadas *a priori* e relacionadas com os objectivos gerais e específicos propostos inicialmente que se encontram sistematizadas conforme o quadro seguinte:

**Quadro9 - Estrutura do Guião do Questionário**

Dimensões	Objectivos	Hipóteses	Indicadores	Perg.
Identificação	Caracterização do Inquirido	Não se aplica	Categorias de sexo, número de anos	
"Quais os hábitos alimentares das crianças?"  Hábitos alimentares	1- Conhecer os hábitos alimentares das crianças. 2- Saber se existe diferença nos hábitos alimentares entre as raparigas e os rapazes. 3- Conhecer a diferença entre os hábitos alimentares dos alunos das escolas do 1.º C.E.B. de Arraiolos e de Canaviais.	1- Os rapazes apresentam hábitos alimentares diferentes dos hábitos das raparigas. 2-. As crianças mais velhas apresentam hábitos alimentares diferentes das crianças mais novas. 3 - As crianças da escola do 1.ºCEB de Arraiolos apresentam hábitos alimentares diferentes das crianças da escola do 1.º C.E.B. de Canaviais.	Categorias de sexo, número de anos, categoria de hábitos alimentares	1 a 7  8 a 31
"Qual a influência dos hábitos alimentares na obesidade infantil?"  Influência dos hábitos alimentares na obesidade infantil	1 - Saber se existe influência dos hábitos alimentares na obesidade infantil.	1-Os hábitos alimentares têm influência na obesidade infantil.	Categorias de sexo, número de anos; categorias de hábitos alimentares e de percentis de I.M.C.	7  8 a 31
"Qual a prevalência da obesidade infantil nos alunos do 1.º ciclo de Ensino Básico em dois concelhos do distrito de Évora?"  Prevalência da obesidade infantil	1- Conhecer qual a prevalência de obesidade infantil. 2 - Saber qual a prevalência de obesidade infantil nos rapazes e nas raparigas 3 - Saber qual a prevalência de obesidade infantil nos alunos da escola do 1.º C.E.B. de Arraiolos e nos Alunos da escola de 1.º C.E.B. de Canaviais.	1- Os rapazes apresentam maior prevalência de obesidade infantil do que as raparigas. 2- As crianças da escola do 1.º C.E.B. de Arraiolos apresentam maior prevalência de obesidade infantil que as crianças da Escola 1.º C.E.B. de Canaviais. 3-As crianças mais jovens apresentam maior prevalência de obesidade infantil que as crianças mais novas.	Categorias de sexo, número de anos e categorias de percentis de I.M.C.	7  1 e 7  3 e 7

### **3.6 – Recolha dos dados**

Existem várias formas de recolher os dados necessários para a investigação. O método utilizado foi escolhido de acordo com o tipo de estudo que se pretendia realizar tendo em linha de conta: a natureza do problema de investigação, as variáveis, a sua operacionalização, a população e a amostra do estudo.

Foi enviado um pedido de autorização para a realização do estudo, através de carta (Apêndice 2), para o conselho executivo das escolas incluídas no estudo. Após a obtenção da referida autorização foi posteriormente enviado um pedido de autorização aos encarregados de educação (Apêndice 3), para a recolha dos dados (peso, altura e hábitos alimentares) aos seus educandos.

Inicialmente foi elaborado um estudo piloto numa escola do Distrito de Évora, não incluída na amostra, para realização do pré-teste ao questionário, testar os métodos de medida, a recolha de dados, e tirar conclusões sobre a exequibilidade do estudo.

A recolha de dados teve lugar de segunda a sexta-feira nos meses de Abril a Junho de 2006, tendo sido realizada pela investigadora.

Os questionários foram preenchidos na sala de aula na presença do professor e da investigadora.

Para a obtenção dos dados antropométricos (peso e altura) dos alunos estes foram pesados e medidos na sala de aula pela autora uma vez que foi demonstrado segundo a perspectiva de Hill e Roberts (1997) que existia uma diferença estatisticamente significativa, entre esses valores quando indicados pelos próprios ou medidos pelos investigadores.

Procedeu-se à determinação do peso e da altura dos alunos da amostra no mesmo dia da aplicação do questionário. O peso foi determinado utilizando uma balança digital portátil de precisão, com capacidade para 130 kg com uma graduação de 100gr (modelo *Tefal -Sensitive Computer*). A altura expressa em metros até às centésimas foi determinada por um estadiómetro seca modelo 214 e na posição de pé, com pés juntos e descalços, calcanhares, dorso e cabeça em

contacto com o estadiómetro e a cabeça colocada segundo o plano aurículo orbital. Os alunos foram pesados e medidos, descalços e com a utilização de roupas leves. Os valores foram anotados na respectiva ficha do questionário.

Foram considerados crianças obesas aquelas que se situavam acima da curva de percentil de I.M.C. superior ao p99, e crianças do sexo feminino com pré-obesidade aquelas que se situavam entre o p88 e o p99 de I.M.C. e crianças do sexo masculino com pré-obesidade as que se encontram entre o p90 e o p99.

Para a realização do estudo foi inquirida uma amostra de 198 alunos. A colheita de informação foi realizada através de um questionário de administração indirecta.

Após terem sido efectuados os questionários, procedeu-se à elaboração da base de dados e à introdução dos dados na mesma para que fosse possível a interpretação dos dados.

### **3.7 – Tratamento e análise dos dados**

Este modelo de pesquisa “envolve a colheita sistemática de informação numérica normalmente mediante condições de muito controle, além da análise dessa informação, utilizando procedimentos estatísticos” (Polit e Hunger, 1995: 18).

Após a recolha de dados, são obtidas informações que necessitam posteriormente de ser processadas e analisadas, uma vez que por si só estas não respondem às perguntas de investigação. Neste âmbito, foi efectuado o tratamento estatístico dos dados obtidos, através do programa *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for MS Windows release 12.0*

Na segunda fase procedeu-se à análise das relações entre as variáveis<sup>3</sup>, procurando desta forma, verificar as hipóteses definidas. Para o efeito, face à

---

<sup>3</sup> Variáveis: são “qualidades, propriedades ou características de objecto de pessoas, ou de situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças” atributo, dimensão ou conceito susceptível (Fortin, 1999)

natureza das variáveis, foram apenas eleitas as técnicas estatísticas de análise inferencial, limitadas às medidas ou testes de independência do tipo Qui-Quadrado, admitindo como pressuposto de partida para a rejeição da hipótese nula e a aceitação da alternativa, quando se verificam as situações de nível de significância (*p-value*) inferior a 0,05. Nos casos de verificação da relação entre as variáveis serão calculadas as medidas de associação, recorrendo para o efeito o V-Cramer. O efeito de V-Cramer é útil no sentido em que nos indica qual a intensidade das relações entre as variáveis, ou seja, permite-nos saber se a influência que uma variável exerce sobre a outra é ou não significativa.

#### **4- Significados dos hábitos alimentares dos alunos do 1.º ciclo do Ensino Básico da Escola de Arraiolos e da Escola de Canaviais**

Este capítulo alude à apresentação dos resultados resultantes da aplicação dos questionários aos inquiridos, tendo como objectivo organizar e sumarizar os dados possibilitando dar respostas aos problemas proposto. Desta forma, procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados e apresentaram-se de acordo com uma sucessão lógica, para que esta investigação se torne compreensível a todos aqueles que lhe tenham acesso.

A apresentação de resultados que se seguem dizem respeito ao número de casos válidos que se obtiveram nesta investigação. A amostra foi de 235 alunos destes, só poderem ser inquiridos 199 porque os restantes não trouxeram a autorização assinada pelos respectivos encarregados de educação, dos 199 alunos, um foi excluído porque tinha alterações motoras que não permitiam a recolha dos parâmetros antropométricos (peso e altura).

#### 4.1 Breve Caracterização dos Inquiridos

Os 198 alunos que responderam ao questionário caracterizam-se por serem na sua maioria do sexo feminino (58,1%), sendo os restantes 41,9 % do sexo masculino.

Quadro10: Sexo dos alunos inquiridos

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Feminino	115	58,1	58,1	58,1
Masculino	83	41,9	41,9	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

Para facilitar a apresentação e compreensão dos dados referentes à variável idade, procedeu-se ao seu agrupamento em classes com a amplitude de 1 ano em cada intervalo.

Tendo em conta os dados recolhidos verifica-se que as idades dos alunos variam entre um mínimo de 6 anos e um máximo de 12 anos. Relativamente a este parâmetro verifica-se que 26,2% dos inquiridos tem 7 ou menos anos, valor percentual que corresponde a 50 alunos, 22,0 % dos inquiridos tem 8 anos (42

casos), 26,2% (50 casos) dos alunos tem 9 anos e 25,7% dos inquiridos tem 10 ou mais anos valor percentual que corresponde a 49 inquiridos. Relativamente a este parâmetro a distribuição dos alunos por grupos etários é bastante homogénea.

Observando-se o quadro 11 verifica-se que a classe modal é bimodal, ambas as classes alunos com 7 ou menos anos e alunos com 9 anos apresentam uma frequência de 50 casos. A média das idades é de 8,55 anos.

**Quadro11: Idade dos alunos inquiridos**

		Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Válido	≤ 7 anos	50	25,3	26,2	26,2
	8 anos	42	21,2	22,0	48,2
	9 anos	50	25,3	26,2	74,3
	10 ou + anos	49	24,7	25,7	100,0
	Total	191	96,5	100,0	
Omissos	System	7	3,5		
Total		198	100,0		

Fonte: Inquérito por Questionário

A maioria dos alunos inquiridos (54%) frequenta a escola do concelho Arraiolos, valor percentual que corresponde a 107 alunos, 46% dos alunos (91 casos) frequentam a escola do concelho de Évora

**Quadro12: Escola**

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
EB1 Arraiolos	107	54,0	54,0	54,0
EB1 Canaviais	91	46,0	46,0	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

Em relação ao ano escolar (quadro 13) frequentado pelas crianças 26,3% estão no 1.º ano de escolaridade; 25,8% frequentam o 2.º ano; 24,2% encontram-se no 3.º ano e os restantes 23,7% estudam no 4.º ano. Ou seja, o ano escolar mais representado é o 1.º ano com 52 casos inquiridos.

**Quadro13: Ano de Escolaridade**

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
1.º ano	52	26,3	26,3	26,3
2.º ano	51	25,8	25,8	52,0
3.º ano	48	24,2	24,2	76,3
4.º ano	47	23,7	23,7	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

Relativamente à variável peso dos alunos, esta comporta-se da seguinte forma: 43 alunos (21,7%) tem 24 ou menos kg, 62 (31,3%) dos alunos têm entre 25 a 29Kg, 30 alunos (19,2%) entre 30 a 34 kg e 55 alunos (27,8%) tem 35 ou mais kg. Verifica-se também que o peso médio corresponde a 30,4 kg. O peso mínimo é de 17,9 kg e o peso máximo de 83,9 kg, 50% dos casos estudados têm peso superior a 28,65 kg.

**Quadro14: Grupos de peso**

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
<= 24 kg	43	21,7	21,7	21,7
25 a 29 kg	62	31,3	31,3	53,0
30 a 34 kg	38	19,2	19,2	72,2
35 ou + kg	55	27,8	27,8	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

Analisando a altura (quadro 15) também se recorreu ao agrupamento por intervalos de forma a facilitar a sua análise, a variável altura comporta-se da seguinte forma: 15,7% dos alunos (31 casos) tem altura igual ou inferior a 119 cm, 73 alunos (36,9%) tem altura entre 120 a 129 cm, 66 alunos (33,3%) tem altura entre 130 a 139 cm e 28 alunos (14,1%) tem mais que 140 cm. Verifica-se que a média da altura dos alunos é de 129 cm. A altura mínima é de 107,4 cm e a altura máxima é de 156 cm, 50% da amostra apresenta uma altura igual ou superior a 128,7 cm, sendo a classe modal de 120 a 129 cm.

**Quadro15: Grupos de altura**

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
<= 119 cm	31	15,7	15,7	15,7
120 a 129 cm	73	36,9	36,9	52,5
130 a 139 cm	66	33,3	33,3	85,9
140 ou + cm	28	14,1	14,1	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

Relativamente ao percentil de I.M.C. (quadro 16), verifica-se que 141 alunos (71,2%) estão no padrão de peso normal, 40 (20,2%) com pré-obesidade e 17 (8,6%) com obesidade. A média do percentil de I.M.C. é de 18,02 kg/m<sup>2</sup> com um mínimo de 13,37 kg/m<sup>2</sup> e um máximo de 34,48 kg/m<sup>2</sup>.

**Quadro16: Percentil de I.M.C.**

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Normoponderal	141	71,2	71,2	71,2
Pré-obesidade	40	20,2	20,2	91,4
Obesidade	17	8,6	8,6	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

## **4.2 Hábitos alimentares**

Os hábitos alimentares são um dos factores do meio ambiente com maior influência sobre a saúde, uma alimentação desequilibrada ou excessiva nas crianças pode produzir graves problemas de saúde os quais se poderão reflectir durante infância, na adolescência, ou mais tarde na vida adulta. Deste modo, o questionário incide essencialmente sobre a temática dos hábitos alimentares, ou seja, nesta parte do questionário o que se pretendeu foi ficar com uma cartografia de quais são os hábitos alimentares das crianças.

Relativamente aos hábitos alimentares pode-se dizer que mais de metade dos alunos 125 (63,1%) consome diariamente todos os grupos de alimentos da roda dos alimentos, 73 alunos (36,9) não consome diariamente todos os grupos de alimentos da roda dos alimentos. Desta forma a maioria dos alunos apresenta uma prática alimentar saudável, uma vez que uma das regras para uma alimentação saudável, é a variedade.

No que se refere ao consumo de leite (quadro 17) apenas 4 alunos (2%) não ingerem leite diariamente, 29 alunos (14,6%) ingere apenas um copo de leite, 76 (38,4%) ingere dois copos de leite por dia, 49 alunos (24,7%) bebe três copos de leite, 33 (16,7%) ingere quatro copos de leite por dia e apenas 7 alunos (3,5%) ingere 5 ou mais copos de leite diariamente. Resumindo a maioria dos alunos consome 2 copos de leite por dia (38,4%) o que está de acordo com o limite mínimo recomendado pela roda dos alimentos. A roda dos alimentos indica que devem, ser consumidos 2 a 3 porções de leite e derivados, neste trabalho apenas foi avaliado o consumo de leite em natureza e não dos seus derivados (iogurtes, queijos), como tal os valores referentes de leite e derivados ainda podem ser superiores, desta forma não se pode afirmar que os alunos com ingestão inferior a dois copos de leite por dia não consomem as quantidades indicadas pela roda dos alimentos, estes também são os valores recomendados pela pirâmide alimentar da United States Department of Agriculture (USDA) as quantidades recomendadas para crianças são de 2 a 3 porções (cada porção corresponde a um copo de leite).

**Quadro17: Consumo de copos de leite/dia**

		Frequência	%	% válida	% Acumulada
Válido	nenhum	4	2,0	2,0	2,0
	1 copo	29	14,6	14,6	16,7
	2 copos	76	38,4	38,4	55,1
	3 copos	49	24,7	24,7	79,8
	4 copos	33	16,7	16,7	96,5
	5 copos ou mais	7	3,5	3,5	100,0
	Total	198	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

Relativamente à forma como os alunos ingerem o leite (Quadro 18) podemos dizer que na sua maioria 76 (39,2%) ingerem o leite com chocolate e 50 alunos (25,8%) ingere o leite com mais de um tipo de aditivo, desta forma o aditivo mais apreciado pelos alunos é o chocolate. Apenas 45 alunos (23,25%) consomem o leite simples. A escola tem um papel muito importante porque promove o consumo do leite através do chamado leite escolar, contudo o único leite fornecido a todas as crianças é o leite achocolatado, seria importante a existência de dois tipos de leite o leite achocolatado para as crianças que não o ingerem de outra forma e o leite simples (sem qualquer tipo de aditivo) para as crianças que estão habituadas a beber o leite simples, não está correcto o incentivo ao consumo do leite com sabor a chocolate.

**Quadro18: Como bebes o leite**

		Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Válido	simples	45	23,2	23,2	23,2
	café	3	1,5	1,5	24,7
	açucar	11	5,7	5,7	30,4
	Chocolate	76	39,2	39,2	69,6
	outro	9	4,6	4,6	74,2
	mais do que um tipo	50	25,8	25,8	100,0
	Total	194	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

No que se refere ao consumo diário de pão (quadro 19) apenas 2 alunos referiram não comer pão, 66 (33,3%) comem quatro ou mais fatias de pão por dia.

Relativamente ao tipo de pão (quadro 19) a maioria dos alunos 100 (51,1%) consome carcaça ou seja pão refinado, 26 (13,3%) consome pão de forma e apenas 12,8% dos alunos (25 casos) consome pão de segunda, 45 alunos (23%) consomem mais do que um tipo de pão. Relativamente a este parâmetro as escolhas alimentares não são as melhores uma vez que estas incidem sobre o pão refinado, o chamado pão de primeira, o qual em termos nutricionais é mais pobre do que o chamado pão de segunda mais rico em fibras e vitaminas ou seja nutricionalmente mais rico.

**Quadro19: Consumo diário de pão**

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Válido nenhuma	2	1,0	1,0	1,0
uma	24	12,1	12,1	13,1
duas	50	25,3	25,3	38,4
três	56	28,3	28,3	66,7
quatro ou mais	66	33,3	33,3	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

**Quadro20: Tipo de pão**

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Válido carcaça	100	51,0	51,0	51,0
Pão de forma	26	13,3	13,3	64,3
Pão de segunda	25	12,8	12,8	77,0
Mais do que um tipo de pão	45	23,0	23,0	100,0
Total	196	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

Relativamente ao fraccionamento alimentar (número diário de refeições) a maioria dos alunos 55,1 % (109 casos) faz 6 ou mais refeições por dia e 69 (34,8%) faz cinco refeições, no total 89,9% dos alunos faz uma alimentação polifracionada, este tipo de prática alimentar vem de encontro às regras

defendidas pela alimentação equilibrada. A maioria dos alunos faz as seguintes refeições: Pequeno-almoço, merenda da manhã, almoço, merenda da tarde, jantar e ceia, esta é uma das práticas alimentares que as nossas crianças deverão manter durante toda a sua vida. O fraccionamento alimentar é uma prática importante para prevenção da obesidade durante a infância e também durante a vida adulta. Outro dado que em termos nutricionais é importante é a o facto de a maioria dos alunos 96% (190 casos) toma o pequeno-almoço antes de ir para a escola, apenas 8 alunos (4%) refere não ter esta prática. Existem várias razões que tornam o pequeno-almoço obrigatório segundo Veloso (2006) não tomar pequeno-almoço pode implicar alterações metabólicas no cérebro resultantes de um longo período de jejum que se prolonga para além da noite. As crianças que omitem esta refeição têm menor capacidade de atenção e concentração e, muitas vezes, mau humor e irritabilidade que podem ser suficientes para perturbar uma sala de aula e reduzir o rendimento da turma. As crianças que tomam o pequeno-almoço podem ter melhores resultados nos testes, segundo os vários estudos efectuados em diversos países, ao longo do tempo.

**Quadro21: Número de refeições efectuadas ao longo do dia**

		Frequência	%	%Válida	% Acumulada
Válido	Três	1	,5	,5	,5
	quatro	19	9,6	9,6	10,1
	cinco	69	34,8	34,8	44,9
	seis ou mais	109	55,1	55,1	100,0
	Total	198	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

Quanto ao consumo de refrigerantes este verifica-se em 178 alunos (89,9%), apenas 20 (10,1%) não bebe refrigerantes. Estes valores demonstram de maneira muito evidente como o consumo de refrigerantes é uma prática alimentar muito frequente na população infantil e que conduz a um excessivo consumo de açúcar.

**Quadro22: Consumo de refrigerantes**

		Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Válido	sim	178	89,9	89,9	89,9
	não	20	10,1	10,1	100,0
	Total	198	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

Dos 178 alunos que ingerem refrigerantes 63 (35,4%) bebe 1 copo, 86 (48,3%) bebe 2 copos, 17 (9,6%) bebe 3 copos, 8 (4,5%) bebe 4 copos e apenas 4 alunos bebem 5 copos ou mais.

**Quadro23: Quantidade de refrigerantes/dia**

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Um copo	63	35,4	35,4	35,4
Dois copos	86	48,3	48,3	83,7
Três copos	17	9,6	9,6	93,3
Quatro copos	8	4,5	4,5	97,8
5 copos ou mais	4	2,2	2,2	100,0
Total	178	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

Relativamente ao consumo de sopa apenas 3 alunos (1,5%) não consomem sopa nem ao almoço nem ao jantar, 50 alunos (25,3%) consome sempre sopa ao almoço e ao jantar e 73,2% (145 casos) nem sempre consome sopa. É de referir que durante o período em que foi elaborado o questionário a autora pode constatar pelas observações feitas pelos alunos que o maior consumo de sopa se verificava à hora do almoço no refeitório escolar, em casa nem sempre consomem sopa. Desta forma o refeitório escolar é um meio eficaz para introduzir hábitos alimentares saudáveis. A sopa desempenha, sem dúvida, um importante papel em termos nutricionais, constituindo uma excelente entrada para todas as refeições a sopa tem um papel importante com regulador do apetite, quando se consome sopa fica-se de imediato parcialmente saciado e com menos apetite para o prato que se segue normalmente com elevado valor calórico.

**Quadro24: Consumo de sopa ao almoço e ao jantar**

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
sempre	50	25,3	25,3	25,3
nunca	3	1,5	1,5	26,8
as vezes	145	73,2	73,2	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

O puré de legumes é o tipo de sopa mais consumido pelos nossos inquiridos, 47,2% dos inquiridos, ou seja 93 alunos a sopa que consome mais vezes é o puré de legumes, 54 alunos (27,4%) come sopa de tipo variado ou seja come além de purés de legumes e canjas, sopa de feijão ou grão, sopas de pão, entre outras. Por outro lado existem 30 alunos (15,2%) que o tipo de sopa que mais come é a “massa com feijão”, “sopa de hortalíça”, “sopa de espinafres com feijão e ovos”, “sopa de ovo”, sopas de pão”, entre outras. A canja é o tipo de sopa mais consumido por 20 alunos (10,2%). O maior consumo de purés de legumes por parte dos alunos pode estar relacionado com o facto de ser a forma mais prática de as crianças comerem os vários tipo de legumes, dado que muitas crianças têm dificuldades em comer “os verdes” no prato, desta forma os pais tentam administra-lhes estes géneros através da chamada “sopa passada”.

**Quadro25: Tipo de sopa mais consumido**

		Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Válido	Puré de legumes	93	47,0	47,2	47,2
	Canja	20	10,1	10,2	57,4
	variada	54	27,3	27,4	84,8
	Outras	30	15,2	15,2	100,0
	Total	197	99,5	100,0	
Omissos		1	,5		
Total		198	100,0		

Fonte: Inquérito por Questionário

Comparando a ingestão de vegetais e fruta com a ingestão de carne a maioria dos inquiridos 116 (58,6%) consome mais carne do que vegetais e hortaliças ao contrário do que é recomendado, 95 alunos (48%) consome mais hortaliças e frutas que carne. Este é um mau hábito alimentar uma vez que a carne tem maior valor calórico e mais rica em gorduras saturadas que as vegetais e as hortaliças.

**Quadro26: Comparação entre o consumo de hortaliças e frutas/carne**

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
sim	82	41,4	41,4	41,4
não	116	58,6	58,6	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

No que se refere à ingestão de carne 82 alunos (41,4%) ingere carne diariamente e 116 alunos (58,6%) não consomem carne diariamente.

**Quadro27: Consumo diário de carne**

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
sim	95	48,0	48,0	48,0
não	103	52,0	52,0	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

O tipo de carne mais consumido pelas crianças é inespecífico, uma vez que 62 inquiridos (34,1 %) come vários tipos de carne e não um tipo especificamente. Contudo uma percentagem muito semelhante, o tipo de carne que come mais vezes é o frango 33 % das crianças (60 alunos), este género alimentar é muito apreciado pelas crianças, além disso o consumo deste género também pode estar relacionado com o seu custo uma vez que apresenta um preço mais baixo que outros tipos de carne, o porco é também o tipo de carne mais consumido por

17,6% dos alunos, em parte esta ingestão está relacionada com os hábitos alimentares da região.

**Quadro28: Tipo de Carne mais consumido**

		Frequência	%	% válida	% Acumulada
Válido	Frango	60	30,3	33,0	33,0
	Vaca	11	5,6	6,0	39,0
	Porco	32	16,2	17,6	56,6
	Peru	10	5,1	5,5	62,1
	Variada	62	31,3	34,1	96,2
	Outros	7	3,5	3,8	100,0
	Total	182	91,9	100,0	
Omissos	System	16	8,1		
Total		198	100,0		

Fonte: Inquérito por Questionário

Relativamente ao consumo de peixe apenas 37 alunos (18,7%) consomem peixe diariamente e 161 alunos, a grande maioria (81,3%) não consome peixe diariamente. Comparando o consumo diário de carne e peixe pode-se dizer que o consumo diário de carne é superior ao consumo diário de peixe, prática alimentar incorrecta dado que o peixe tem menos quantidade de gordura e é rico em gorduras polinsaturadas importantes em termos de prevenção das doenças cardiovasculares.

**Quadro29: Consumo diário de peixe**

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
sim	37	18,7	18,7	18,7
não	161	81,3	81,3	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

O tipo de peixe mais consumido pelas crianças é a sardinha, 33 dos inquiridos (19%) referiu ser este o peixe que mais consome, um dos motivos para que este peixe seja o mais consumido pode estar relacionado com o seu preço, uma vez que este é dos peixe com menor custo. Contudo 52 alunos (29,9%) consomem peixe de forma variada e não especificamente de um tipo. O bacalhau é consumido por 19 alunos (10,9%), a pescada por 16 alunos (9,2%) e o carapau

também por 16 alunos (9,2%), 38 alunos (21,8%) consome outro tipo de peixe tal como: dourada, atum, peixe-espada entre outros.

**Quadro30: Tipo de peixe mais consumido**

		Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Válido	sardinha	33	16,7	19,0	19,0
	bacalhau	19	9,6	10,9	29,9
	pescada	16	8,1	9,2	39,1
	carapau	16	8,1	9,2	48,3
	variado	52	26,3	29,9	78,2
	outros	38	19,2	21,8	100,0
	Total	174	87,9	100,0	
Omissos	System	24	12,1		
Total		198	100,0		

Fonte: Inquérito por Questionário

No que se refere ao consumo semanal de ovos a maioria dos alunos 116 (58,6%) consome 1 ovo por semana, apenas 8 alunos (4%) não consome ovos, 25,8% dos alunos (51 casos) consome 2 ovos por semana, 17 alunos (8,6%) consome 3 ovos semanalmente, 2 alunos (1%) consomem 4 ovos por semana e 4 alunos (2,0%) consome cinco ou mais ovos semanalmente. No que se refere ao tipo de confecção preferida pelos alunos os ovos estrelados e os ovos mexidos são os preferidos dos alunos respectivamente com 46,8% (89 casos) e 32,6% (62 casos), a omeleta é a forma menos apreciada de consumir o ovo.

**Quadro31: Consumo semanal de ovos**

		Frequência	%	% Válida	% Acumulada
	Nenhum	8	4,0	4,0	4,0
	Um	116	58,6	58,6	62,6
	Dois	51	25,8	25,8	88,4
	Três	17	8,6	8,6	97,0
	Quatro	2	1,0	1,0	98,0
	cinco ou mais	4	2,0	2,0	100,0
	Total	198	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

No que se refere à ingestão de molhos 132 alunos (66,7%) nunca utiliza molhos o que corresponde a uma boa prática alimentar, uma vez que estes são muito ricos em gorduras, 54 alunos (27,3%) por vezes utiliza molhos e apenas 12 alunos (6,1%) consomem sempre molho.

**Quadro32: Consumo de molhos**

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
sempre	12	6,1	6,1	6,1
nunca	132	66,7	66,7	72,7
as vezes	54	27,3	27,3	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

Observa-se um consumo diário de fruta em 95,5% dos alunos (189 casos), apenas 9 alunos (4,5%) não consome fruta diariamente. Verifica-se ainda que 47 alunos (24,9%) consome uma peça de fruta por dia, a maioria dos alunos 55,6 % dos alunos (105 casos) consome 2 peças de fruta diariamente, 24 alunos (12,7%) consome 3 peças de fruta diariamente e 13 alunos (6,9%) consome quatro ou mais peças de fruta.

**Quadro33: Consumo diário de fruta**

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
sim	189	95,5	95,5	95,5
não	9	4,5	4,5	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

Dos 198 alunos que responderam ao questionário, a maioria 85,8% (169 casos) consomem fast-food e 28 alunos (14,2%) não consome este tipo de alimentação, através destes resultados observa-se o consumo de fast-food é uma prática alimentar bastante frequente entre as crianças. Este não é um hábito alimentar recomendável uma vez que a fast-food é rica em: gorduras saturadas,

sal, aditivos, tendo também um elevado valor calórico, por outro lado é pobre em vitaminas, sais minerais e fibras.

**Quadro34 : Consumo de fast- food**

		Frequência	%	% Válida	% Acumulada
	sim	169	85,4	85,8	85,8
	não	28	14,1	14,2	100,0
	Total	197	99,5	100,0	
Omissos	System	1	,5		
Total		198	100,0		

Fonte: Inquérito por Questionário

Dos 169 alunos que consomem fast-food 46 (27,5%) ingere apenas 1 vez por mês este tipo de alimentos, 28,1% (47 casos) consome 2 vezes por mês 16 alunos (9,6%) come fast-food três vezes por mês, 42 alunos (25,1%) come fast-food quatro vezes por mês, 6 alunos (3,6%) come fast-food 5 vezes por mês, 10 alunos (6,0%) come 6 ou mais vezes por mês fast-food. Pode-se observar no quadro 35 que 118 alunos (70,2%) frequentam o restaurante de comida fast- food e 50 alunos (29,8%) não frequenta este tipo de restaurante

**Quadro35: frequência de restaurante fast-food**

		Frequência	%	% Válida	% Acumulada
	sim	118	69,8	70,2	70,2
	não	50	29,6	29,8	100,0
	Total	168	99,4	100,0	
Omissos	System	1	,6		
Total		169	100,0		

Fonte: Inquérito por Questionário

Das crianças inquiridas, 68% (83 alunos) vão ao restaurante de comida fast-food acompanhadas pelos seus progenitores, 18,9% (23 alunos) vão acompanhados somente pela mãe e apenas 2 alunos vão acompanhados pelo pai. Desta forma a ida ao restaurante de comida fast-food parece ser uma prática familiar feita com alguma regularidade, talvez o custo das refeições não muito dispendioso seja uma razão para a utilização deste tipo de restaurantes.

**Quadro36 : Com quem vai ao restaurante de comida fast-food**

		Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Válido	Pai	4	2,0	3,3	3,3
	Mãe	23	11,6	18,9	22,1
	Pais	83	41,9	68,0	90,2
	Outros familiares	10	5,1	8,2	98,4
	Outros	2	1,0	1,6	100,0
	Total	122	61,6	100,0	
Omissos	System	76	38,4		
Total		198	100,0		

Fonte: Inquérito por Questionar

Da análise do quadro 37 constata-se que a maioria dos alunos 156 (79,2%) não consome em particular nenhum tipo de confecção, pratica uma alimentação em que o tipo de confecção é variada, 15 alunos (7,6%) a confecção que come mais vezes é o grelhado, 10 alunos (5,1%) a confecção que mais consome é o cozido e por outros 10 alunos a confecção mais consumida é o frito. A confecção menos praticada é o estufado, é de referir que esta em termos de alimentação saudável é uma das alternativas mais aconselhadas.

**Quadro37: Tipo de confecção mais praticada**

		Frequência	%	% Válida	% Acumulada
	Frito	10	5,1	5,1	5,1
	Cozido	10	5,1	5,1	10,2
	Assado	5	2,5	2,5	12,7
	Grelhado	15	7,6	7,6	20,3
	Estufado	1	,5	,5	20,8
	Variada	156	78,8	79,2	100,0
	Total	197	99,5	100,0	
Omissos	System	1	,5		
Total		198	100,0		

Fonte: Inquérito por Questionário

A maioria dos alunos 86,4% (171 casos) consome cereais, apenas 7 alunos (13,6%) não consome cereais. Dos alunos que consomem cereais (quadro 39) 55% (94 casos) consome cereais com chocolate., 24,6% dos alunos come cereais simples, 20,5% dos alunos (35 casos) consome outro tipo de cereais, tais como cereais com mel adicionado, com açúcar, etc.

**Quadro38:Consumo diário de cereais**

	Frequência	%	%válida	% Acumulada
sim	171	86,4	86,4	86,4
não	27	13,6	13,6	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

**Quadro39: Tipo de cereais consumidos**

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Válido com chocolate	94	55,0	55,0	55,0
Simples	42	24,6	24,6	79,5
Outro	35	20,5	20,5	100,0
Total	171	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

Relativamente à refeição do meio da manhã praticada na escola é utilizada uma grande diversidade nos alimentos a maioria dos alunos 61,7% (119 casos) ingere mais do que um tipo de alimentos, 29 alunos (15%) ingere outro alimento além de todos os alimentos que se encontravam referidos na lista, 28 alunos (14,5%) ingere só leite escolar, os alimentos menos referidos como sendo uma prática habitual de consumo foram: a fruta (1 caso = 0,5%), o pão com chocolate (1 caso = 0,5%), as batatas fritas (1 caso = 0,5%),e o bolo (1 caso = 0,5%).

**Quadro 40: tipo de alimentos consumidos na refeição do meio-da-manhã na escola**

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Válido Fruta	1	,5	,5	,5
Bolachas	4	2,0	2,1	2,6
Pão com chocolate	1	,5	,5	3,1
Batatas fritas	1	,5	,5	3,6
Bolo	1	,5	,5	4,1
Leite escolar	28	14,1	14,5	18,7
Iogurte	9	4,5	4,7	23,3
Outro	29	14,6	15,0	38,3
Diversificado (mais do que um tipo de alimento)	119	60,1	61,7	100,0
Total	193	97,5	100,0	
Omissos System	5	2,5		
Total	198	100,0		

Fonte: Inquérito por Questionário

A maioria dos alunos inquiridos, 61,6% (122 casos) almoça no refeitório escolar, 67 alunos almoçam na sua própria casa o que corresponde estatisticamente a 33,6%, em casa dos avós almoçam apenas 9 alunos (4,5%), através destes dados pode-se verificar a influência quer positiva, quer negativa que a alimentação fornecida pela escola pode ter nas práticas alimentares das crianças.

**Quadro41: Local onde costuma almoçar durante o período de aulas**

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Casa	67	33,8	33,8	33,8
Refeitório escolar	122	61,6	61,6	95,5
Casa dos avos	9	4,5	4,5	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

**Quadro42 consumo diário de doces**

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Nenhuma	9	4,5	4,5	4,5
Uma	105	53,0	53,0	57,6
Duas	48	24,2	24,2	81,8
Três	20	10,1	10,1	91,9
Quatro	10	5,1	5,1	97,0
Cinco	3	1,5	1,5	98,5
seis ou mais	3	1,5	1,5	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

Relativamente ao consumo de doces a maioria dos alunos 53% (105 casos) refere consumir doces apenas uma vez por dia, 48 (24,2%) alunos consome doces 2 vezes por dia, 3 alunos (1,5%) consomem 5 vezes doces por dia e outros 3 alunos (1,5%) consomem 6 ou mais vezes doces por dia. A maioria dos alunos 51,9% consome mais do que um tipo de doce, os doces menos consumidos são os gelados com apenas 13 alunos (7%) (quadro 43). Pode-se dizer que o consumo diário de doces é uma prática alimentar muito frequente entre as crianças e que esta é uma

das principais práticas associadas à ingestão excessiva de calorias levando posteriormente à obesidade, diabetes e dislipidémias, é ainda de salientar que esta prática alimentar efectuada pelas crianças não está relacionada com a escola, mas sim com a família, só esta lhe pode fornecer as guloseimas, uma vez que nas escolas do 1.º C.E.B. não lhes são fornecidas, nem existem as chamadas máquinas de venda automática, as quais estão normalmente repletas das mais diversas guloseimas. Desta forma cabe aos pais, avós, entre outros o controle da ingestão de doces.

**Quadro43: Tipo de doces consumidos**

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Bolos	16	8,5	8,6	8,6
Gomas	12	6,3	6,4	15,0
Bolachas	21	11,1	11,2	26,2
Rebuçados	14	7,4	7,5	33,7
Chocolates	14	7,4	7,5	41,2
Gelados	13	6,9	7,0	48,1
Mais do que um tipo	97	51,3	51,9	100,0
Total	187	98,9	100,0	
Omissos	System	2	1,1	
Total		189	100,0	

Fonte: Inquérito por Questionário

O prato preferido para 25 alunos (12,8%) é o frango assado com batatas fritas, para 20 alunos o prato preferido é o bife com batatas fritas, para 17 alunos é o bacalhau à braz, 14 alunos prefere a esparguete à bolonhesa. A pizza, a sopa de pão muito característica desta região e os douradinhos também fazem parte das preferências alimentares dos alunos, 86 alunos elegem como outro tipo de pratos favoritos entre eles pode-se destacar a sopa, o hambúrguer com batatas fritas, a lasanha, o peixe cozido com batatas e ovo, o ovos estrelado com batatas fritas, entre outros. Contudo os que registaram maior número de preferências são os quantificados no quadro 44.

## Quadro44: Prato preferido

		Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Válido	Frango com batatas fritas	25	12,6	12,8	12,8
	Bife com batatas fritas	20	10,1	10,2	23,0
	Bacalhau à bráz	17	8,6	8,7	31,6
	Esparquete à bolonhesa	14	7,1	7,1	38,8
	Pizza	15	7,6	7,7	46,4
	Sopa de pão	12	6,1	6,1	52,6
	Douradinhos	7	3,5	3,6	56,1
	Outros	86	43,4	43,9	100,0
	Total	196	99,0	100,0	
Omissos	System	2	1,0		
Total		198	100,0		

Fonte: Inquérito por Questionário

Observando o quadro 45 constata-se que 50,8% (100) dos alunos refere não comer com muita frequência o prato preferido e 49,2% (97 casos) diz comer o prato preferido com frequência.

## Quadro45: Consumo do prato preferido

		Frequência	%	% Válida	% Acumulada
	sim	97	49,0	49,2	49,2
	não	100	50,5	50,8	100,0
	Total	197	99,5	100,0	
Omissos	System	1	,5		
Total		198	100,0		

Fonte: Inquérito por Questionário

Analisando o quadro 46 pode-se afirmar que o sexo influencia de forma pouco significativa a quantidade de pão consumida diariamente pode-se ainda referir, segundo o valor V de Cramer (0,223 = 22,3%) que existe uma associação fraca entre estas duas variáveis, quanto à influência do sexo sobre o consumo semanal de ovos esta é significativa embora a associação entre ambas segundo o valor V de Cramer seja fraca (0,260 = 26%), a influência entre o sexo e a quantidade de peças de fruta ingeridas por dia é significativa existindo entre ambas uma fraca associação ( V de Cramer = 24,6%), o mesmo se pode dizer para as variáveis sexo e tipo de confecção que mais consomem. A influência entre o sexo e o consumo do prato favorito embora não seja um factor determinante é significativa embora a associação entre as duas seja fraca. As restantes práticas

alimentares não estão relacionadas com o sexo, conforme se pode verificar através do quadro 46, pelos valores de p-value (Sig.).

**Quadro46: Relação entre os hábitos alimentares e o sexo**

Sexo	Chi-square	df	Sig.	Cramer´s V
Ingestão de todos os grupos de alimentos da roda dos alimentos	0,228	1	0,633	-----
Consumo de copos de leite/dia	4,184	5	0,523	-----
Como bebes o leite	3,866	5	0,569	-----
Consumo diário de pão	9,808	4	0,044	0,223
Tipo de pão	3,614	3	0,306	-----
Número de refeições efectuadas ao longo do dia	5,839	3	0,120	-----
Ingestão diária do pequeno-almoço	0,067	1	0,796	-----
Consumo de refrigerantes	0,437	1	0,508	-----
Quantidade de refrigerantes/dia	4,403	4	0,354	-----
Consumo de sopa ao almoço e ao jantar	3,015	2	0,222	-----
Tipo de sopa mais consumido	6,612	4	0,158	-----
Comparação entre o consumo de hortaliças e frutas/carne	0,161	1	0,688	-----
Consumo diário de carne	1,215	1	0,270	-----
Tipo de carne mais consumido	9,245	5	0,100	-----
Consumo diário de peixe	1,682	1	0,195	-----
Tipo de peixe mais consumido	1,037	5	0,960	-----
Consumo semanal de ovos	13,388	5	0,020	0,260
Tipo de confecção do ovo preferida	1,498	3	0,683	-----
Consumo de molhos	1,207	2	0,547	-----
Consumo diário de fruta	0,720	1	0,396	-----
Quantidade de peças de fruta/dia	11,471	3	0,009	0,246
Consumo de fast- food	0,942	1	0,332	-----
Consumo de fast-food /mês	3,343	5	0,647	-----
Frequência de restaurante fast-food	0,105	1	0,746	-----
Quem acompanha ao restaurante faz-food	1,895	4	0,755	-----
Tipo de confecção mais praticada	12,806	5	0,025	0,255
Consumo de cereais	1,939	1	0,164	-----
Tipo de cereais consumidos	1,680	2	0,432	-----
Tipo de alimentos consumidos na refeição do meio-da-manhã na escola	4,824	8	0,776	-----
Local onde costuma almoçar durante o período de aulas	0,298	2	0,862	-----
Consumo diário de doces	4,860	6	0,562	-----
Tipo de doces consumidos	5,089	6	0,533	-----
Prato preferido	8,029	7	0,330	-----
Consumo do prato preferido	5,509	1	0,019	0,167

Fonte: Inquérito por Questionário

A observação do quadro 47 mostra que a idade influencia de forma significativa a ingestão de todos os grupos da roda dos alimentos, ou seja as duas variáveis não são independentes uma da outra. Segundo o valor do  $v$  de Cramer ( $0,311 = 31,1\%$ ) pode-se dizer que a idade e a ingestão de todos os grupos da roda dos alimentos estão fracamente associadas. No que se refere à idade e ao tipo de pão ingerido a influência embora não seja forte é significativa. Relativamente à idade e ao tipo de sopa mais consumido ( $X^2 = 24,121$  e significância  $p$  - value =  $0,020$ ) verifica-se que as duas variáveis não são independentes, segundo o valor  $V$  de Cramer ( $0,356 = 35,6\%$ ) a associação entre as duas variáveis é moderada.

No que se refere à idade e à comparação entre o consumo de hortaliças e frutas/carne as variáveis não são independentes, ou seja a idade influencia a relação entre o consumo de hortaliças e frutas e o consumo de carne, embora segundo o valor  $V$  de Cramer ( $0,275 = 27,5\%$ ) esta associação seja fraca. Outra variável que é influenciada de forma significativa pela idade é o consumo diário de carne, embora esta relação segundo o valor  $V$  de Cramer ( $0,296 = 29,6\%$ ) seja fraca. Relativamente à idade e ao consumo semanal de ovos existe uma influência significativa entre estas variáveis embora a sua associação segundo o valor  $V$  de Cramer ( $0,211 = 21,1\%$ ) seja fraca, o mesmo se pode referir para a influência entre a idade e o consumo de molhos, entre a idade e a quantidade de peças de fruta/dia, entre a idade e o tipo de cereais consumidos e entre a idade e o tipo de doces consumidos, os restantes hábitos alimentares não são influenciados pela idade, como se pode confirmar pelo quadro 47, através dos valores de  $p$ -value (sig.)

**Quadro47: Relação entre os hábitos alimentares e a idade**

Grupo de idades	Chi-square	df	Sig.	Cramer's V
Ingestão de todos os grupos de alimentos da roda dos alimentos	18,472	3	0,000	0,311
Consumo de copos de leite/dia	14,746	15	0,470	-----
Como bebes o leite	18,950	15	0,216	-----
Consumo diário de pão	12,494	12	0,407	-----
Tipo de pão	24,275	9	0,004	0,207
Número de refeições efectuadas ao longo do dia	5,955	9	0,744	-----
Ingestão diária do pequeno-almoço	4,032	3	0,258	-----
Consumo de refrigerantes	6,321	3	0,097	-----
Quantidade de refrigerantes/dia	10,292	12	0,590	-----
Consumo de sopa ao almoço e ao jantar	8,324	6	0,215	-----
Tipo de sopa mais consumido	24,121	12	0,020	0,356
Comparação entre o consumo de hortaliças e frutas/carne	14,424	3	0,002	0,275
Consumo diário de carne	16,761	3	0,001	0,296
Tipo de carne mais consumido	14,081	15	0,519	-----
Consumo diário de peixe	3,763	3	0,288	-----
Tipo de peixe mais consumido	14,858	15	0,462	-----
Consumo semanal de ovos	28,073	15	0,021	0,221
Tipo de confecção do ovo preferida	14,917	9	0,093	-----
Consumo de molhos	13,333	6	0,038	0,187
Consumo diário de fruta	4,479	3	0,214	-----
Quantidade de peças de fruta/dia	34,560	9	0,000	0,250
Consumo de fast- food	0,337	3	0,953	-----
Consumo de fast-food /mês	9,937	15	0,824	-----
Frequência de restaurante fast-food	6,062	3	0,109	-----
Com quem vai ao restaurante fast-food	9,270	12	0,680	-----
Tipo de confecção mais praticada	21,343	15	0,126	-----
Consumo de cereais	0,202	3	0,977	-----
Tipo de cereais consumidos	21,135	6	0,002	0,252
Tipo de alimentos consumidos na refeição do meio-da-manhã na escola	27,498	24	0,282	-----
Local onde costuma almoçar durante o período de aulas	3,978	6	0,680	-----
Consumo diário de doces	17,986	18	0,457	-----
Tipo de doces consumidos	30,494	18	0,033	0,23
Prato preferido	24,087	21	0,289	-----
Consumo do prato preferido	0,284	3	0,963	-----

Fonte: Inquérito por Questionário

Analisando o quadro 48 pode-se verificar que existe diferença no consumo diário de leite entre os alunos das escolas EB 1 de Arraiolos e da escola EB 1 dos Canaviais, ou seja a escola que o aluno frequenta influencia de forma significativa o consumo diário de leite, segundo o valor V de Cramer (0,299 = 29,9 %) o consumo diário de leite e a escola que o aluno frequenta estão fracamente

associadas. No que se refere à escola que o aluno frequenta e o consumo diário de pão encontram-se relacionadas ( $X^2 = 12,651$  e significância  $p - value = 0,013$ ). O valor  $V$  de Cramer ( $0,253 = 25,3\%$ ) revela que a associação entre estas duas variáveis é fraca. Quanto à escola que o aluno frequenta e o número de refeições efectuadas ao longo do dia pode-se verificar que estão ambas relacionadas ( $X^2 = 16,954$  e significância  $p - value = 0,001$ ), embora a sua associação, segundo o valor  $V$  de Cramer ( $0,293 = 29,3\%$ ) seja fraca.

Relativamente à escola que o aluno frequenta e ao consumo diário de refrigerantes estas variáveis não estão relacionadas. Contudo no que se refere à escola que o aluno frequenta e à quantidade de refrigerantes consumida por dia já existe relação entre as duas ( $X^2 = 13,521$  e significância  $p - value = 0,009$ ). Segundo o valor  $V$  de Cramer ( $0,276 = 27,6\%$ ) a associação entre estas duas variáveis é fraca.

O tipo de sopa mais consumido pelos alunos também é um parâmetro influenciado pela escola ( $X^2 = 11,913$  e significância  $p - value = 0,009$ ). O valor encontrado para o  $V$  de Cramer diz que a associação entre a escola que o aluno frequenta e o tipo de sopa mais consumido é de  $24,6\%$ . Assim pode-se afirmar que a um nível de significância de  $5\%$  o prato preferido dos alunos encontra-se fracamente associado à escola que o aluno frequenta.

Da análise do quadro nº 48 pode-se ainda constatar que existe relação entre a escola que o aluno frequenta e a comparação entre o consumo de hortaliças e fruta/carne ( $X^2 = 4,952$  e significância  $p - value = 0,026$ ). O valor encontrado para o  $V$  de Cramer revela que a associação entre a escola que o aluno frequenta e o consumo de hortaliças e fruta/carne é de  $15\%$ . Desta forma pode-se afirmar que a associação entre estas duas variáveis é fraca.

Uma das práticas alimentares que está relacionada de forma significativa com a escola que o aluno frequenta é o consumo diário de carne ( $X^2 = 28,373$  e significância  $p - value = 0,000$ ). O valor  $V$  de Cramer diz que a associação entre a escola que o aluno frequenta e o consumo diário de carne é de  $37,9\%$ . Assim pode-se afirmar que a um nível de significância de  $5\%$  o consumo diário de carne encontra-se moderadamente associado à escola que o aluno frequenta.

O consumo de peixe não está relacionado com a escola que o aluno frequenta, contudo o tipo de peixe mais consumido pelos alunos já está relacionado com a escola que o aluno frequenta ( $X^2 = 14,42$  e significância  $p - value = 0,013$ ). Segundo o valor  $V$  de Cramer 28,8% a associação entre estas duas variáveis é fraca.

Observando o quadro 48 pode-se ainda observar que outra práticas alimentares que está relacionada de forma significativa com a escola que o aluno frequenta é o consumo semanal de ovos ( $X^2 = 31,295$  e significância  $p - value = 0,000$ ). O valor  $V$  de Cramer diz que a associação entre a escola que o aluno frequenta e o consumo semanal de ovos é de 39,8%. Assim pode-se afirmar que a um nível de significância de 5% o consumo semanal de ovos encontra-se moderadamente associado à escola que o aluno frequenta. Por outro lado a escola que o aluno frequenta e o tipo de confecção preferida para o consumo dos ovos também estão relacionados ( $X^2 = 10,274$  e significância  $p - value = 0,016$ ). O valor referente ao  $V$  de Cramer diz que a associação entre a escola que o aluno frequenta e o tipo de confecção preferida para o consumo dos ovos é de 23,3% o que corresponde a uma associação fraca entre ambas as variáveis.

No que se refere à escola que o aluno frequenta e à quantidade de peças de fruta consumida diariamente estão ambas relacionadas ( $X^2 = 8,594$  e significância  $p - value = 0,035$ ), embora esta relação não seja muito significativa. Observando o valor do  $V$  de Cramer pode-se dizer que a associação entre a escola frequentada pelo o aluno e a quantidade de peças de fruta ingeridas diariamente é de 21,3% o que nos indica que a associação entre as duas variáveis é fraca.

Outras das práticas alimentares que parece ter uma relação significativa com a escola que o aluno frequenta refere-se ao consumo mensal de fast-food ( $X^2 = 37,705$  e significância  $p - value = 0,000$ ), o valor do  $V$  de Cramer diz que a associação entre as duas variáveis é moderada. Assim pode-se afirmar que a um nível de significância de 5% o consumo mensal de fast-food está moderadamente associado à escola que o aluno frequenta.

Relativamente ao tipo de confecção mais praticada pelos alunos e a escola que frequentam pode-se afirmar que existe uma relação significativa entre ambas as variáveis ( $X^2 = 23,214$  e significância  $p - value = 0,000$ ), o valor encontrado para

o V de Cramer diz que a associação entre as duas variáveis é de 34,3% o que corresponde a uma associação moderada.

Pode-se ainda observar da análise do quadro 48 que existe uma relação significativa entre o tipo de cereais consumidos pelos alunos e a escola que frequentam ( $X^2 = 32,223$  e significância p - value = 0,000), o valor do V de Cramer diz que a associação entre as duas variáveis é de 43,4% o que corresponde a uma associação moderada.

Outra das práticas alimentares que está relacionada com a escola que os alunos frequentam é o tipo de alimentos consumidos na refeição do meio da manhã na escola ( $X^2 = 37,725$  e significância p - value = 0,000). Observando o valor do V de Cramer pode-se dizer que a associação entre a escola frequentada pelo aluno e o tipo de alimentos consumidos na refeição do meio da manhã na escola pelo o aluno é de 44,2% o que nos indica que existe uma associação moderada entre as duas variáveis.

Relativamente à escola que o aluno frequenta e o local onde os alunos almoçam durante o período de aulas existe uma relação significativa entre as duas variáveis ( $X^2 = 46,146$  e significância p - value = 0,000), o valor referente ao V de Cramer (0,483=48,3%) indica que existe uma associação moderada entre estas duas variáveis. Assim pode-se afirmar que a um nível de significância de 5% o local onde os alunos almoçam no período de aulas está moderadamente associado à escola que frequenta.

Uma das práticas alimentares que está relacionada com a escola que o aluno frequenta é o consumo diário de doces ( $X^2 = 14,465$  e significância p - value = 0,025). O valor V de Cramer diz que a associação entre a escola que o aluno frequenta e o consumo diário de doces é de 27,0%. O que corresponde a uma associação fraca entre ambos.

No que se refere à escola que o aluno frequenta e ao tipo de prato preferido estão ambas relacionadas ( $X^2 = 19,674$  e significância p - value = 0,006). O valor referente ao V de Cramer (0,317 = 31,7%) indica que existe uma associação moderada entre estas duas variáveis. Desta forma pode-se afirmar que a um nível de significância de 5% o tipo de prato preferido pelos alunos está moderadamente associado à escola que frequenta.

Outro dos parâmetros que também tem relação com a escola que o aluno frequenta é a frequência do consumo do prato preferido ( $X^2 = 3,134$  e significância  $p - \text{value} = 0,077$ ). O valor V de Cramer (12,6%) contudo mostra que a associação entre as duas variáveis é muito fraca.

**Quadro48: Relação entre os hábitos alimentares e escola**

Escola	Chi-square	df	Sig.	Cramer's V
Ingestão de todos os grupos de alimentos da roda dos alimentos	0,026	1	0,871	-----
Consumo de copos de leite/dia	17,654	5	0,003	0,299
Como bebes o leite	0,620	5	0,987	-----
Consumo diário de pão	12,651	4	0,013	0,253
Tipo de pão	2,611	3	0,456	-----
Número de refeições efectuadas ao longo do dia	16,954	3	0,001	0,293
Ingestão diária do pequeno-almoço	0,055	1	0,815	-----
Consumo de refrigerantes	0,146	1	0,702	-----
Quantidade de refrigerantes/dia	13,521	4	0,009	0,276
Consumo de sopa ao almoço e ao jantar	0,321	2	0,852	-----
Tipo de sopa mais consumido	11,913	3	0,009	0,246
Comparação entre o consumo de hortaliças e frutas/carne	4,952	1	0,026	0,158
Consumo diário de carne	28,373	1	0,000	0,379
Tipo de carne mais consumido	8,052	5	0,153	-----
Consumo diário de peixe	2,147	1	0,143	-----
Tipo de peixe mais consumido	14,420	5	0,013	0,288
Consumo semanal de ovos	31,295	5	0,000	0,398
Tipo de confecção do ovo preferida	10,274	3	0,016	0,233
Consumo de molhos	3,182	2	0,204	-----
Consumo diário de fruta	3,843	1	0,050	-----
Quantidade de peças de fruta/dia	8,594	3	0,035	0,213
Consumo de fast- food	0,007	1	0,932	-----
Consumo de fast-food /mês	37,705	5	0,000	0,475
Frequência de restaurante fast-food	0,001	1	0,977	-----
Quem o acompanha ao restaurante fast-food	2,998	4	0,558	-----
Tipo de confecção mais praticada	23,214	5	0,000	0,343
Consumo de cereais	0,437	1	0,509	-----
Tipo de cereais consumidos	32,223	2	0,000	0,434
Tipo de alimentos consumidos na refeição do meio-da-manhã na escola	37,725	8	0,000	0,442
Local onde costuma almoçar durante o período de aulas	46,146	2	0,000	0,483
Consumo diário de doces	14,465	6	0,025	0,270
Tipo de doces consumidos	6,809	6	0,339	-----
Prato preferido	19,674	7	0,006	0,317
Consumo do prato preferido	3,134	1	0,077	0,126

Fonte: Inquérito por Questionário

### **4.3 - Influência dos hábitos alimentares na obesidade infantil**

A observação geral do quadro 49 mostra que os hábitos alimentares não influenciam o percentil de I.M.C., desta forma os hábitos alimentares parecem não ter uma influência determinante na pré-obesidade e na obesidade infantil.

Analisando cada um dos hábitos alimentares, pode-se constatar que o consumo de refrigerantes está relacionado com o P.I.M.C. ( $\chi^2 = 29,921$  e significância  $p\text{-value} = 0,000$ ). O V de Cramer revela que a associação entre estas duas variáveis, consumo diário de refrigerantes e o percentil de I.M.C. é de 38,9% ( $p\text{-value} = 0,000$ ). Deste modo pode-se afirmar que a um nível de significância de 5% o consumo diário de refrigerantes encontra-se moderadamente associado ao percentil de I.M.C.. No entanto a quantidade de copos de refrigerantes ingeridos diariamente não têm influência no percentil de I.M.C..

Da análise do quadro 49 pode-se ainda constatar que existe relação entre o consumo diário de peixe e o percentil de I.M.C. ( $\chi^2 = 7,651$  e significância  $p\text{-value} = 0,022$ ). O valor encontrado para o V de Cramer revela que a associação entre o percentil de I.M.C. e o consumo diário de peixe é de 19,7% ( $p\text{-value} = 0,022$ ). Desta forma pode-se afirmar que a associação entre estas duas variáveis é fraca.

Uma das práticas alimentares que está relacionada com o percentil de I.M.C. é o tipo de confecção mais praticado pelas crianças ( $\chi^2 = 19,225$  e significância  $p\text{-value} = 0,037$ ). O valor do V de Cramer diz que a associação entre o tipo de confecção e o percentil de I.M.C. é de 31,2% ( $p\text{-value} = 0,037$ ). Assim, pode-se afirmar que a um nível de significância de 5% o tipo de confecção encontra-se moderadamente associado ao percentil de I.M.C.

Após esta análise pode-se dizer que as práticas alimentares não são factores determinantes no aparecimento da obesidade e da pré-obesidade. Um dos factores responsáveis pelo excesso de peso é sedentarismo. O exercício físico não foi ponto de análise deste questionário.

**Quadro49: Relação entre os hábitos alimentares e o P.I.M.C.**

P.I.M.C.	Chi-square	df	Sig.	Cramer's V
Ingestão de todos os grupos de alimentos da roda dos alimentos	3,362	2	0,186	-----
Consumo de copos de leite/dia	12,384	10	0,151	-----
Como bebes o leite	10,901	10	0,210	-----
Consumo diário de pão	5,384	8	0,716	-----
Tipo de pão	7,748	6	0,257	-----
Número de refeições efectuadas ao longo do dia	1,328	6	0,970	-----
Ingestão diária do pequeno-almoço	0,333	2	0,847	-----
Consumo de refrigerantes	29,91	2	0,000	0,389
Quantidade de refrigerantes/dia	6,285	8	0,615	-----
Consumo de sopa ao almoço e ao jantar	4,035	4	0,401	-----
Tipo de sopa mais consumida	6,428	8	0,599	-----
Comparação entre o consumo de hortaliças e frutas/carne	0,487	2	0,784	-----
Consumo diário de carne	3,603	2	0,165	-----
Tipo de carne mais consumida	12,711	10	0,240	-----
Consumo diário de peixe	7,651	2	0,022	0,197
Tipo de peixe mais consumido	11,321	10	0,333	-----
Consumo semanal de ovos	10,249	10	0,419	-----
Tipo de confecção do ovo preferida	7,820	6	0,252	-----
Consumo de molhos	2,670	4	0,614	-----
Consumo diário de fruta	0,513	2	0,774	-----
Quantidade de peças de fruta/dia	6,697	6	0,350	-----
Consumo de fast- food	0,104	2	0,949	-----
Consumo de fast-food /mês	10,376	10	0,408	-----
Quem o acompanha ao restaurante de comida fast-food	3,702	8	0,883	-----
Frequência de restaurante fast-food	2,689	2	0,261	-----
Tipo de confecção mais praticada	19,225	10	0,037	0,312
Consumo de cereais	3,835	2	0,147	-----
Tipo de cereais consumidos	3,600	4	0,463	-----
tipo de alimentos consumidos na refeição do meio-da-manhã na escola	12,062	16	0,740	-----
Local onde costuma almoçar durante o período de aulas	2,985	4	0,560	-----
Consumo diário de doces	5,262	12	0,949	-----
Tipo de doces consumidos	6,602	12	0,883	-----
Prato preferido	14,629	14	0,404	-----
Consumo do prato preferido	4,158	2	0,125	-----

Fonte: Inquérito por Questionário

## 4.4 Prevalência da obesidade infantil

Uma das questões da investigação foi saber qual a prevalência de obesidade infantil uma vez que esta é um dos grandes problemas de saúde pública da sociedade actual com grandes repercussões quer físicas quer psicológicas e ainda sociais. Analisando o quadro 7 observou –se que a prevalência da obesidade infantil nas escola EB 1 de Arraiolos e Escola EB 1 dos Canaviais é no geral de 8,6% e que a prevalência da pré-obesidade é de 20,2%, desta forma pode-se dizer que 28,8% dos alunos poderão ser obesos na idade adulta, uma vez que vem descrito na literatura que existe uma forte probabilidade de uma criança obesa se tornar num adulto obeso.

**Quadro50: Relação entre o sexo e o P.I.M.C.**

Sexo	Chi-square	df	Sig.	Cramer´s V
Percentil de I.M.C.	2,462	2	0,292	-----

Fonte: Inquérito por Questionário

Relativamente à relação entre o P.I.M.C. e o sexo e observando o quadro 50, pode-se verificar que para ( $x^2 = 2,462$  e significância p-value = 0,292) não existe relação entre a prevalência de pré-obesidade e de obesidade infantil nos alunos do sexo masculino e os alunos do sexo feminino. A obesidade infantil não é influenciada pelo facto do aluno ser do sexo feminino ou do sexo masculino.

**Quadro51: Relação entre a escola e o P.I.M.C.**

Escola	Chi-square	df	Sig.	Cramer´s V
Percentil de I.M.C.	0,196	2	0,907	-----

Fonte: Inquérito por Questionário

A observação do quadro 51 mostra que não existe diferença entre a prevalência de obesidade infantil nos alunos da Escola EB 1 de Arraiolos e nos alunos da Escola EB 1 dos Canaviais. A obesidade infantil não é influenciada pelo facto de o aluno pertencer à Escola EB 1 de Arraiolos ou à Escola EB 1 dos Canaviais

**Quadro 52: Relação entre o percentil de I.M.C. e a idade**

Grupo de idade	Chi-square	df	Sig.	Cramer's V
Percentil de I.M.C.	8,073	6	0,233	-----

Fonte: Inquérito por Questionário

Analisando o quadro 52 observa-se que a idade não tem influencia na prevalência da pré-obesidade e da obesidade Infantil ou seja as crianças mais jovens não apresentam maior prevalência de pré-obesidade e de obesidade que as criança mais velhas.

**Quadro 53: Relação entre o percentil de I.M.C. e o ano de escolaridade**

Ano de escolaridade	Chi-square	df	Sig.	Cramer's V
Percentil de I.M.C.	12,387	6	0,054	0,177

Fonte: Inquérito por Questionário

Da observação do quadro 53 pode-se verificar que o ano de escolaridade influencia o percentil de I.M.C., ou seja o ano de escolaridade tem influencia na prevalência de pré-obesidade e de obesidade infantil, embora esta associação segundo o valor V de Cramer (0,177 = 17,7%) seja muito fraca.

## **5 -Discussão**

Os valores de prevalência da obesidade infantil encontrados nesta investigação são ligeiramente inferiores aos valores encontrados a nível nacional, relativamente aos valores encontrados para a pré-obesidade são idênticos. Nos estudos realizado por Padez et al. (2004) foram encontradas 20,3 % de crianças com excesso de peso e 11,3% classificadas como obesas, na presente investigação 20,2% das crianças são pré-obesas e 8,6% são já consideradas obesas. No estudo de Padez et al. (2004) a prevalência de pré-obesidade e obesidade encontradas em Portugal é de 31,5%, os valores encontrados para o distrito de Évora são de 28,8%. É de referir que no estudo de Padez et al. (2004) foi utilizada a mesma classificação para definir obesidade e pré-obesidade. Outro estudo realizado por Sousa (2003) na grande área de Lisboa, indica que a prevalência de obesidade infantil e juvenil é de 10,5% e da pré-obesidade de 23,7%.

Um outro estudo elaborada por Marujo et al. (2004) o que evidencia a actual realidade Portuguesa no que se refere ao fenómeno da obesidade infantil, é o efectuado em Santarém a crianças entre os 11 e os 13 anos, constatou-se que 5,25% das crianças eram obesas e 21,5% tinham pré-obesidade.

Desta forma os valores de obesidade e pré-obesidade na infância encontrados nesta investigação são concordantes com os valores encontrados noutras investigações realizadas a nível nacional

Segundo Dietz et al. (2004) quando se compara Portugal com outros países da Europa, este apresenta uma elevada prevalência de pré-obesidade e de obesidade entre as crianças. Neste estudo as crianças portuguesas apresentam um valor de pré-obesidade de 29,4% para rapazes e de 33,7% para raparigas. Estes valores colocam Portugal numa posição igual à da Grécia. Segundo Frelut (2003) referido por Dietz et al. (2004) os países do sul da Europa apresentam elevados valores de pré-obesidade e de obesidade.

No estudo efectuado verificou-se que não existe relação entre o sexo, a escola e a idade dos alunos e a prevalência de pré-obesidade e de obesidade infantil, no que se refere ao ano de escolaridade este influencia o P.I.M.C., embora a associação entre as duas variáveis seja fraca.

Os valores de prevalência da obesidade Infantil encontrados podem ser explicados por vários factores tais como os hábitos alimentares ou outros que não

foram avaliados na presente investigação, onde se desatacam a actividade física, a componente genética, factores psicológicos e o nível socio-económico. Também não devem ser esquecidos os factores culturais uma vez que a alimentação é um acto de cultura.

No que se refere aos hábitos alimentares pode-se dizer de uma forma geral que mais de metade dos alunos consomem diariamente todos os grupos de alimentos da roda dos alimentos, prática alimentar saudável, uma vez que uma das regras para uma alimentação saudável, é a variedade. Relativamente ao consumo diário de leite, 83,3% dos alunos consome dois copos ou mais copos, destes 39,2% bebe o leite com chocolate. Relativamente à ingestão deste alimento, esta encontra-se na maioria do alunos dentro dos valores recomendados para a idade é importante referir que nesta investigação apenas foi avaliado o consumo de leite em natureza e não dos seus derivados (iogurtes, queijos), como tal os valores referentes de leite e derivados ainda podem ser superiores, segundo as recomendações da pirâmide alimentar da *United States Department of Agriculture* (U.S.D.A.) as quantidades recomendadas para crianças são de 2 a 3 porções (cada porção corresponde a um copo de leite). A escola tem um papel importante porque promove o consumo do leite através do chamado leite escolar, contudo o único leite fornecido a todas as crianças é o leite achocolatado, seria importante a existência de dois tipos de leite o leite achocolatado para as crianças que não o ingerem de outra forma e o leite simples (sem qualquer tipo de aditivo) para a crianças que estão habituadas a beber o leite simples, não está correcto o incentivo ao consumo do leite com sabor a chocolate. Relativamente ao consumo de pão 61,6% dos alunos come pão três ou mais vezes ao longo do dia, o pão embora seja um elemento de elevado interesse nutricional é necessário ter em atenção a sua composição, neste estudo a maioria dos alunos consome o chamado pão de primeira, o qual em termos nutricionais é mais pobre do que o chamado pão de segunda mais rico em fibras e vitaminas.

Segundo Emílio Peres (1995) o fraccionamento alimentar é uma das regras de ouro de uma alimentação saudável, quando se come fraccionadamente, o aparelho digestivo funciona com maior eficácia e menor esforço, os alimentos são melhor digeridos e aproveitados, as necessidades de comida diminuem, o

organismo nutre-se de forma compassada e o apetite diminui, no estudo efectuado verificou-se que 89,9% dos alunos faz cinco ou mais refeições por dia, o aconselhado será entre as cinco e a as seis assim, o número de refeições efectuadas por dia está de acordo com as recomendações sobre alimentação saudável, o que poderá não estar de acordo com esta recomendações é o que os alunos consomem a essas refeições. O consumo de refrigerantes é uma das práticas alimentares mais efectuada pelos alunos, cerca de 178 alunos dos 198 consome pelo menos um copo de refrigerante uma vez por dia, esta prática alimentar está relacionada de forma muito directa com a família, uma vez que os refrigerantes não são fornecidos nas escolas (nem ao almoço nem nos lanches) este consumo de refrigerantes leva a um excessivo consumo de açúcar. Outro ponto que merece particular atenção é o consumo de sopa 98,5% dos alunos consome sopa diariamente, embora apenas 25,3% o façam ao almoço e ao jantar, é ainda importante referir que durante a investigação a autora pode constatar pelas observações feitas pelos alunos que o maior consumo de sopa se verificava à hora do almoço no refeitório escolar. O consumo de sopa é uma excelente prática alimentar uma vez que esta tem um papel importante como regulador do apetite. Relativamente ao consumo de fruta a maioria dos alunos consome duas peças de fruta por dia, outros alunos apenas comem uma peça de fruta por dia, sendo esta ingestão feita no refeitório escolar por insistência das funcionárias.

Estas constatações realçam a importância que a escola tem em termos de educação alimentar a qual é uma das vertentes de educação para a saúde e ainda a importância que o papel da família têm na construção das práticas alimentares (saudáveis ou não).

Outro dos resultados encontrado nesta investigação e que parece preocupante é o facto de 58,6% dos alunos consumirem mais carne que vegetais e fruta, segundo as recomendações da pirâmide alimentar do U.S.D.A. as quantidades recomendadas para crianças são de 4 porções de vegetais por dia e 3 porções de fruta, a quantidade de carne recomendada é de 2 porções por dia, como tal as nossas crianças estão a consumir carne em excesso o que acarreta uma elevada ingestão proteica e de gorduras saturadas, prejudiciais à saúde quando consumidas em demasia. Por outro lado quando se compara a ingestão

diária de carne e peixe 48,0% dos alunos consome carne todos os dias e apenas 18,7% dos alunos consome peixe diariamente. As recomendações dietéticas sugerem que o consumo de carne e peixe seja igual. Ou seja que as crianças comam tanta carne como peixe, sabe-se que o peixe é menos gordo e que a qualidade da sua gordura é mais saudável, uma vez que a carne é rica em gorduras saturadas e o peixe principalmente o peixe gordo é rico em gorduras polinsaturadas (ómega 3).

O consumo de *fast food* é uma prática alimentar efectuada pela grande maioria das crianças, contudo a maioria apenas ingere este tipo de alimentos uma a duas vezes por mês. É ainda importante referir que esta prática alimentar está mais associada aos alunos que frequentam a escola da área mais urbana.

No que se refere ao consumo de cereais de pequeno-almoço 86,4 % dos alunos consome este tipo de alimento, contudo a maioria 55,0% consome cereais com chocolate, apenas 24,6% dos alunos consome cereais sem adição de açúcar ou com chocolate adicionado, como nos diz a pirâmide dos alimentos as crianças devem de ingerir nove porções de alimentos do grupo do pão, este grupo inclui cereais, arroz e massa, este grupo de alimentos é a base da pirâmide dos alimentos. Contudo apesar de ser uma boa prática, esta não está completamente correcta uma vez que as crianças consomem cereais, mas impregnados de chocolate e açúcar. Tal como indica pirâmide dos alimentos o açúcar é para ser consumido de forma frugal e não diariamente ao contrário do que é a prática alimentar das crianças, os resultados deste estudo indicam que apenas 4,5% dos alunos (nove alunos) não consome doces diariamente, os restantes 95,5% consomem doces pelo menos uma vez por dia. Como se pode constatar através destes resultados o consumo de doces é uma prática alimentar usual das crianças o que constituiu um factor de risco para o aparecimento da obesidade e de outras doenças tal como cárie dentária, entre outras. Criar o hábito de consumir doces todos os dias nas crianças é transformá-las em adultos dependentes do consumo diário de doces, hábito francamente pernicioso uma vez ao consumo de doces está muitas vezes associado o consumo de gorduras. Esta prática alimentar está essencialmente relacionada com a família (pais, avós, entre outros) uma vez que os doces não são fornecidos nas escolas, nem existem nas escolas do 1.º C.E.B.

máquinas de venda automática as quais estão repletas de doces, desta forma é à família que cabe a responsabilidade de modificar esta prática alimentar.

No que se refere ao tipo de alimentos consumidos na merenda da escola poucos alunos consomem batatas fritas, pães com chocolate, bolos e bolachas, 14,5% dos alunos consomem apenas leite escolar, outros consomem leite escolar e sandes. Desta forma a merenda escolar não é um factor problemático.

Relativamente à relação entre o hábitos alimentares e o sexo, pode-se dizer que este parâmetro não influencia de forma significativa os práticas alimentares dos alunos. Quanto à relação entre os hábitos alimentares e a idade dos alunos este também não é um factor determinante para que existam diferenças nas práticas alimentares entre uns e outros. O factor que parece ter mais influência nos hábitos alimentares dos alunos é o factor escola, este é o que mais afecta as praticas alimentares das crianças, embora não sejam afectadas de forma significativa.

Ao longo do estudo pode-se constatar que os principais erros alimentares efectuados pelas crianças estão relacionados com a família (excessivo consumo de refrigerantes e doces, ausência do consumo de sopa e de fruta ao jantar, entre outras). Desta maneira, a família parece ser um dos factores chave no desenvolvimento da obesidade infantil, sabe-se que os hábitos alimentares das crianças são fortemente condicionados pelos padrões alimentares paternos, é impossível pedir a uma criança que coma sopa se um dos pais não come, é desumano pedir a uma criança que não coma doces quando há diariamente gelados em casa. Outro dos factores chave para o aumento desta epidemia é a diminuição da actividade física por parte dos mais jovens, contudo este parâmetro não foi alvo desta investigação.

Uma das limitações do estudo é que este apenas relacionou a obesidade com os hábitos alimentares. Deveria também ter relacionado a obesidade com a actividade física e ainda com os níveis socioeconómicos uma vez que estes também condicionam o seu desenvolvimento. Outra das limitações do estudo está relacionada com o facto de não se poder avaliar com precisão os hábitos alimentares familiares. O questionário elaborado não fornece dados sobre o tipo de alimentação feita na a escola e o tipo de alimentação praticada

especificamente em casa, desta forma não se pode avaliar com precisão quais as práticas alimentares das crianças.

## **Considerações Finais e Recomendações**

Ao longo da presente investigação procurou-se dar resposta às questões de investigação colocadas, identificando-se os hábitos alimentares, a influência dos hábitos alimentares na obesidade infantil e a prevalência da obesidade infantil nos alunos do 1.º ciclo de Ensino Básico em dois concelhos do distrito de Évora.

A prevalência de obesidade infantil nos alunos do 1.º Ciclo do Ensino básico em dois concelhos do distrito de Évora foi de 8,6% e a prevalência de pré-obesidade de 20,2%, ou seja o valor de prevalência de pré-obesidade e de obesidade encontrado (28,8%) este número é preocupante, embora esteja de acordo com os resultados de outras investigações realizadas no mesmo âmbito em Portugal. Estes resultados vêm reforçar a ideia de que a obesidade infantil é de facto um problema de saúde pública sobre o qual devem ser adoptadas estratégias preventivas imediatas, que deverão constituir objectivo fundamental das políticas de saúde.

Relativamente à prevalência de pré - obesidade e de obesidade infantil, e o sexo não existe relação entre as duas variáveis. Desta maneira pode-se dizer que a pré-obesidade e a obesidade infantil não é influenciada pelo sexo.

No que se refere à idade e à prevalência de pré-obesidade e obesidade, também não há relação entre a idade e a obesidade infantil, a obesidade infantil não é influenciada pela idade. A pré-obesidade e obesidade infantil também não estão relacionadas com a escola que o aluno frequenta. No que se refere ao ano de escolaridade e o P.I.M.C., existe relação entre as duas variáveis, contudo a associação entre ambas é muito fraca.

Relativamente aos hábitos alimentares pode-se concluir que não existe uma influência significativa entre os hábitos alimentares e o sexo, tal como não existe entre os hábitos alimentares e a idade, ou seja, rapazes e raparigas mais velhos ou mais novos têm práticas alimentares semelhantes. No que se refere à escola que o aluno frequenta verifica-se que esta variável é a que mais influencia os hábitos alimentares ou seja os alunos da escola do 1.º C.E.B. de Arraiolos tem algumas práticas alimentares diferentes das dos alunos da escola do 1.º C.E.B. de Canaviais.

Uma das conclusões a retirar da investigação refere-se às práticas alimentares efectuadas na escola e em casa, após a análise das respostas dadas pelos inquiridos pode-se constatar que no refeitório escolar os alunos são aconselhados e induzidos a comerem sempre sopa ao contrário do que se passa em casa que nem sempre são induzidos nesse sentido, outro dos bons hábitos alimentares efectuado no refeitório escolar é o consumo de fruta, em casa os alunos nem sempre o fazem, outro aspecto relevante é que no refeitório escolar não há consumo de refrigerantes, o mesmo não acontece em casa, como se pode verificar no estudo, 89,9% dos alunos consomem refrigerantes diariamente. A escola parece assim ser um óptimo meio para a introdução de práticas alimentares saudáveis, de educação para a saúde e promoção da mesma.

Outro factor a que deve ser dada atenção e que não foi alvo deste estudo é a composição das ementas escolares, deverão passar a existir alguns critérios na sua elaboração e na forma de confecção das refeições.

Pode-se concluir que de uma maneira geral, a população estudada apresenta algumas práticas alimentares correctas como por exemplo o consumo diário de: sopa, produtos hortícolas, frutos e produtos lácteos, de acordo com o que é recomendado pela maioria dos dietistas. No entanto continua-se a verificar o consumo de alimentos desaconselhados como é o consumo diário de doces pela maioria das crianças e o consumo de refrigerantes

Conhecendo-se as práticas alimentares deste grupo, as quais nem sempre são as mais adequadas poderá estabelecer-se acções de promoção da saúde, envolvendo professores, pais, alunos e todas as entidades responsáveis. Poderão ser estabelecidos projectos de intervenção educativa que levarão à participação e envolvimento das comunidades educativas e entidades responsáveis por esta área.

A educação nutricional não se pode confinar a um acto meramente educacional com a finalidade de melhorar o estado nutricional do indivíduo. Implica também o *empowerment* dos indivíduos ou seja o desenvolvimento de capacidades que lhes permitam melhorar a forma como percebem, organizam, armazenam e utilizam a informação recebida.

Uma vez que a escola é um meio bastante favorável de promoção da saúde é fundamental que nela se faça a abordagem da educação nutricional e da prática de actividade física.

A educação para a saúde na escola deve ser uma preocupação de toda a comunidade educativa e deve ser participada pela mesma. Exige uma programação adequada, continuidade, formação prévia dos técnicos, participação da comunidade, trabalho intersectorial e coordenação de recursos, isto é, exige, a necessidade de coordenação das actividades da promoção da saúde entre a escola, as famílias e outras organizações da comunidade, nomeadamente autarquias e serviços de saúde.

Todos os resultados obtidos com este estudo revelam que estamos perante um grupo de crianças, no qual se torna importante uma intervenção a nível da promoção da saúde, uma vez que está descrito que a obesidade na infância e adolescência está relacionada com a obesidade na vida adulta e com todas as complicações que dela advêm. Desta forma as crianças de hoje serão os adultos do futuro com todas as implicações que esta situação acarreta, nomeadamente maior mortalidade, morbidade e custos com a saúde.

Face ao exposto seria pertinente a realização de uma investigação para avaliar os hábitos alimentares na idade pré-escolar e cálculo da prevalência de pré-obesidade e obesidade neste grupo etário.

## **Recomendações**

### **Plano de intervenção**

#### **Introdução**

A necessidade da elaboração de um plano de intervenção sócio-organizacional em saúde no âmbito da obesidade infantil está relacionada com o aumento significativo do número de crianças obesas e pré-obesas.

O rápido aumento da prevalência do excesso de peso nas crianças e adolescentes está também relacionado com aparecimento de doenças crónicas. Segundo Dietz et al. (2001) 60% das crianças com excesso de peso entre os cinco e os dez anos têm também associado um factor de risco de doença cardiovascular, tal como a hiperlipidémia, a hipertensão, ou a hiperinsulinémia, e cerca de 20% tem dois ou mais factores de risco de doenças cardiovasculares. A incidência da diabetes tipo II, a qual se pensava até há pouco tempo, ser quase exclusiva dos adultos, tem aumentado de forma dramática entre os jovens. Esta recente mudança enfatiza o facto de não se poder prever todos os efeitos na saúde do aumento da prevalência do excesso de peso nas crianças e nos adolescentes.

Na perspectiva de Dietz et al. (2001) a história natural da obesidade nas crianças está relacionada com a família e a escola. Desta forma a prevenção da obesidade deve centrar-se nestes dois factores; a American Dietetic Association (A.D.A.) (2006) e Baur e O`Connor (2004) partilham da mesma opinião defendendo também que as intervenções sobre este grupo populacional requerem uma combinação de programas multi-componentes baseados na família e na escola.

Para prevenir a obesidade nas crianças e adolescentes Dietz et al. (2001) defendem que o enfoque deve ter lugar primeiramente dentro da família, da escola e da comunidade envolvente as quais influenciam a ingestão alimentar e a actividade física.

## **Objectivos da intervenção**

Tendo em consideração as principais conclusões, bem como os custos do excesso de peso e da obesidade nas crianças, traça-se como objectivos para a intervenção:

- Diminuir a prevalência da pré-obesidade e obesidade nas crianças
- Promover a autonomia das crianças obesas e reforçar as capacidades e competências da família, da escola e da comunidade para lidar com esta situação.
- Contribuir para a diminuição dos custos individuais e sociais e também económicos decorrentes do tratamento de doenças crónicas não transmissíveis associadas à obesidade.

## **População alvo**

No âmbito desta estratégia de intervenção de combate à obesidade infantil deve considerar-se como população alvo a constituída por todas as crianças de ambos os sexos, obesas ou em risco de se tornarem obesas.

## **Processo de intervenção**

A estratégia que se propõe baseia-se numa metodologia participativa, cujo objectivo consiste em fomentar as parcerias e a cooperação entre todos os visados, facilitando uma partilha de conhecimentos e uma maior colaboração.

O programa deverá ter como base o processo de cooperação e de parceria entre diferentes sectores, com envolvimento, a nível regional e local, administração regional de saúde, direcção regional de educação, centros de saúde, escolas, autarquias, empresas e outras organizações que se considerem pertinentes, de forma a serem criadas condições estruturais e ambientais favoráveis à obtenção de hábitos alimentares saudáveis e de exercício físico tendo em vista a promoção da saúde.

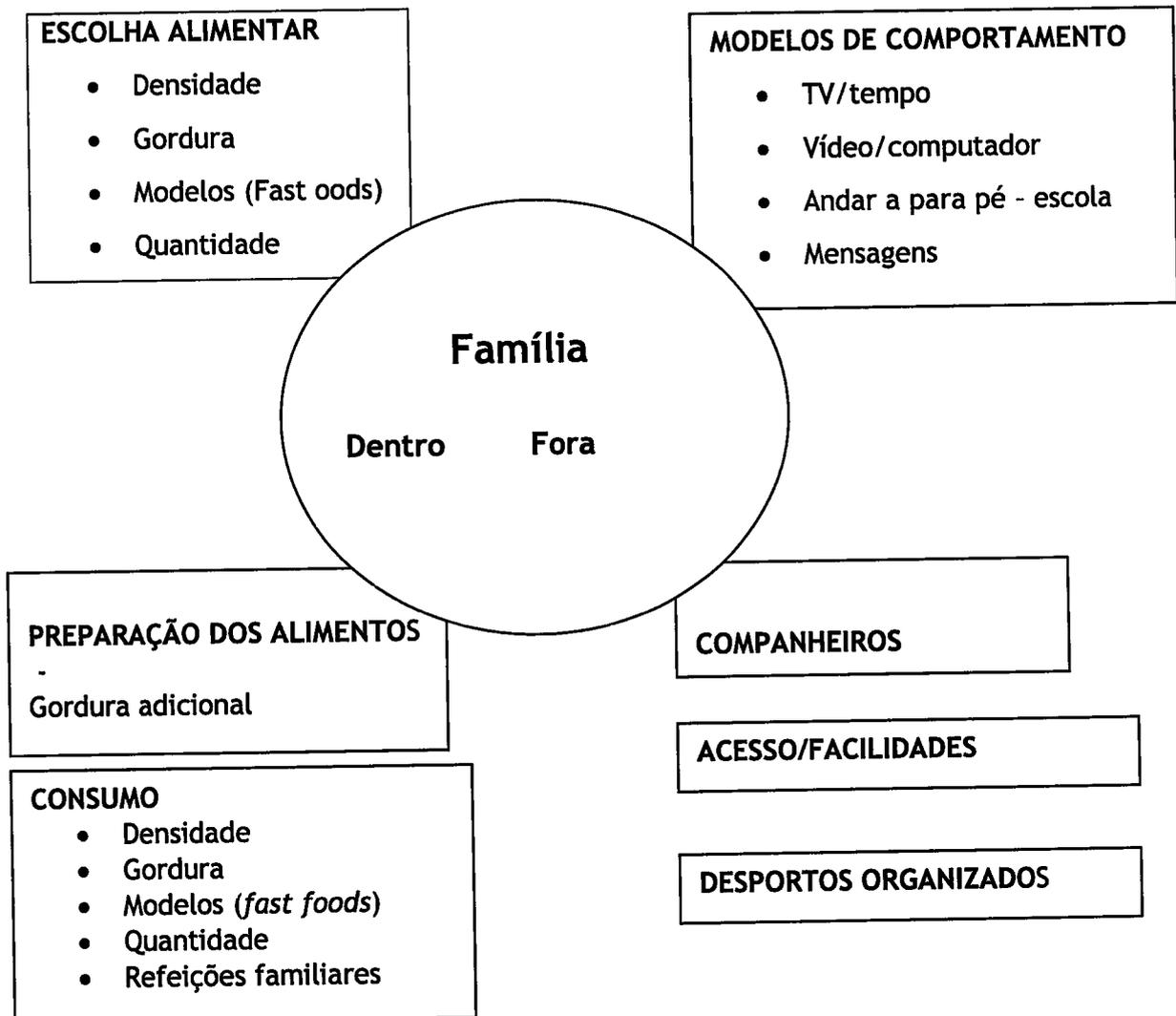
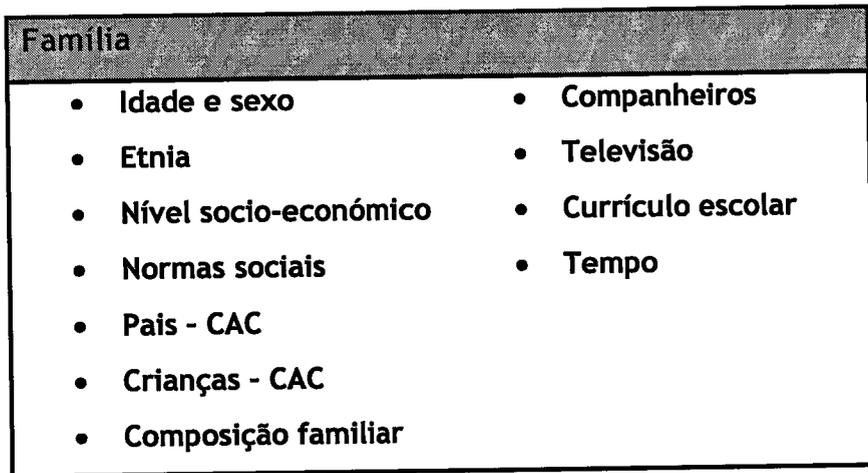
A estratégia de intervenção a efectuar dá ênfase à família, escola e comunidade.

Consideram-se, no âmbito da presente intervenção, como principais estratégias as seguintes:

#### **1- Família - Base da abordagem para a prevenção da obesidade**

O modelo lógico desenvolvido para a família - base da abordagem para a prevenção da obesidade está representado na figura nº 3. Este modelo lógico baseia-se no que é conhecido ou pode ser logicamente assumido como potenciais factores familiares modificáveis que afectam a ingestão alimentar e os modelos de actividade física que podem promover a obesidade.

A idade, sexo, etnia, normas sociais, nível socioeconómico e composição familiar, tal como o conhecimento dos pais, atitudes e crenças (CAC) e o conhecimento, atitudes e crenças das crianças, são na opinião de Dietz et al. (2001) características que afectam tanto a ingestão alimentar como a actividade física. Embora pouco se saiba acerca do efeito que estes factores têm nos padrões alimentares ou nos modelos de actividade física das crianças e dos adolescentes, o esforço para mudar os conhecimentos dos pais, as atitudes e as crenças e a prática no sentido de alimentar as crianças e de controlar o tempo que as crianças passam a ver televisão iriam teoricamente afectar tanto a energia ingerida como a energia dispendida, e por conseguinte representam uma estratégia lógica para prevenção.



Adaptado de Dietz et al. (2001)

Figura 3 - Modelo lógico desenvolvido para a família - base da abordagem para a prevenção da obesidade

Segundo o modelo sugerido por Dietz e tal (2001) e adaptado para esta estratégia de intervenção a ingestão energética está relacionada com vários factores: por uma lado com a qualidade dos alimentos levados para casa; e por outro com a exposição aos vários tipos de alimentos.

Como se pode verificar no modelo lógico as práticas familiares relacionadas com o consumo podem afectar a escolha alimentar, a preparação dos alimentos e e a ingestão alimentar. No que respeita à escolha alimentar, a qualidades dos alimentos levados para casa pode aumentar a ingestão calórica. Por exemplo, os alimentos com elevada densidade calórica levados com regularidade, como as bebidas açucaradas, alimentos com elevado teor de gordura e *fast foods*, representam um factor potencial para a excessiva ingestão calórica. As altas taxas de publicidade que passam na televisão durante os programas infantis têm como objectivo influenciar as escolhas alimentares das crianças. Além disso, estas escolhas têm pontos de decisão que são modificáveis tal como o conhecimento, as atitudes e as crenças dos pais através do aconselhamento dietético. A quantidade de tempo dispendida a ver televisão pode ser controlada através de um aconselhamento e de orientação dos pais.

Os dados mais substanciais identificam as interações da família com o consumo de alimentos como uma abordagem lógica para prevenir a obesidade. Na opinião de Dietz et al. (2001) nas crianças, o acesso restrito a certos alimentos faz crescer a preferência por esses alimentos; encorajando as crianças a comer pode paradoxalmente fazer decrescer a ingestão desse tipo de alimento. Estas observações sugerem que a divisão da responsabilidade entre os pais e os filhos acerca da alimentação pode ter um significativo impacto na ingestão alimentar. Os pais devem estar atentos ao que é oferecido aos seus filhos e em que momentos e as crianças devem ser responsáveis por consumir ou não o que lhes é oferecido. Esta regra reduz efectivamente os conflitos à volta da alimentação. Contudo ainda não há nenhum dado que relacione as alterações nestes comportamentos ou a implementação da divisão da responsabilidade entre pais e filhos com a fraca incidência da obesidade. Esta estratégia de divisão da responsabilidade entre pais e filhos não pode ser colocada de parte, pois constitui um potencial ponto de intervenção nas estratégias de aconselhamento.

O factor final que pode influenciar o consumo dentro e fora de casa são as refeições familiares. As crianças que jantam com os seus pais consomem mais frutos e vegetais, menos alimentos fritos, menos refeições prontas a comer e menos refrigerantes do que as crianças que não jantam com as suas famílias.

Segundo a perspectiva de Dietz et al. (2001) as práticas familiares também afectam os modelos comportamentais associados à actividade física. O tempo gasto a ver televisão tem sido relacionado com a prevalência de obesidade, existem estudos que demonstram que uma redução do tempo dispendido a ver televisão diminui o peso ganho nas crianças de nove anos e reduz o peso entre os adolescentes com excesso de peso. O uso de vídeo e o computador poderão também contribuir para a obesidade uma vez que são comportamentos sedentários, embora ainda não existam estudos que confirmem esta relação.

Uma das actividades que pode fazer parte da actividade física diária é ir a pé para a escola ou passear com os pais. A falta de actividade física como parte da vida diária, tal como a alteração da do agregado familiar e a alteração do meio envolvente tem contribuído para aumentar a importância da participação desportiva como fonte de exercício físico entre as crianças e os adolescentes.

### **Estratégicas de intervenção**

Muitas intervenções têm o potencial de influenciar não só modelos familiares de ingestão alimentar mas também os de actividade física. Para os pais das crianças mais jovens, os prestadores dos cuidados de saúde primários podem oferecer antecipadamente guias de aconselhamento que tem o potencial de influenciar as práticas paternas, os conhecimentos, as atitudes e as crenças das crianças. Os objectivos preconizados por este aconselhamento incluem a divisão de responsabilidades entre pais e filhos respeitando a ingestão alimentar e a redução do tempo dispendido a ver televisão. Os esforços para diminuição da ingestão alimentar devem incidir sobre as potenciais fontes calóricas, tal como refrigerantes, *fast foods*, ou dos alimentos muito calóricos divulgados na televisão. A estratégia mais apropriada não é comprar estes alimentos e impedir o seu acesso, mas sim não os adquirir.

Uma segunda estratégia a qual poderá alterar as práticas alimentares das famílias das crianças obesas será a realização de sessões efectuadas por dietistas sobre cozinha saudável, estas sessões têm como objectivo capacitar os pais das crianças obesas de forma a cozinhar com menos gordura no sentido de diminuir a ingestão calórica. Através destes cursos capacita-se a família a elaborar uma alimentação mais variada a qual se torna mais agradável para a criança. É importante desmistificar a palavra dieta, a qual se torna muitas vezes para a criança obesa num sinal de frustração, restrição daquilo que mais gosta, o que é proposto à criança não é uma dieta restritiva, mas sim uma alimentação saudável. Desta forma o dietista torna-se um importante aliado da criança obesa e da sua família

Estas sessões enquadram-se no âmbito da promoção da saúde e poderão também ser efectuadas a toda a comunidade.

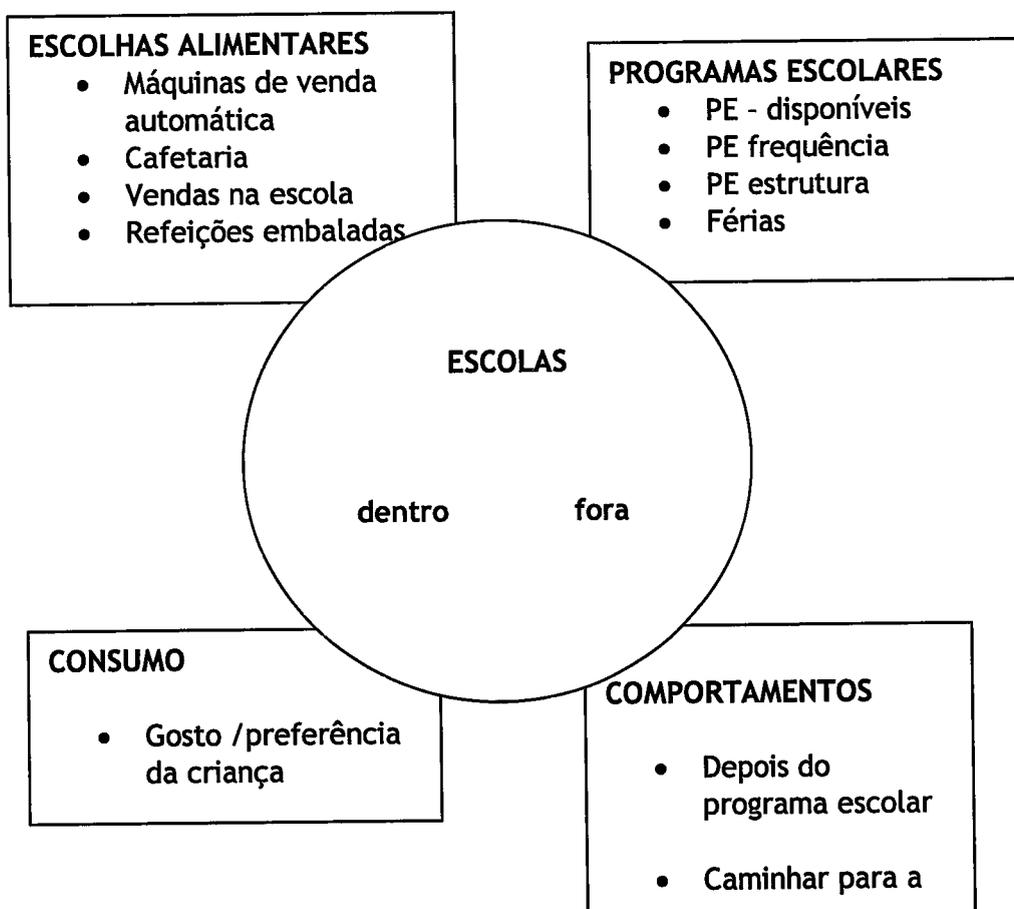
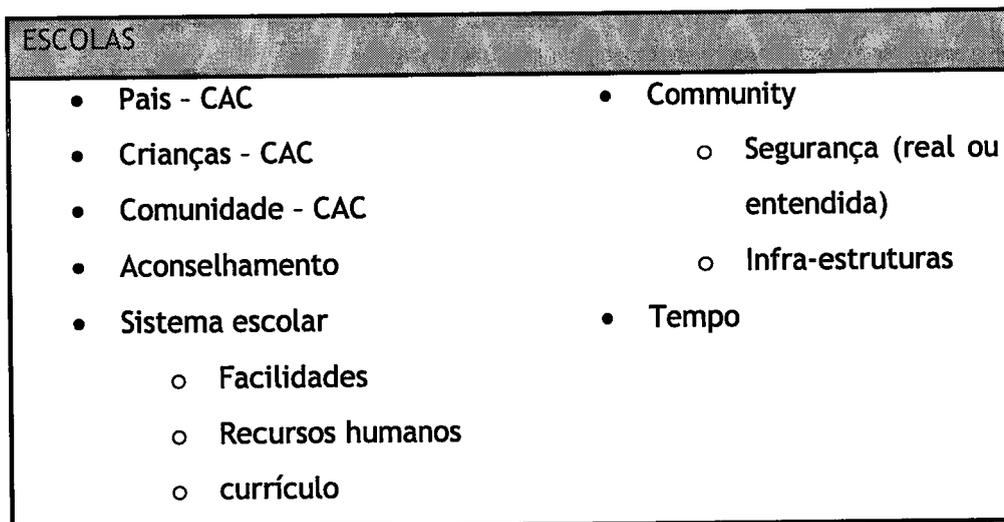
Um terceiro foco do aconselhamento deve incidir sobre o tempo gasto a ver televisão. Este tempo afecta tanto a ingestão alimentar (através da sua influência nas escolhas dos alimentos) como os níveis de actividade física, dado que substitui outras actividades que gastam mais energia.

Uma quarta estratégia deve focar-se sobre as maneiras de aumentar a actividade física como fazendo parte da rotina diária das crianças e adolescentes. Muitas intervenções focaram-se no aumento da frequência com que cada criança vai para a escola a pé.

Uma quinta estratégia deverá focar-se no aumento da actividade física familiar, deverão de existir classes de exercício físico organizado as quais devem ser frequentadas ao mesmo tempo por pais e filhos.

## **2 -Escola - Base da abordagem para a prevenção da obesidade**

Segundo a perspectiva de Dietz et (2001) programas de saúde escolar coordenados fornecem uma forte base para a implementação de um conjunto de actividades e ambientes sólidos, baseados na escola tendo como fim aumentar a actividade física e melhorar a dieta.



Adaptado de Dietz et al. (2001)

Figura 4 - Modelo lógico desenvolvido para a Escola - da abordagem para a prevenção da obesidade

Existem factores nas escolas os quais podem contribuir para a obesidade ou pelo contrário para a sua prevenção. A disponibilidade de comida e a forma como esta é preparada pode influenciar a ingestão calórica. Da mesma maneira, os programas escolares de educação física (PE) oferecem oportunidades para a prática de actividade física. O currículo (programa escolar) pode influenciar os conhecimentos, atitudes e crenças (CAC) dos pais e das crianças relativamente à nutrição e à actividade física. Da mesma forma, as políticas educativas podem influenciar a forma como a comida é preparada, a disponibilidade das máquinas de venda e a disponibilidade da comida alternativa tal como a oferta dos programas de educação física.

É importante incluir um currículo interdisciplinar nas escolas, em que em através do ensino das várias disciplinas se vão introduzindo noções como balanço energético, dieta saudável e importância da actividade física.

É também necessário avaliar a qualidade das ementas escolares e para tal é necessário fazer uma análise da sua composição, das técnicas culinária utilizadas, das quantidades de alimentos colocados no prato dos alunos e ainda da variedade da ementa.

As escolas são locais predominantemente orientados para a capacitação das pessoas, para a adopção de estilos de vida saudáveis e para a formação de condições ambientais, organizacionais e sociais mais favoráveis à saúde. Por forma a elaborar uma abordagem sistemática e holística, fundamental para a obtenção de mudanças positivas nos estilos de vida deste grupo etário e das suas famílias as quais levem à resolução deste problema é necessário uma abordagem pluridisciplinar e estratégias de cooperação intersectorial assentes em intervenções centradas na comunidade.

Neste sentido para a realização desta intervenção levantam-se necessidades de formação a nível dos:

- Profissionais de saúde;
- Professores do primeiro ciclo;

- Auxiliares de acção educativa
- Recursos humanos relacionados com a elaboração de ementas e confecção das refeições

Desta forma o dietista desempenha um papel importante, na medida em que poderá ter um papel importante na formação dos vários actores sociais sensibilizando-os para a prática diária de uma alimentação saudável e para o seu ensino. O dietista trabalha para promover e capacitar os indivíduos e a comunidade para que estejam aptos à prática de uma alimentação saudável a qual leva à promoção da saúde.

Segundo a A.D.A. (2006) o profissional de dietética está criticamente posicionado para promover comportamentos saudáveis nas crianças com excesso de peso, risco de excesso de peso a mais, ou nas crianças com peso normal. As recomendações da A.D.A. (2006) incluem programas multicomponentes comportamentalistas que incluem a família e a escola.

A família, a escola e a sociedade têm a responsabilidade de favorecer a adopção de um comportamento por parte das crianças, capaz de encontrar um equilíbrio alimentar para alcançar uma boa qualidade de vida

### **Avaliação do plano de intervenção**

A avaliação da eficácia e eficiência do plano de intervenção será elaborada através dos seguintes indicadores:

- Cálculo da prevalência da pré-obesidade e da obesidade infantil antes da aplicação da intervenção;
- Cálculo da prevalência da pré-obesidade e da obesidade infantil após a aplicação da intervenção;
- Avaliação dos níveis de actividade física praticados pelos alunos antes e após a aplicação da estratégia.

Posteriormente serão divulgados os resultados para se poder tirar conclusões, a fim de encontrar novas forma de combate a esta epidemia “a obesidade”.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Abreu, E. S., Viana, I. C., Moreno, R. B., e Torres, E. A. (2001). Alimentação Mundial - Uma Reflexão Sobre a História. *Saúde e Sociedade*, 10 (2). Consultado em 3 de Março de 2005, através de [http://apsp.org.br/saúde/socieda de /X\\_2/alimentacao\\_mundial.htm](http://apsp.org.br/saúde/socieda_de /X_2/alimentacao_mundial.htm).
- A.D.A. (American Dietetic Association). (2006). Position of the American Dietetic Association: Individual, Family, School, and Community Based Interventions for Pediatric Overweight. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(6), 925-945. Consultado em 9 de Novembro de 2006 através de [www.adajournal.org](http://www.adajournal.org)
- Ades, L., e Kerbauy, R. (2002). Obesidade: Realidades e Indagações. *Psicol. USP*, 13(1), 197-216. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642002000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100010)
- Agrupamento de Escolas n.º 4 de Évora. 2006. Projecto Eduactivo. Acedido em 9 de Novembro de 2006, através de <http://condevilalva.drealentejo.pt>.
- Albano, R. D., e Souza, S. B. (2001). Estado nutricional de adolescentes: “risco de sobrepeso” e “sobrepeso” em uma escola pública do Município de São Paulo. *Cadernos Saúde Pública*, 17(4), 941-947. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5300.pdf>
- Almeida, J. F., e Pinto, J. M. (1995). *A Investigação nas Ciências Sociais*(5.ªed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Amaral, P., Guimarães, F., Ribeiro, J. C., Guerra, S., Duarte, J., Mota, J. (2003). Obesidade Infantil. *Arquivos de Medicina*, 17, 9-13.

- A.O.A. (American Obesity Association). (2005). Childhood Obesity - prevention. Consultado em 6 de Fevereiro de 2006 através de <http://www.Obesity.org>.
- Argente, J., Barrios, V., Chowen, J. A., Sinha, M. K., e Considine, R.V. (1997). Leptin plasm levels in healthy spanish children and adolescents, children with obesity, and adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal Pediatric*, 131, 833-835.
- Barata, T. (2003). *Mexa-se pela sua saúde*. Lisboa: Dom Quixote.
- Becker, D., Edmundo, K., Nunes, N. R., Bonatto, D., e Souza, R. (2004). Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Ciência e Saúde Colectiva*, 9 (3), 655-667. Disponível em <http://www.nusp.ufpe.br/projetos/projeto4/Empowerment%20e%20avaliacao%20participativa.pdf>
- Bell, J. (1997)., *Como Realizar Um Projecto de Investigação*. Lisboa: Gradiva.
- Bouw, A. (2002). Obesidade e o seu impacto económico. *Patient Care*, 7(72), 94-96.
- Brauder, P., Shneider, T., Preece, C., Northmore, D., West, E., Dietrichh, L., et al. (2006). Promoting Healthy Lifestyles In Ontario Family Health Networks. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 67(Sup1), S39-S46. Disponível em <http://dcjournal.metapress.com/home/main.mpx>
- Carazo, C. F., Misena, M. P., e Puga, J. M. (1997). Obesidade infantil. *Pediatrics Integral*, 3(1), 21 - 33.
- Cardoso, J. (2004). Nutrição e doença cardiovascular - 1.<sup>a</sup> parte. *Medicina Interna*, 11(2), 70-74.

Cardoso, J. (2004). Nutrição e doença cardiovascular - 2.<sup>a</sup> parte. *Medicina Interna*, 11(3) 123-131.

Carmo H., e Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da investigação - Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta

Carmo, I. (1997). *Magros gordinhos e assim-assim*. Porto: Edinter

Carmo, I. (2001). Obesidade: A Epidemia Global. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa, série III(6)*, 6: 39-46.

Carmo, I., Carreira, M., Almeida, M. D., Gomes, L., Ruas A. M., Lima J. P., et al. (2000). Estudo da Prevalência da Obesidade. *Notícias de Obesidade*, 8,1-5

Carvalho, A., e Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde*. Loures: Lusociência.

Carvalho, S. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria empowerment no projecto à promoção da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(4), 1088-1095. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf>

Cole, T. J., Bellizi, M. C., Flegal, K. M. e Dietz, W. H. (2000). Establishing a standart definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*. 320, 1-6. Acedido em 2 de Fevereiro de 2006, através de [http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint\\_abr/320/7244/1240.pdf](http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint_abr/320/7244/1240.pdf)

Correia, P. (2004). Actividade física na infância. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 523-535.

Dâmaso, A. (2003). *Obesidade*. Rio de Janeiro: MESDI.

- D.C. (Dietitians of Canada). (2004). Community Dietitians - Trusted Food and Nutrition Experts. Consultado em 10 de Novembro de 2006, através de [http://www.dietitians.ca/pdf/CDHC\\_role\\_paper\\_March2004.pdf](http://www.dietitians.ca/pdf/CDHC_role_paper_March2004.pdf)
- Dietz, W. H. (1998). Health consequences of obesity in youth: Childhood predictors of adult Disease. *Pediatrics*, 101, 518-525. Consultado em 28 de Fevereiro de 2006, através de <http://www.pediatrics.org>
- Dietz, W. H., e Bellizzi, M. C. (1999). Introduction: the use of body mass index to assess obesity in children. *American Journal of Clinical Nutrition*. 70, 123 - 125. Disponível em <http://www.ajcn.org/cgi/reprint/70/1/123S.pdf>
- Dietz, W. H., Gortmaker, S. L. (2001). Preventing Obesity In Children and Adolescents. *Annu.l Rev. Public Health*, 22, 337-353. Consultado em 22 de Agosto de 2006, através de <http://arjournals.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.publhealth.22.1.997>
- D.G.S. (Direcção-Geral de Saúde) (2005). Programa Nacional de luta com a obesidade, Circular Normativa nº3/DGCG de 17/03/05. Consultado em 16 de Outubro de 2005, através de <http://www.dgs.pt/>
- Figueiredo, S. (2003). Etiologia e Diagnóstico. *Nascer e Crescer*, 12(3), 187-188.
- Fisberg, R. M., Slater, B., Marchioni, D. M., e Martini, L.A. (2005). *Inquéritos alimentares: Métodos e bases científicos*. São Paulo: Manole.
- Fonseca P., Gomes, L., Moura, E., Almeida A. S., e Costa Miguel. (1999). Obesidade Infantil Factores de Risco. *Nascer e Crescer*, 8, 82-83.
- Fontoura, M. (1999). Obesidade Aspectos particulares. *Revista Portuguesa de Nutrição*, 3 (1), 19 - 27.

- Fortin M. F. (1999). *O Processo de Investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Frelut M. I. (2004). *A obesidade na Criança e no Adolescente*. Nem Martins: Edições Cetop.
- Gahagan, S. (2004). Child and adolescent obesity. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 34, 6-43
- Ghiglione, R., e Matalon, B. (2001). *O Inquérito: Teoria à prática* (4.<sup>a</sup> Ed.). Oeiras: Celta Editora.
- González, M. I. (2002). *La Educación para la salud del siglo XXI - Comunicación y salud*. Madrid: Diaz de Santos.
- Hill, A. R. (1997). Body mass index a comparison between self-reported and measured height and weight. *The Journal of Public Health Medicine*. 20(2): 206-210.
- I.O.T.F. (International Obesity Task Force) (2005). EU Platform on Diet, Physical Activity and health. London. Consultado em 16 de Outubro de 2005, através de [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/IOTF\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/IOTF_en.pdf)
- Ilha, P. M. (2004). *Relação entre o Nível de Actividade Física e Hábitos Alimentares de Adolescentes e Estilos de Vida dos Pais*. Universidade Federal de Santa Catarina (Dissertação de Mestrado). Disponível em [http://www.nucidh.ufsc.br/teses/dissertacao\\_paula\\_ilha.pdf](http://www.nucidh.ufsc.br/teses/dissertacao_paula_ilha.pdf)

I.N.E. (Instituto Nacional de Estatística). Hábitos alimentares dos Portugueses alteraram-se. Acedido em Janeiro de 2006, através de [alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades](http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades)

Khan, L. K. e Bowman, B. A. (1999). Obesity a major global public health problem. *Annual Review of Nutrition*, 19, 13-17.

Koletzko, B., Girardet, J. P., Klish, W., e Tabacco, O. (2002). Obesity in Children and Adolescents Worldwide: Current Views and Future Direction - Working Group Report of the first World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and nutrition. *Journal Of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 35(2), 202-212.

Luiz, A. M., Gorayeb, R., Júnior, R. R., e Domingos, N. A. (2005). Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*, 10(1), 35-39. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v10n1/28006.pdf>

Marujo, M., e Leitão, L. (2004). Obesidade das crianças dos 11 aos 13 anos - realidade ou mito?. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 20, 457-459.

Mello, E. D., Luft, V. C., e Meyer, F. (2004). Obesidade infantil: como podemos ser eficazes?. *Jornal de Pediatria*, 80(3), 173-182. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n3/v80n3a04.pdf>

Ministério da Educação - Direcção Geral do Ensino Básico e Ssecundário (D.G.E.B.S.). (1990). *Ensino Básico - Programa do 1.º Ciclo*. Algueirão: Editorial do M.E.

Ministério da Saúde - Direcção Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde - Prioridades para 2004-2010*.(I), Lisboa: Direcção-geral da Saúde

- Moran, R. (1999). "Avaliação e Tratamento da Obesidade na Infância". *American Family Physyan*, 10, 20-30.
- O.M.S. (Organização Mundial de Saúde). (1986). "Ottawa Charter for health promotion, an internacional conference on health promotion: The move towards a new public health", Ottawa. Disponível em <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/charter.pdf>
- O.M.S. (Organização Mundial de Saúde). (1998). *Health promotion Glossary*. Geneva. Disponível em [http://www.who.int/hpr/HPH/docs/hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/HPH/docs/hp_glossary_en.pdf)
- Oliveira, A. M., Cerqueira, E. M., Souza, J. S., e Oliveira A. C. (2003). Sobre peso e obesidade infantil: Influência de factores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo*, 47(2), 144-150. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ababem/v47n2/a06v47n2.pdf>
- Oliveira, C. L., Mello, M.T., Sintra, I. S., e Firsberg, M. (2004). Obesidade e síndrome metabólica na infância e na adolescência (versão Electrónica). *Revista de Nutrição*, 17(2), 237-245. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rn/v17n2/21136.pdf>
- Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira. P., e Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9 year old portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002. *American Journal of Human Biology*, 16, 670-678
- Pereira, J., e Mateus, C. (2003). Custos Indirectos da obesidade em Portugal. *Revista Portuguesa de saúde Pública*, 3, 65-80. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-depublicacoes/revista/2000-2007/pdfs/E-06-2003.pdf>

- Peres, E. (1996). *Emagrecer - Porque se engorda e como se emagrece*, Lisboa: Editorial Caminho.
- Polit, D., Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*(3.<sup>a</sup> ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Quivy, R., e Campenhoudt, L. (2003). *Manuel de investigação em Ciências Sociais*(3.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Gradiva.
- Reis, J. P. (2003). Obesidade Infantil e Seus Afluentes. *Anamnesis*, 12(124), 8-11.
- Rippe J. M., e Yanovski, S. Z. (1999). Obesidade - Uma doença crónica, *Patient Care*. 4, 26 - 36.
- Rodrigues, È. M., e BOOG M. C. (2006). Problematização como estratégia de educação nutricional em doentes obesos. *Cadernos de saúde Pública*, 22(5), 923-931. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/05.pdf>
- Rodrigues, M., Pereira, A., Barroso, T. (2005). *Educação Para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores para a Saúde*. Coimbra: Formasau.
- Romanelli, G. (2006). O significado da alimentação na família: Uma visão antropológica. *Medicina*, 39(3), 333-339. Consultado em 5 de Novembro, 2006, através de <http://www.fmrp.usp.br/revista/2006/vol39n3>
- Rotenberg, S., e Vargas S. (2004). Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 4(1), 85-94. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n1/19984.pdf>

- Santos, L. A. (2005). Hábitos alimentares de crianças do 1.º C.E.B. - Um estudo de caso. Universidade do Minho (Dissertação de Mestrado). Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3150/3/tese%20final.pdf>
- Shils, M. E., Olson, A. J., Shike, M. A., e Ross, A. C. (2003) *Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença*(9.ª ed.). Manole.
- Sigulem, D. M., Taddei, J. A., Escrivão, M. A., e Devincenzi, M. U. (2001). Obesidade na Infância e na Adolescência. *Compacta Nutrição*, 2(1), 3-18. Disponível em <http://www.pnut.epm.br/compacta.htm>
- Silva, L. F., Vieira, C., e Soares, B. (2000). Práticas e Lógicas Quotidianas da Alimentação. *Conferência apresentada no IV Congresso Português de Sociologia*, Coimbra: Faculdade de Economia de Coimbra.
- Silva, L. F. (2002). *Promoção da Saúde*. Lisboa: universidade Aberta.
- Soar, C., Vasconcelos, F. A., Assis, M. A., Grosseman, S., e Luna M. E. (2004). Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares de uma escola pública de Florianópolis, Santa Catarina. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 4, 391-397. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n4/a08v04n4.pdf>
- Sociedade Brasileira de Diabetes. (2006). A importância da Educação nutricional. Consultado em 9 de Outubro de 2006, através de <http://www.diabetes.org.br>.
- Sotelo, Y., Colugnati F. A., e Taddei J. A. (2004). Prevalência de sobrepeso e obesidade entre escolares da rede pública segundo três critérios de diagnóstico antropométrico. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 233-240. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/40.pdf>

Sousa, J. (2003). *Obesidade Juvenil*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública (Dissertação de Mestrado).

Srauts, R. (2003). Influence of the home environment on the development of obesity in children. *Pediatrics*, 103, 1-13.

Tomkins, A. (2006). Measuring obesity in children: what standards to use?, *Jornal de Pediatria*, 82(4), 246-248. Consultado em 16 de Outubro de 2005, através de <http://www.scielo.br/pdf/jped/v82n4/v82n4a03.pdf>

Vasconcelos, N. A., Sudo, I., e Sudo, N. (2004). Um peso na alma: O corpo gordo e a mídia. *Revista Mal-estar e Subjectividade*. IV (1), 65-93. Disponível em <http://www.unifor.br/notitia/file/168.pdf>

Veloso, P. (2006). *Dieta sem castigo o melhor para o meu filho*. Porto: Porto.

Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4(XX), 611-624. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n4/v20n4a06.pdf>

Winterfeldt, E., Bogle, M., e Ebro, L. (2005). *Dietetics - Practice and Future Trends*(2.<sup>a</sup> ed.).Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.

Woiski, J. R. (1995). *Nutrição e Dietética em Pediatria*(4.<sup>a</sup>ed).São Paulo Atheneu.

Worsley, P. (1983). *Introdução à Sociologia*(5.<sup>a</sup> ed.).Lisboa: Dom Quixote.

# **Anexos**

## **Anexo 1**

### **Características do padrão alimentar ocidental**

### Características do padrão alimentar ocidental

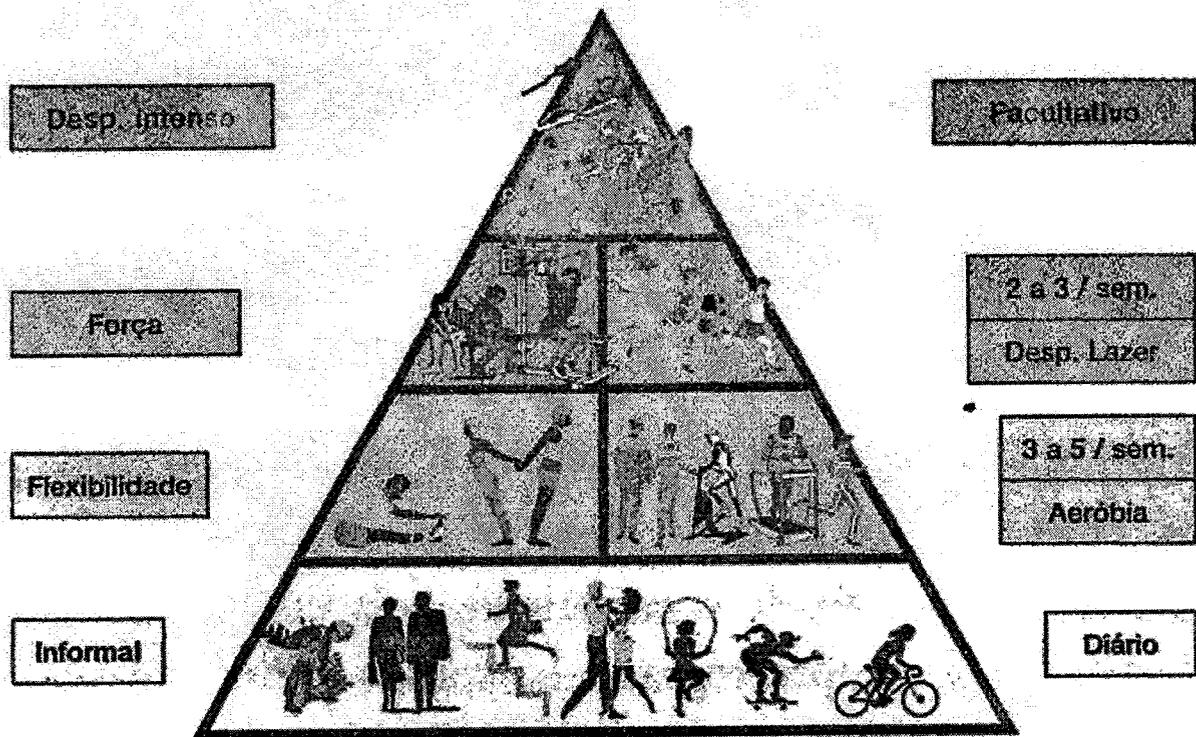
1. <b>Energia</b> - excesso de calorias em relação aos gastos progressivamente menores com a actividade muscular no trabalho e no lazer.
2. <b>Quantidade de gorduras</b> - muito superior ao limite saudável (emprego culinário excessivo de óleos e gorduras alimentares; preferência crescente da carne e processados cárneos; abuso de molhos, pronto a comer, sobremesas e laticínios gordos).
3. <b>Natureza das gorduras</b> - preferência pelas saturadas e degradadas pelo calor. Ingestão elevada de colesterol e adopção de combinações de alimentos e de confecções culinárias que favorecem a sua absorção digestiva e dificultam a sua eliminação nas fezes.
4. <b>Farináceos</b> - redução progressiva do consumo. Preferência por produtos cerealíferos espoados e polidos. Abandono de leguminosas secas.
5. <b>Produtos hortícolas e frutos</b> - utilização de crescente e irregular. Monotonia das espécies disponíveis. Preferência crescente por sumos e refrigerantes em detrimento de frutos naturais. Rejeição das águas de cozedura.
6. <b>Álcool</b> - crescimento acentuado do consumo, que se torna diário e frequentemente fora das horas das refeições. Primazia da cerveja e das bebidas destiladas em detrimento do vinho.
7. <b>Carne, peixe e ovos</b> - preenchem crescentemente o espaço dos fornecedores proteicos em detrimento dos de origem vegetal. Predomínio claro de carnes e seus derivados, os quais contribuem para o excesso de gorduras e colesterol alimentares.
8. <b>Açúcar</b> - consumo maciço ao natural ou em produtos que o empregam (refrigerantes, doces, compotas, caramelos, conservas de produtos hortícolas, processados cárneos).
9. <b>Sal</b> - limite saudável ultrapassado por exigência da cozinha rápida e pela utilização em produtos processados.
10. <b>Culinária</b> - Monótona, salgada, engordurada e desequilibrada por combinações não proporcionadas dos vários grupos de alimentos.

Cardoso (2004) adaptado de Emílio Peres (com autorização)

## **Anexo II**

### **Pirâmide da Actividade Física**

## A pirâmide da actividade física



A pirâmide da actividade física, por analogia à pirâmide alimentar, já mais conhecida do grande público. Cada andar é tanto mais necessário quanto mais abaixo está situado na pirâmide. De baixo para cima aumenta a intensidade dos esforços. No andar inferior temos as actividades mais ligeiras que integram a actividade física informal, que são **NECESSÁRIAS** todos os dias. Os andares seguintes já se referem a actividades estruturadas. Dentro destas verifica-se que o trabalho aeróbio geral é o mais necessário pois deve, pois deve ser praticado de três a cinco vezes por semana. O trabalho de força basta duas vezes por semana. Os jogos desportivos são outra alternativa. No último andar esta o desporto de competição, que se pode permitir mas que não é necessário.

# **Apêndices**

## **Apêndice 1**

### **Inquérito por questionário**

Inquérito - hábitos alimentares

Quest. N.º \_\_\_\_\_

Escola \_\_\_\_\_

Ano de Escolaridade \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_

Sexo F  M

Peso \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_

I.M.C. \_\_\_\_\_

Percentil de I.M.C. \_\_\_\_\_

1 - Comes diariamente todos os grupos da Roda dos Alimentos?

Sim

Não

2 - Quantos copos de leite bebes por dia?

Nenhum

3 copos

1 copo

4 copos

2 copos

5 copos ou mais

2 -1 - Como bebes o leite?

Simples

com Chocolate

Café

outro

qual \_\_\_\_\_

Açúcar

3 – Quantas vezes comes pão durante o dia?

Nenhuma  1  2  3  4  Mais

3-1) Que tipo de pão costumás comer

Carcaça  Pão de forma

Pão de segunda

4 - Quantas refeições fazes por dia?

1 refeição  2 refeições   
3 refeições  4 refeições   
5 refeições  6 refeições ou mais

5 – Tomas o pequeno –almoço antes de ires para a escola?

Sim  Não

6 - Bebes refrigerantes?

Sim  Não

6.1 Quantos copos de refrigerantes bebes por dia?

1 copo  2 copos   
3 copos  4 copos   
5 copos ou mais

7 - Comes sopa ao almoço e ao jantar?

Sempre  Nunca   
Às vezes

7-1) Que tipo de sopa comes?

\_\_\_\_\_

8 - Comes maior quantidade de vegetais e frutas do que de carne?

Sim  Não

9 - Comes carne diariamente?

Sim  Não

9-1) Que tipo de carne comes mais vezes ?

\_\_\_\_\_

—

10 - Comes peixe diariamente?

Sim  Não

10-1) Que tipo de peixe comes mais vezes?

\_\_\_\_\_

11 - Quantos ovos comes por semana?

Nenhum  1 ovo   
2 ovos  3 ovos   
4 ovos  5 ovos ou mais

12 - Como preferes os ovos?

Estrelados  Omelete   
Cozidos   
Mexidos

13 - Usas molhos à refeição?

Sempre  Às vezes   
Nunca

14 - Comes fruta diariamente?

Sim

Não

15 - Quantas peças de fruta comes por dia?

1 peça

2 peças

3 peças

4 ou mais peças

16 - Comes Fast – food (hamburgueres, pizzas, cachoros)?

Sim

Não

16.1 Quantas vezes por Mês?

1

2

3

4

5

6 ou mais

16.3 Vais ao restaurante de comida fast-food

Sim

Não

16.2) Com quem vais?

---

17 – Que tipo de confecção comes mais vezes?

Frito

assado

estufado

Cozido

grelhado

Variada

18 – Costumas comer cereais?

sim

não

18-1) Que tipo de cereais?

Com chocolate  Simples

Outro  qual \_\_\_\_\_

19 – O que comes ao meio-da-manhã na escola?

Fruta  Bolo

Bolachas  Leite escolar

Pão com chocolate  Iogurte

Batatas fritas  Outro

Qual \_\_\_\_\_

20 – Onde almoças durante a semana?

Casa  refeitório escolar  casa dos avós

21 – Quantas vezes comes doces ao longo do dia?

Nenhuma  1  2  3  4

5  6 ou mais

22 – Que tipo de doces comes?

Bolos  Bolachas  Chocolates  Gelados

Gomas  Rebuçados

23- Qual o teu prato preferido? \_\_\_\_\_

23-1) Costumas comê-lo com regularidade?

Sim  Não

## **Apêndice 2**

**Carta enviada para o conselho executivo das escolas**

Ex.º Sr.º  
Presidente do Conselho  
Executivo do Agrupamento de  
Escolas .....

**Assunto: Investigação – Hábitos Alimentares e Prevalência da Obesidade Infantil nas Escolas do 1.º Ciclo do Distrito de Évora**

Graça Raimundo, dietista a trabalhar no Hospital do Espírito Santo Évora, estando neste momento a frequentar o I Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional em Saúde ministrado pela Universidade de Évora e pela Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa, para efectuar a investigação sobre Hábitos Alimentares e Prevalência da Obesidade Infantil nas Escolas do 1.º Ciclo do Ensino básico do Distrito de Évora, a qual foca um tema que cada vez mais é causa de discussão “ obesidade Infantil”, necessita da vossa colaboração ao autorizar a realização do questionário sobre hábitos alimentares.

Caso seja autorizada a execução do citado questionário, os alunos irão levar para casa uma carta de apresentação do referido estudo, a fim de os pais autorizarem a recolha de dados aos seus educandos.

No final de referido estudo as conclusões serão enviadas a V. Ex.ª podendo até servir como base para alguma reflexão sobre esta problemática.

Sem outro assunto de momento, com as mais cordiais e respeitosas despedidas, aguardando resposta por parte de V.Exª, o mais breve possível.

Évora, 29 de Maio de 2006

Atenciosamente

## **Apêndice 3**

**Carta enviada para os encarregados de educação**

Ex.mo Sr.  
Encarregado de  
educação

Assunto: Questionário sobre hábitos alimentares

Graça Raimundo, dietista a trabalhar no Hospital do Espírito Santo Évora, estando neste momento a frequentar o I Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional em Saúde ministrado pela Universidade de Évora e pela Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa, para efectuar a investigação sobre Hábitos Alimentares e Prevalência da Obesidade Infantil nas Escolas do 1.º Ciclo do Ensino Básico do Distrito de Évora, a qual foca um tema que cada vez mais é causa de discussão “obesidade Infantil”, necessita de realizar um questionário sobre hábitos alimentares.

Contudo para a realização do estudo é necessário a autorização por parte do encarregado de educação para que se possa fazer o citado questionário a cada criança bem como a recolha do peso e da altura dos respectivos educandos.

Vem por isso, solicitar a V.Ex.<sup>a</sup> que lhe seja concedida a referida autorização.

Atenciosamente

✂-----

Cortar pelo picotado

Autorizo  Não Autorizo  a realização da entrevista e a recolha dos dados -  
Peso e altura ao meu educando \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Assinatura \_\_\_\_\_