

Saúde e Obesidade – percepções de pais de crianças e/ou adolescentes com sobrepeso ou obesidade

Dissertação apresentada com vista
a obtenção do 2º Ciclo em Atividade
Física e Saúde, da Faculdade de
Desporto da Universidade do Porto, ao
abrigo do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24
de Março.

Orientadora: Professora Doutora Maria Paula Maia dos Santos

Simone Medeiros de Oliveira

Porto, 2011

de OLIVEIRA, S. M. (2011). *Saúde e obesidade – percepções de pais de crianças e/ou adolescentes com sobrepeso ou obesidade*. Porto: S.M. de OLIVEIRA. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade do Desporto da Universidade do Porto.

Palavras-chave: SAÚDE, OBESIDADE, PERCEÇÕES

RISCOS

“Rir é correr o risco de parecer tolo.
Chorar é correr o risco de parecer sentimental.
Estender a mão é o risco de se envolver.
Expor seus sentimentos é correr o risco de mostrar seu verdadeiro eu.
Defender seus sonhos e idéias diante da multidão é correr o risco de perder pessoas.
Amar é correr o risco de não ser correspondido.
Viver é correr o risco de morrer.
Confiar é correr o risco de fracassar.
Mas os riscos devem ser corridos, porque o maior perigo é não arriscar nada.
A pessoa que não corre nenhum risco não faz nada, não tem nada e não é nada. Elas podem até evitar sofrimentos e desilusões, mas elas não conseguem nada, não sentem, não mudam, não crescem, não amam, não vivem.
Acorrentadas por suas atitudes, elas viram escravas, privam-se de sua liberdade. Somente a pessoa que corre risco é livre...”
(Léo Buscaglia)

Sou livre ...

Agradecimentos:

Pai e mãe, obrigada pelo carinho, pela educação, pelas oportunidades de crescimento, pelo apoio incondicional;

Victor, obrigada pelo incentivo e compreensão;

Professora Paula, obrigada pela orientação;

Professora Luísa Aires e Socióloga Carina, obrigada pela ajuda;

Aos pais, crianças e adolescentes envolvidos no projeto Acorda, obrigada pela contribuição.

À todos, muito obrigada!!!!

Índice geral

Agradecimentos	V
Resumo	IX
Abstract	XI
Lista de Abreviaturas	XIII
1. Introdução	01
2. Revisão bibliográfica	
2.1 O conceito de saúde	05
2.2 Fatores determinantes de saúde	08
2.3 Obesidade	10
2.4 Fatores associados à obesidade	14
2.5 Cuidados com a saúde e prevenção da obesidade	17
3. Objetivos	
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos específicos	19
4. Justificativa	21
5. Materiais e métodos	
5.1 Definição da amostra	23
5.2 Coleta de dados	23
5.3 Análise dos dados	25
5.4 Procedimentos éticos	25
6. Apresentação e discussão dos resultados	
6.1 Perfil sociodemográfico e características comportamentais dos pais e/ou encarregados de educação	27
6.2 O conceito de saúde na percepção dos pais	31
6.3 Cuidados com a saúde na perspectiva dos pais	34
6.4 Percepções sobre o conceito da obesidade	37
6.5 Dificuldades segundo os pais no enfrentamento da obesidade infantojuvenil	40
6.6 Estratégias dos pais no combate à obesidade	51
6.7 Benefícios em participar de projetos de prevenção à obesidade.....	53

7. Conclusão	57
8. Limitações do estudo.....	59
9. Referências Bibliográficas	61
Anexos	
Anexo 1. Formulário autoreferenciado entregue aos pais	i
Anexo 2. Guia de perguntas semiestruturado para as entrevistas	v

Resumo

O estilo da vida das sociedades atuais tem causado alguns impactos na saúde dos indivíduos, em geral devido aos hábitos de vida adotados pelos indivíduos. O sedentarismo e o desequilíbrio alimentar são os hábitos mais comuns observados nos indivíduos, refletindo em efeitos deletérios na saúde. Entre estes efeitos a obesidade é uma condição que tem apresentado altos índices de prevalência, afetando inclusive crianças e adolescentes. Fato que tem causado alarme entre os setores envolvidos com os cuidados com a saúde dos indivíduos, havendo a criação de ações de manutenção da saúde e prevenção da obesidade. Devido o caráter multifatorial que integra o conceito de saúde e a situação da obesidade, a aproximação da realidade e da percepção dos indivíduos sobre estes temas torna-se fundamental para o sucesso destas ações. O objetivo deste estudo foi analisar os conceitos de saúde e obesidade na perspectiva de pais e/ou encarregados de educação de crianças e adolescentes participantes do projeto “Acorda” com sobrepeso ou obesidade. Para tal foram obtidas informações autoreferidas sobre condições sociodemográficas e comportamentais destes pais, também foram realizadas entrevistas com estes afim de obter suas percepções sobre saúde e obesidade. Através da análise de conteúdo das entrevistas foram extraídas 6 categorias para discussão, envolvendo percepções sobre os conceitos de saúde e de obesidade, os cuidados com a saúde, as dificuldades e as estratégias dos pais no enfrentamento da obesidade e os benefícios da participação no projeto de intervenção. Os resultados obtidos revelaram a importância da divulgação dos fatores que integram o conceito de saúde e de obesidade, bem como a associação destes com os hábitos adotados pelos indivíduos e sua relação com a manutenção da saúde e prevenção da obesidade. A percepção da importância dos hábitos saudáveis, em destaque a atividade física e a alimentação adequada, para a manutenção da saúde e prevenção da obesidade ficou bem evidenciada pelos pais. Todavia, também foram observadas algumas situações que podem estar dificultando a adoção dos hábitos saudáveis no meio familiar, ressaltando a necessidade de maiores esforços por parte dos agentes envolvidos com os cuidados da saúde.

Palavras-chave: SAÚDE, OBESIDADE, PERCEÇÕES, PAIS

Abstract

The modern style of life in society has caused some impacts on health, in general due to lifestyle adopted by individuals. Sedentary lifestyle and unhealthy food habits are the most common habits that reflect in deleterious effects on health. Among these effects, obesity is a condition with high prevalence rates, affecting also children and adolescents. Due to the multi factors that integrate the concept of health and also the etiology of obesity, individual's perceptions on these issues are fundamental to the success of actions. The objective of this study was to analyze the concepts of health and obesity from the perspective of parents and/or guardians of overweight or obesity children and adolescents participants of the "Acorda" intervention program. Socio demographic and behavioral characteristics of parents were obtained by auto-refer questionnaire. Interviews were conducted to obtain their perceptions related to health and. Through content analysis of the interviews 6 categories were extracted, involving health's perceptions and obesity's perceptions, the health's care, the difficulties and the strategies of the parents in confront the obesity in their child/adolescent and the benefits of participation in intervention project. The results revealed the importance of dissemination of the factors that are part of the concept of health and obesity, as well as the association of these factors with the habits adopted by persons and their relationship with the health's maintenance and obesity's prevention. Perception the importance of healthy habits, highlighting the physical activity and proper nutrition, for the maintenance of health and prevention of obesity was quite evident by the parents. However, we have also observed some situations that may be hindering the adoption of healthy habits in the family, emphasizing the need for greater efforts of the agents involved with health care.

Key Words: HEALTH, OBESITY, PERCEPTIONS, PARENTS

Lista de abreviaturas

OMS - Organização Mundial da Saúde

WHO – Word Health Organization

IASO – International Association for the Study of Obesity

IMC – Índice de Massa Corporal

IOTF – International Obesity Task Force

CIAFEL - Centro de Investigação de Atividade Física, Saúde e Lazer

1. INTRODUÇÃO

O estilo de vida das diversas sociedades contemporâneas tem sido marcado pela associação de práticas inadequadas à saúde, de forma que em geral os hábitos e os comportamentos adotados pelos indivíduos passam a ser moldados segundo a rotina do dia a dia da atual sociedade moderna. Segundo a Direção Regional Européia da Organização Mundial da Saúde (2006), o quotidiano da sociedade do século XXI tem proporcionado uma queda nas oportunidades da prática da atividade física. Aliada a este fato, a adoção de uma dieta com alto teor energético (Popkin & Gordon-Larsen, 2004; Kearney, 2010) também tem favorecido o surgimento de condições prejudiciais à saúde.

Segundo Almeida-Filho (2004), estes novos comportamentos têm acarretado num desequilíbrio da saúde dos indivíduos, acentuando a possibilidade do desenvolvimento ou agravamento de debilidades da saúde, em especial as doenças crônicas como a diabetes, as cardiopatias, a obesidade, o câncer entre outras. Destas consequências resultantes do novo estilo de vida da sociedade, nos últimos tempos a obesidade surge como o fator de risco que tem despertado grande atenção aos setores relacionados com cuidados de saúde, em especial por estar atingindo um elevado índice em crianças e adolescentes.

A implantação de projetos de promoção de saúde e prevenção de agravos é uma das ações na área da saúde que atualmente tem destaque nas intervenções propostas pelas entidades envolvidas com os cuidados de saúde dos indivíduos (Ferreira & Najar, 2005), sendo as estratégias de mudança de estilos de vida as mais empregadas no combate à obesidade.

Benefícios e sucessos têm sido obtidos através destes programas de tratamento e de prevenção à obesidade, ratificando a eficiência dessas opções consideradas mais saudáveis. Uma vez que, a opção por um estilo de vida mais ativo e saudável além de contribuir para o gasto energético, proporciona um estado de manutenção e de protecção do organismo dos indivíduos, estabelecendo assim um quadro favorável a um estado de saúde adequado para o organismo e suas necessidades diárias.

Quer seja uma atividade organizada (exercícios planejados em ginásios ou escolas e afins) ou não (lazer em parques e espaços públicos, brincadeiras em grupos ao ar livre, atividades domésticas, etc...), a atividade física proporciona um maior dispêndio de energia armazenada, contribuindo no combate ao acúmulo excessivo de gordura, situação que caracteriza a obesidade. E quando praticada de forma regular pode contribuir na melhoria da qualidade de vida (Gordia et al, 2009).

Fato que tornou a prática da atividade física uma das estratégias consideradas por todos os diferentes segmentos profissionais da área da saúde como excelente meio minimizador e facilitador na busca de soluções para os agravos ou debilidades na saúde dos indivíduos. De forma que tem sido elemento integrante nos tratamentos não-medicamentosos em situações de agravos ou debilidades da saúde, principalmente no caso das doenças crônicas (Warburton et al, 2006) e em especial nos casos de obesidade.

Todavia, nas situações onde a obesidade está instalada faz-se necessária uma intervenção ampla que atinja todos os dispositivos que estejam envolvidos neste contexto. De forma que a identificação das intenções e das motivações dos indivíduos passa a ser fundamental visando a adoção e a manutenção de um estilo de vida ativo (Madureira et al, 2009) e saudável, uma vez que a base do problema da obesidade parece estar fundamentada nos comportamentos adotados pelos indivíduos afetados.

Em geral, o cenário observado nas situações de obesidade é composto por um meio propício a este diagnóstico: baixo nível de atividade física e maus hábitos alimentares. Sendo que as ações empregadas para os casos de tratamento e prevenção da obesidade devem ser integrais envolvendo o meio no qual estes indivíduos estão inseridos, afim de obter com sucesso os resultados esperados: composição corporal adequada associada a um estilo de vida saudável.

Muito já tem sido feito e estudado com relação a este problema de saúde, havendo programas de intervenção direta (onde o foco é o indivíduo afetado) ou coletiva, com ações isoladas ou combinadas, onde a finalidade é reverter a situação de sobrepeso ou de obesidade. Porém uma situação que

deve ter igual atenção dos agentes envolvidos nestes cuidados (tratamento e prevenção da obesidade) é o que pode vir a ser o ponto inicial deste quadro: o meio e as pessoas com as quais estes indivíduos obesos convivem, adquirem e estabelecem seus hábitos de vida.

Starfield (2002) propõe que o ambiente social integra os determinantes do estado de saúde, sendo que esta pode ser influenciada pelo meio social e físico, e por comportamentos que são cultural ou socialmente determinados. Logo, pode-se supor que este mesmo ambiente também tenha influência sobre as condições que afetam a saúde, neste caso condições da obesidade.

Atualmente, observa-se a preocupação em reverter o índice de obesidade infantojuvenil através de ações de promoção de hábitos alimentares saudáveis e o incremento da prática de atividade física. Mas o que ainda permanece pouco explorado é meio familiar em que a criança e o adolescente está inserido, em especial a interação e os comportamentos familiares vigentes (Shrewsbury et al, 2010).

Apesar das transformações que a sociedade vem sofrendo, o ambiente familiar parece ainda continuar a exercer uma grande influência no comportamento das crianças e dos adolescentes. Em situações de obesidade, o que vem sendo observado é que cenário familiar é um meio que proporciona este diagnóstico, geralmente havendo mais de um membro da família também nesta situação de obesidade (Fett et al, 2010). Desta forma pode-se propor que o papel da família na adoção do estilo de vida mais saudável é fundamental para moldar os cuidados com a saúde dos indivíduos, membros da família.

O efeito das ações de intervenção de controle da obesidade, segundo Thomas et al (2010) é outra questão também desconhecida, investigá-lo seria uma das soluções possíveis de atingir a integralidade nos cuidados com a saúde dos indivíduos. Siqueira et al (2009) afirmam que embora o conhecimento sobre os fatores de risco e a proteção à saúde estejam bem disseminados, pouco sabe-se à respeito da percepção populacional sobre a importância dessas exposições bem como desses fatores. Para tanto, a compreensão das percepções sobre o que é saúde e obesidade, na tentativa de aproximação das realidades vivenciadas pelas famílias, torna-se um

instrumento essencial na elaboração das prioridades e das estratégias de ação de manutenção e de prevenção de agravos na saúde dos indivíduos.

Neste contexto, surge o problema a ser investigado: o que é saúde e obesidade para os pais e/ou encarregado de educação das crianças e dos adolescentes com sobrepeso ou obesidade que participam de um projeto de intervenção de prevenção e tratamento de obesidade? E quais as dificuldades que estes pais e/ou encarregado de educação têm nos cuidados com estas crianças e adolescentes?

Assim sendo, dando prosseguimento ao trabalho, no próximo item será apresentado a revisão de literatura (item 2), na qual esta pesquisa está fundamentada, visando o aprofundamento e atualização das questões referentes ao tema saúde e obesidade. A seguir, são expostos os objetivos (item 3) do trabalho, bem como sua justificativa (item 4). E assim sendo, será apresentada a metodologia (item 5) empregada para o desenvolvimento destes fins acima referidos. Os resultados da pesquisa são apresentados e discutidos no item 6, seguida pela conclusão (item 7) final do estudo. Finalizando o trabalho são apresentadas as limitações da pesquisa (item 8) e as referências bibliográficas (item 9) que sustentam o presente trabalho.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O conceito de saúde

A trajetória da construção do conceito de saúde é assinalada por diferentes momentos históricos da sociedade e do desenvolvimento das ciências (Nery et al, 2009), de forma que sua conceitualização era influenciada pelos valores vigentes na época.

Entretanto, após a 2ª Guerra Mundial surge a Organização Mundial da Saúde (OMS), entidade que na tentativa de universalização do conceito da saúde propõe-no como sendo o “estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”; todavia esta conceitualização passa a ser alvo de críticas devido sua amplitude (Scliar, 2007). Assinalando o início de diversos debates acerca do tema, na tentativa de conceituar a saúde dentro de um consenso que contemplasse questões consideradas relevantes aos indivíduos, assegurando a existência de condições ideais para a execução da plenitude do novo conceito de saúde.

Atualmente, a saúde além de ser definida como o “estado de completo bem-estar físico, social e mental e não a mera ausência de doenças ou enfermidades” (World Health Organization [WHO], 1998), é considerada como “um recurso de vida diário e não um objetivo de vida. De forma que cada indivíduo ou coletivo tenha a capacidade de realizar seus desejos e satisfazer suas necessidades, bem como de transformar o seu meio” (WHO, 1998).

Desta forma, o termo saúde assume o caráter transcultural (Farinatti, 2008), onde além de tornar-se um direito fundamental dos seres humanos, agrega aspectos como a qualidade de vida, estruturas urbanas, oferta de oportunidades de prática de atividade física e de lazer à comunidade que passam a ser considerados elementos fundamentais na estruturação dos cuidados com a saúde dos indivíduos.

Em 1986, com a Carta de Ottawa, o conceito ampliado de saúde torna-se mais fundamentado e assegurado, uma vez que este documento baseia-se em três questões para beneficiar a saúde dos indivíduos:

- advogar saúde como uma importante dimensão de qualidade de vida;
- capacitar pessoas considerando que aquelas que não atingem seu pleno potencial de saúde podem no mínimo ser capazes de controlar os fatores que determinam sua saúde;
- mediar saúde, preceito que não é alcançado pelo setor saúde agindo de forma isolada (Rumel et al, 2005).

Este documento também trouxe à tona novos pré-requisitos para a promoção de saúde dos indivíduos como paz, acesso à alimentação, moradia, meio económico adequado, ecossistema estável e o uso sustentável (WHO, 1998).

Desta forma, o conceito de saúde juntamente com as propostas de cuidados com a saúde passam a congregiar diferentes aspectos que envolvem os diversos setores envolvidos com os cuidados da saúde, incluindo os utentes, suas necessidade e capacidades.

Situação já disseminada e atualmente explorada no setor da saúde, estando presente nas bases das políticas de saúde de algumas sociedades de países desenvolvidos ou em processo de desenvolvimento. A exemplo da região europeia da OMS, que segundo Starfield (2002), define a saúde como “a medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente”.

Da mesma forma, Carvalho (2005) considera que “a saúde é um processo ou um estado em que indivíduos e coletivos têm o máximo de capacidade para viver a vida de maneira autónoma, reflexiva e socialmente solidária”. E Nery et al (2009) definem saúde como “a capacidade que o ser humano tem de enfrentar situações novas, conflituosas, sentindo-se seguro para resolver os problemas e superar as adversidades inerentes ao próprio processo de viver.”

Todavia para Silva & Bessa (2008), “saúde é sobretudo um estado de ser, que cada pessoa define em relação aos seus próprios valores; no sentido mais abrangente, é um estado dinâmico onde a pessoa adapta-se às transformações do meio interno (variáveis genéticas, físicas, psicológicas,

intelectuais e espirituais) e externo (físicas, sociais e económicos), para manter-se bem e adaptado”.

Contudo, esta nova visão acerca da participação do indivíduo na promoção e nos cuidados da sua saúde não isenta o Estado e os setores envolvidos nos cuidados da saúde de suas responsabilidades. Suas atribuições para a concretização do desenvolvimento integral dos cuidados com a saúde dos indivíduos permanecem de forma a garantir as condições necessárias para a concretização das situações previstas no conceito ampliado de saúde.

Mas de toda forma, a agregação de novos elementos no conceito de saúde proporcionou um número alargado de condições em prol da saúde dos indivíduos. Porém, a complexidade dos processos envolvidos vem atingindo limites que desafiam a prática clássica de saúde, biomédica, baseada no modelo assistencial individualista. O que torna necessária uma adequação de práticas no setor da saúde, visando a integralidade desta atual versão do conceito de saúde.

A prática humanizada na saúde é caracterizada pela valorização do atendimento aos sujeitos (Carvalho & Luz, 2009). Mas, o modelo vigente nos cuidados com a saúde é o perfil biomédico-assitencialista, que ao longo dos tempos tornou-se enraizado nos profissionais de saúde. Modelo que cria uma dicotomia com o que é proposto no conceito de saúde, tornando-se uma barreira para a ampliação da atenção à saúde dos indivíduos.

Mas de toda forma, conforme a atual definição do conceito de saúde o indivíduo é o foco central a quem as ações são destinadas. Todavia visto a vulnerabilidade do universo da individualidade perante as realidades e as necessidades, esta é mais uma questão que dá continuidade aos debates que envolvem o conceito de saúde. Segundo Nery et al (2009), a definição sugerida pela OMS é ingênua uma vez que procura entender a saúde como um estado ideal e inalcançável de equilíbrio. Opinião a ser ponderada uma vez que o ser humano está em constante interação consigo e com o meio (social e ambiental), gerando mudanças e desequilíbrios do padrões já estabelecidos.

Para Almeida-Filho (2000), o conceito proposto pela OMS seria a reinvenção do “nirvana”. Porém Nordenfelt (2000) observa que apesar deste

cenário utópico, esta situação é uma questão que “deve ser trabalhada a fim de proporcionar uma maior diversidade de ações e condições que visem melhorias no cuidado de saúde dos indivíduos, das sociedades”.

Mas certo é que o desconforto gerado pela ampliação de um determinado conceito possibilita alterações de padrões. Em especial no setor da saúde, o surgimento de novas intervenções que poderão minimizar as carências da prática de saúde observadas atualmente no setor, trazendo à tona os problemas enfrentados pelos indivíduos que possam estar interferindo no seu estado de saúde.

Portanto, definir e colocar em prática um conceito complexo como o conceito de saúde implica em considerar aspectos fundamentais comuns à todos no planejamento das ações de intervenção, bem como compartilhar as responsabilidades.

2.2 Fatores determinantes de saúde

Pensar em saúde, nos dias atuais, implica em considerar questões no âmbito individual e coletivo, que segundo Buss & Pellegrini Filho (2007) envolvem diferentes fatores. Trabalhar com saúde, bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos, indica uma nova forma de agir onde o interesse pelas percepções, expectativas e dificuldades reais do dia a dia do indivíduo ou de uma comunidade deve assumir uma posição central no planejamento das intervenções propostas.

Na trajetória da construção do conceito de saúde, o contexto socioambiental tornou-se indispensável, visto sua influência nos comportamentos adotados pelos indivíduos. Circunstância que devido o envolvimento de um número maior de fatores, evidencia a necessidade de um esforço alargado da sociedade e do Estado visando a concretização da ampliação nos cuidados com a saúde.

A busca constante pela preservação da saúde dos indivíduos é uma situação presente desde os primórdios da humanidade, uma vez que a saúde plena era sinónimo de sobrevivência. Atualmente, a saúde faz parte do sistema

social sobre o qual nos encontramos (Schwartz, 2001), reflexo desta incessante busca pela preservação da saúde dos indivíduos.

Segundo Álvarez Castaño (2009), foi a partir do século XIX com a associação das enfermidades às inadequadas condições ambientais, económicas e alimentares que a relação entre as condições de vida das pessoas e seu estado de saúde foi estabelecida.

Todavia esta envolvimento do estado de saúde dos indivíduos com diferentes fatores parece já ter sido alvo de observação antiga. Conforme Vilela & Mendes (2000), esta ampliação do conceito de saúde remete a medicina grega com Hipócrates, que atribuía as doenças às causas naturais e considerava a saúde como o estado de equilíbrio entre influências ambientais, modos de vida e vários componentes da natureza humana. Hipócrates ainda referia que a cidade e o tipo de vida influenciavam a saúde dos habitantes, de forma que as doenças deveriam ser tratadas de acordo com as particularidades locais (Schwartz, 2001).

Segundo Carvalho (2007), esta questão dos fatores determinantes de saúde é um tema clássico de investigação, tendo como precursor teórico o modelo proposto no “Relatório de Lalonde”, marco inaugural da “Promoção da Saúde Moderna”. Que segundo o mesmo autor, este modelo era norteado pela interação de quatro variáveis: biologia humana (genética e função humana), meio ambiente (natural e social), estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde) e sistema de saúde (organização dos serviços).

Dando início a consolidação desta interação e seu impacto sobre o estado de saúde dos indivíduos, de forma que as atenções passam a envolver todo o contexto ambiental e social no qual o indivíduo está inserido. Tornando a saúde enquanto questão existencial para os indivíduos e a sociedade, uma problemática compartilhada por todos os segmentos sociais.

O cenário socioeconómico, assinalado pelo aumento das desigualdades sociais e económicas, também demonstra ser um carácter determinante sobre a saúde dos indivíduos (Álvarez Castaño, 2009). A exemplo das questões relacionadas com as condições de vida e de trabalho, que segundo Minayo (1998) qualificam de formas diferenciadas a maneira pela qual as classes e

seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito da saúde. Isso implica que, para todos os grupos ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados (Minayo, 1998).

Assim sendo, verifica-se que a saúde é suscetível a situações que podem contribuir para a maior discrepância nos cuidados com a saúde, seja a nível pessoal ou referente à oferta e ao acesso. Tornando-se fundamental uma reorganização e uma globalização no planeamento das estratégias de ações de saúde, na tentativa de aproximar a prática e a teoria, em prol da integralidade nos cuidados com a saúde. Exigindo o comprometimento dos diversos setores envolvidos na gestão dos cuidados com a saúde dos indivíduos, uma vez que a saúde pode ser afetada por diversas situações.

2.3 Obesidade

A obesidade é definida como o acúmulo excessivo de gordura no organismo, em geral obtido de forma gradual através do balanço energético positivo (WHO a, 2007), ou seja, quando o consumo energético excede o gasto energético por um longo período de tempo.

O método atualmente mais comum empregado para a sua determinação em indivíduos adultos é o índice de massa corporal (IMC) obtido através da relação Kg/m^2 , onde o valor de corte é igual ou maior a 30 kg/m^2 . Em crianças de 5-19 anos o referencial oficial da OMS é proposto pelo “*WHO Child Growth Standards*” (<http://www.who.int/growthref>, consultado em 26/01/2011), onde o valor de referência (“*cut-off*”) para obesidade é de 95 percentis ou +2 SD, equivalente aproximadamente ao IMC igual a 30 kg/m^2 (Onis et al, 2007).

No século XXI, devido o aumento do índice mundial de obesidade em um curto período de tempo, a obesidade passou a ser considerada uma situação epidémica (<http://www.iaso.org/iotf>, consultado em 26/01/2011). Uma vez que revelou um caráter nocivo à saúde dos indivíduos.

Em todo mundo, estima-se que até 2015 cerca de 700 milhões de indivíduos adultos sejam atingidos por esta epidemia (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>, consultado em 28/10/2010). Em Portugal, segundo *International Association for Study of Obesity* [IASO] (<http://www.iaso.org>, consultado em 26/01/2011) a prevalência da obesidade em homens e mulheres adultos (18 - 64 anos) é de 15% e 13,4% respetivamente, já para crianças e adolescentes com idades entre os 10 e os 18 anos, este índice é de 4,6% para o género feminino e de 5,8% para o género masculino. Mas tão relevante quanto a prevalência da obesidade, por caracterizar-se como um estágio antecessor à obesidade, os índices de sobrepeso também devem ser observados. Em Portugal estes índices são de 45,2% para homens adultos, 34,4% para mulheres adultas, 17% para crianças e adolescentes do género feminino e 17,7% para crianças e adolescentes do género masculino (<http://www.iaso.org>, consultado em 26/01/2011).

Padez et al (2005), em estudo com escolares de 7 a 9 anos observou uma prevalência de 20,3% de sobrepeso e de 11, 3% de obesidade, onde as raparigas apresentaram maior prevalência em relação aos rapazes, exceto aos 7 anos na classificação de sobrepeso e aos 9 anos para obesidade. Entre as crianças e adolescentes com idades dos 10 aos 18 anos, foi observada uma prevalência que varia de acordo com o “*cut-off point*” utilizado, sendo que segundo os critérios da IOTF a prevalência de sobrepeso e obesidade é de 21,6% para as raparigas e 23,5% para os rapazes, quando utiliza-se os valores de referência segundo a WHO, estes valores passam a ser 32,7% e 30,7% respetivamente (Sardinha et al, 2011)

Segundo Wanderley & Ferreira (2010) esta epidemia pode ser compreendida como um resultado da transição nutricional (situação referente ao estado nutricional da população) que vem ocorrendo nas sociedades, em especial nos países em desenvolvimento. Popkin & Gordon-Larsen (2004) agregam dois fatos à transição nutricional que é a transição epidemiológica (incidência de doenças infectocontagiosas e não contagiosas) e demográfica (mudança do padrão de mortalidade e natalidade). E que segundo estes

mesmos autores estas três transições estão intimamente associadas por terem sua origem comum, o desenvolvimento das sociedades.

Tendo em conta estas situações comuns à sociedade e a impotência desta sobre eles, a epidemia da obesidade passou a ser considerada pelos setores de cuidados à saúde um cenário preocupante sobretudo devido seus consequentes comprometimentos à saúde dos indivíduos. De forma que atualmente, a obesidade é considerada uma condição crónica (Cleave et al, 2010; Halpern et al, 2010), que por sua vez acarreta em fatores de risco na manutenção da saúde, na qualidade de vida e também na esperança de vida dos indivíduos.

Lee et al (2010), em análise de sobre a trajetória da obesidade ao longo da vida de indivíduos norte-americanos, apontam para o efeito cumulativo da obesidade ao longo da vida dos indivíduos e para a alta probabilidade de implicações na saúde como as doenças crónicas e a mortalidade, ocasionadas por esta exposição. Segundo Godoy-Matos et al (2009), esta persistência da obesidade na fase adulta é o maior risco de saúde oriundo da obesidade no casos de crianças e adolescentes. Nader et al (2006) verificaram que crianças com percentil acima do recomendado tendem a permanecer aumentando seu peso e consequente “*status*” corporal ao longo da adolescência. Assim sendo, devido a este impacto na saúde dos indivíduos como também ao surpreendente índice de obesidade em idades cada vez mais precoces, ocorreu um grande alerta por parte dos setores envolvidos nos cuidados com a saúde.

Todavia, o alto índice de incidência da obesidade em crianças e adolescentes parece ser uma situação que está em fase de inércia conforme as evidências encontradas por Rokholm et al (2010), que em revisão sobre estudos de diversos países referentes a prevalência da obesidade constataram uma tendência de estagnação no aumento do índice de obesidade em crianças e jovens. Mas que segundo os mesmos, não pode ser compreendida como uma indicação de reversão da epidemia, de forma que medidas de contenção e de prevenção devem continuar a existir.

Na Europa esta tendência parece também estar ocorrendo conforme sugerem Cattaneo et al (2010) e Stamatakis et al (2010), que respetivamente em análise sobre estudos de prevalência de obesidade em infantes e pré-escolares de 27 países da União Europeia e em estudo nacional com crianças e adolescentes ingleses, constatarem esta possível tendência de estagnação da até então crescente incidência de obesidade infantojuvenil.

Mas a grande problemática que persiste acerca da obesidade infantojuvenil são suas consequências sobre a saúde, refletida no crescente índice de fatores de risco e dos diagnósticos de co-morbidades associadas ao crescente índice de mortalidade. Quadros clínicos como as cardiopatias, a dislipidemia, a hipertensão e a diabetes do tipo 2 estão sendo observadas cada vez mais nos casos de obesidade infantojuvenil (Bridger, 2009; Halpern et al, 2010). Sendo agravadas quando associadas, muitas das vezes resultando em uma condição clínica cada vez mais presente em crianças e adolescentes que é o síndrome metabólico.

Em Portugal, estudos recentes revelaram a prevalência de 15,8% deste síndrome em escolares de 7 - 9 anos de idade com sobrepeso ou obesidade, tendo a obesidade abdominal e a pressão arterial elevada surgido como os fatores de risco mais frequentes relacionados ao síndrome metabólico, 100% e 62,6% respetivamente (Pedrosa et al, 2010).

Halpern et al (2010) referem que a obesidade é uma doença de difícil controle, onde o sucesso no tratamento é obtido com a mudança do estilo de vida. Sendo que estes incentivos por escolhas mais saudáveis devem ser proporcionadas o mais precocemente possível na vida dos indivíduos, afim de consolidar bons hábitos (Enes & Slater, 2010).

Assim, o incentivo à mudança comportamental, em especial por um estilo de vida ativo, estará atuando no combate à obesidade e preservando os indivíduos das doenças crónico-degenerativas, em especial à obesidade. Segundo Rahman et al (2011), a “criação” de comunidades saudáveis é uma tendência que vem tendo maior consistência nos dias atuais. Pois, uma comunidade com hábitos saudáveis influencia nos comportamentos dos demais indivíduos. De forma que a mudança de comportamento associada à atividade

física e a ingestão alimentar indica ser a grande chave deste “entrave” na saúde dos indivíduos (Enes & Slater, 2010).

2.4 Fatores associados à obesidade

A obesidade caracteriza-se como um estado multifatorial (Wanderley & Ferreira, 2010), com a agregação de elementos biológicos, socioculturais, psicológicos e económicos na sua origem. Enes & Slater (2010) sugerem que estes elementos inter-relacionam-se e potencializam-se nos casos de obesidade.

Em uma análise mais sucinta os fatores determinantes da obesidade podem ser classificados em dois níveis: proximais e distais. De forma que os determinantes proximais estão associados ao indivíduo e compreendem seus comportamentos obesogênicos, enquanto que os distais englobam as condições ambientais e socioeconómicas as quais os indivíduos estão relacionados (<http://www.hopeproject.eu>, consultado em 12/12/2010).

Ao encontro desta classificação as observações existentes sobre a atual epidemia da obesidade têm relacionado os problemas decorrentes ao estilo de vida adotado pela sociedade moderna em sua origem. De forma que os fatores determinantes de obesidade mais habituais consolidados na literatura são a mudança do padrão alimentar e a redução da prática da atividade física (Frutuoso et al, 2003), onde o saldo positivo no balanço energético prevalece e assume o protagonismo da questão.

Godoy-Matos et al (2009), afirmam que a identificação dos hábitos alimentares e ativos dos indivíduos são o ponto de partida para a modificação deste saldo energético, uma vez que são componentes modificáveis.

O comportamento de baixo índice de atividade física observado nas sociedades atuais pode ser explicado devido as facilidades e a baixa demanda energética proporcionadas pelas modernizações e avanços tecnológicos, pelo ambiente (físico e social) desfavorável à prática da atividade física (WHO b, 2007), pelas práticas de lazer passivas (Frutuoso et al, 2003) ou de baixo esforço físico.

O “*design*” das cidades atuais e a vizinhança ou a comunidade na qual o indivíduo vive, também podem estar tendo influência sobre a prática de atividade física, inibindo ou promovendo-a. Segundo Rahman et al (2011), estas constatações têm resultado no crescente número de atuações interdisciplinares no combate à epidemia, através de planeamentos urbanos e de políticas que promovam o incremento da atividade física.

Mas a diminuição da prática da atividade física parece não estar sendo atingida unicamente pelas barreiras urbanas, como também pela própria situação da obesidade já instalada. Uma vez que Camões & Lopes (2008) constatarem um decréscimo da prática de exercícios físicos e de atividades de lazer de maior vigor com o aumento do IMC em adultos portugueses. Curiosamente, esta situação inverte-se no caso de adolescentes brasileiros com sobrepeso, que indicaram estar mais envolvidos em atividade física devido seu estado de composição corporal (Dumith et al, 2010).

Já a prática alimentar observada nas sociedades (com destaque para o meio urbano) tem sofrido trágicas alterações, refletindo no estado de saúde dos indivíduos. Atualmente são observados “desvios alimentares” como o consumo insuficiente de frutas e verduras, a substituição de alimentos saudáveis “*in natura*” por alimentos industrializados, ricos em açúcares e gorduras (Rinaldi et al, 2008; Kearney, 2010).

Todavia, estas alterações não estão apenas associadas a questão do consumo e da oferta propriamente ditos, mas também às questões sociais, como sugerem Rinaldi et al (2008) e Mendonça & dos Anjos (2004), que apontam para presença feminina no mercado de trabalho como um dos motivos que afetou a oferta de alimentos mais saudáveis no meio familiar, uma vez que o preparo dos alimentos no meio familiar está em geral centrado na figura materna. E Frutuoso et al (2003), que em pesquisa com adolescentes, verificaram que estes focam a família como a principal influência na escolha dos alimentos consumidos.

A influência do meio familiar no desencadeamento de obesidade é um fato já constatado (Fett et al, 2010). Sendo que no caso de crianças e adolescentes esta interferência nos comportamentos mostra-se com maior

clareza. Costa et al (2010), analisando dados obtidos a partir de consultas pediátricas em Portugal, sugerem que a presença da obesidade no âmbito familiar (em especial nas mães) parece formar um indicador de hábitos (alimentares e de prática de atividade física) das crianças e adolescentes. Uma vez que crianças e adolescentes com pais ativos demonstram ser indivíduos mais ativos, em especial nos casos femininos (Dumith et al, 2010).

Scaglioni et al (2008) comentam que o ambiente familiar tem influência nos hábitos alimentares e no gasto energético das crianças, através das práticas adotadas neste meio. Assim, a família sendo polo de referência para crianças e adolescentes necessita ser trabalhada em conjunto nos casos de obesidade, visto a sua parcela de contribuição nos comportamentos adquiridos e adotados pelas crianças e adolescentes. Segundo Bridger (2009), as intervenções de promoção de hábitos de vida ativa e saudável devem atingir a todos os membros familiares, independente dos valores observados no peso corporal dos familiares. Uma vez que o envolvimento da família é um dos fatores que auxiliam no sucesso pretendido (Godoy-Matos et al , 2009).

Todavia, sabe-se que em geral as escolhas e as oportunidades passam por um filtro determinado pelo estado socioeconómico (escolaridade, renda, classe social, ocupação profissional) também destacado como mais um dos fatores de desenvolvimento da obesidade. Stamatakis et al (2010) constataram a forte relação existente entre o fator socioeconómico e o desenvolvimento de obesidade em crianças e adolescentes ingleses, uma vez que foi verificada a alta prevalência de sobrepeso e de obesidade em crianças e adolescentes pertencentes a categoria de baixo estatuto socioeconómico.

O que pode ser relacionado às condições de acesso e de oportunidades, pois conforme Reiff & Sichieri (2008), o fator socioeconómico influencia na oferta do ambiente no qual o indivíduo está inserido na forma ou no tipo de moradia, do local para lazer e de prática de atividade física.

Mas além da questão do acesso, o grau de escolaridade tem sido associado às escolhas por hábitos ativos, em especial nos momentos de lazer (Camões & Lopes, 2008). Surgindo assim outra questão social que pode integrar os fatores determinantes de obesidade que é a ocupação nos

momentos livres, uma vez que em adultos o grau de escolaridade pode influenciar no tempo disponível para o lazer e consequentemente na escolha e na oportunidade de praticar atividades que despendam mais energia. Que pode refletir na adoção de comportamentos e hábitos ativos do agregado familiar, pois segundo Bürgi et al (2010) o baixo grau de instrução escolar dos pais está relacionado a escolhas menos ativas e a uma pior performance física de seus descendentes.

Situação que vem ser agregada aos fatores determinantes de saúde, realçando a influência do meio no estilo de vida adotado pelas pessoas, e também evidenciando “situações-alvo” que podem ser abordadas com maior ênfase de forma que estas causem maior impacto sobre a escolha e a adesão a um estilo de vida saudável.

2.5 Cuidados com a saúde e a prevenção de obesidade

A desarmonia atribuída ao sedentarismo e aos hábitos considerados inadequados e nocivos à saúde, encontra-se bem consolidada na literatura atual. Sendo que o contexto das sociedades industrializadas e em desenvolvimento, o estilo de vida e em particular o hábito da prática da atividade física, tem sido cada vez mais um fator decisivo na qualidade de vida das pessoas (Silva et al, 2010).

Assim sendo, o incentivo à mudança comportamental, em especial por um estilo de vida ativo e mais saudável, estará atuando no combate à obesidade e preservando os indivíduos das doenças crónico-degenerativas. Segundo Rahman et al (2011), a “criação” de comunidades saudáveis é uma tendência que vem tendo maior consistência nos dias atuais. Pois, uma comunidade com hábitos saudáveis influencia nos comportamentos dos demais indivíduos.

Conforme Enes & Slater (2010), a mudança de comportamento associada à atividade física e à ingestão alimentar indica ser a grande chave deste “entrave” na saúde dos indivíduos. E assim, a relação benéfica entre a dieta alimentar adequada e a prática da atividade física frequente torna-se mais

evidente, de forma que as escolhas parecem estar diretamente relacionadas. Uma vez que parece haver uma relação direta entre o acesso à atividade física e à alimentação saudável (Reiff & Sichieri, 2008), como também entre o estado nutricional e o estágio de mudança de comportamento relacionados à atividade física (Madureira et al, 2009).

Assim sendo, a mudança dos hábitos relacionados a saúde já adquiridos pelos indivíduos, envolve uma série de componentes que serão fundamentais para a reorganização ou reprogramação dos comportamentos maléficos vigentes.

A influência do comportamento adotado pelo indivíduo sobre sua própria a saúde é uma relação conhecida, a exemplo de Fett et al (2010), que constataram a influência do comportamento no desenvolvimento da obesidade em mulheres adultas. Logo os esforços para a manutenção da saúde e prevenção de obesidade devem estar centrados na alteração dos comportamentos que estão pondo em risco a saúde dos indivíduos. De forma que haja efetivamente uma mudança, pois segundo Halpern et al (2010) e Godoy-Matos et al (2009) a mudança do estilo de vida é essencial no tratamento da obesidade.

Considerando que a fase da vida “infância-adolescência” é delineada por transformações de atitudes perante as situações que vão surgindo no decorrer deste período (Enes & Slater, 2010). Um plano de intervenção elaborado com base nas evidências (necessidades e/ou realidade) deste grupo sugere ser um instrumento de sucesso na prevenção da obesidade e nos cuidados com a saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar os conceitos de saúde e obesidade na perspectiva de pais e/ou encarregados de educação de crianças e adolescentes participantes do projeto “Acorda” com sobrepeso ou obesidade.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os pais e/ou encarregados de educação de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade participantes do projeto “Acorda”: prevalência do sobrepeso e obesidade, nível de escolaridade, hábitos de atividade física e alimentares, atividades realizadas no lazer/tempo livre;
- Descrever os conceitos de saúde e de obesidade, bem como seus fatores determinantes na opinião destes os pais e/ou encarregados de educação;
- Identificar as dificuldades no cuidado das crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesos segundo os pais e/ou encarregados de educação.

4. JUSTIFICATIVA

O interesse sobre o tema saúde, sua definição, seu significado e sua simbologia tem originado estudos e análises científicas (Almeida-Filho, 2000; Coelho & Almeida-Filho, 2002) que fazem uma reflexão à cerca da trajetória da construção do conceito de saúde, seu emprego e a realidade da sociedade moderna.

Segundo Almeida-Filho (2000), a sociedade literalmente bate à porta das instituições acadêmicas e científicas que supostamente deveriam saber o que é, como se constitui e como se promove a saúde. O que se traduz em uma enorme demanda resultante de uma ampla pressão social, política, institucional e ideológica (Almeida-Filho, 2000).

E é a partir desta demanda que têm surgido novos estudos sobre a saúde e a realidade vivenciada pela sociedade nos cuidados à saúde. Fazendo com que haja novas reflexões e interpretações do conceito ampliado de saúde, adequando as ações às necessidades e realidades das comunidades.

Para Malik (1997), o conceito de saúde vem assumindo novas dimensões com o desenvolvimento do conhecimento científico em função da cultura das populações e do reconhecimento de suas determinações biopsicossociais e económicas no mundo contemporâneo.

O modelo biomédico, antes preconizado na prática da saúde, não cabe mais no contexto atual. Para Almeida-Filho (2000), abordagens dessa ordem mostraram-se incapazes de fazer justiça à complexidade dos processos concretos relativos à vida, saúde, sofrimento, aflição, dor, doença, cuidado, cura e morte que ocorrem em agregados humanos históricos.

O que torna primordial a análise dos fatores determinantes do estado de saúde, visto a importância da compreensão do conceito ampliado do estado de saúde, seja esta por parte dos setores de saúde como dos utentes. Otimizando a elaboração e a aplicação de estratégias políticas socioeconómicas convergentes aos princípios e diretrizes preconizados pelos setores responsáveis pelos cuidados com a saúde.

A exemplo de Rumel et al (2005), que em análise do projeto “Cidades Saudáveis”, afirmam que entender a saúde de uma cidade participante do projeto implica o uso de várias técnicas e da utilização de diferentes instrumentos, que proporcionem informações acerca das percepções e dos desejos dos cidadãos. E assim sendo, ao tentar trabalhar com a promoção da saúde de uma determinada comunidade torna-se imprescindível o conhecimento do significado de saúde segundo estes indivíduos. Fato que tornará mais próximo o pesquisador da realidade vivenciada por este grupo.

Ainda, de acordo com Cleave et al (2010), o aprofundamento no conhecimento da dinâmica como da prevalência das condições crônicas são importantes para o planejamento das intervenções. Assim, a proximidade com a realidade vivenciada por indivíduos e familiares afetados por uma enfermidade, como também a sua percepção acerca da situação, torna mais objetivo o trabalho a ser realizado como também revela as necessidades e os anseios destes.

No caso da obesidade infantil e juvenil faz-se urgente esta aproximação com o intuito de conhecer e atingir de forma mais adequada e eficaz a origem desta epidemia. Uma vez que esta condição clínica já criou uma demanda específica no sistema de saúde (Costa et al, 2010).

Dunton et al (2009) em análise sobre o ambiente e obesidade na infância e adolescência, verificaram a influência de diferentes fatores (gênero, idade, fatores socioeconômicos, acesso e facilidades a equipamentos, vizinhança, etc...) na associação obesidade-ambiente físico para ambas faixas etárias.

Todavia, apesar de haver um amplo rol acerca dos fatores envolvidos na obesidade, poucos estudos concentram-se nas percepções dos familiares. E tendo-se em conta que os pais ou os encarregados de educação podem exercer o papel de modelo na construção de hábitos e comportamentos das crianças e adolescentes (Godoy-Matos et al, 2009), a importância de uma aproximação com estes torna-se fundamental no acompanhamento da epidemia de obesidade observada até então em crianças e adolescentes.

5. MATERIAS E MÉTODOS

5.1 Definição da amostra

A amostra foi constituída por pais e/ou encarregados de educação de crianças e adolescentes participantes do projeto “Acorda – Adolescentes e Crianças Obesas em Regime de Dieta e Atividade Física ”, sendo que estas crianças e adolescentes estavam em situação de sobrepeso e de obesidade, definidos de acordo com os critérios da *International Obesity Taskforce* [IOTF].

Este é um projeto realizado pelo Centro de Investigação de Atividade Física, Saúde e Lazer (CIAFEL) da Faculdade do Desporto na Universidade do Porto. Tem como objetivo aumentar o nível de atividade física através de atividades desportivas no contexto escolar. É destinado a crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos e para pais e/ou encarregados de educação das crianças e adolescentes participantes.

O projeto é desenvolvido em dois locais de intervenção: Escola Secundária de Valongo e Faculdade do Desporto da Universidade do Porto. O encaminhamento para o projeto geralmente é feito através da Unidade de Pediatria e de Nutrição do Hospital São João, cidade do Porto ou através de divulgação na escola. É um projeto com acesso gratuito e aberto a todos interessados.

5.2 Coleta de dados

A abordagem inicial foi feita mediante a entrega de um formulário (anexo 1) autoreferenciado, destinado aos pais ou ao encarregado de educação, que continha questões referentes as características antropométricas e demográficas de ambos os pais ou do encarregado de educação. Neste formulário também havia questões referentes a alguns comportamentos individuais adotados pelos pais ou encarregados de educação relevantes nos cuidados com a saúde e prevenção da obesidade. Através deste formulário

também pretendeu-se estabelecer o contato da investigadora com os pais ou encarregado de educação para a etapa seguinte da pesquisa, a entrevista.

No total foram distribuídos vinte formulários, a todos os participantes do projeto independentemente do seu IMC. O retorno dos formulários foi feito num prazo de três a sete dias posteriores a entrega, sendo que apenas nove pais aceitaram participar da entrevista (sete casos da Escola Secundária de Valongo e dois da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto).

Houveram duas situações de exclusão: uma devido a adolescente apresentar IMC abaixo de 25Kg/m^2 e outra em que apesar da mãe ter fornecido o contacto posteriormente não quis participar da entrevista. Os demais questionários não forneceram número telefónico para contacto, bem como não apresentaram todos os campos do formulário preenchidos.

Todos os integrantes da amostra eram pais de crianças ou adolescentes com sobrepeso ou obesidade, exceto em um caso onde a criança apresentava IMC recomendado mas havia sido submetida a cirurgia bariátrica no ano anterior à entrevista.

E assim após esta primeira fase, foram realizadas as entrevistas com os pais que concordaram em participar da presente pesquisa. Todos os nove casos entrevistados eram pais ou mães das crianças e dos adolescentes participantes do projeto, não havendo a participação de responsáveis de educação de criança ou adolescente institucionalizado ou que o responsável de educação que não fosse um dos pais. Em três dos nove casos da amostra, havia mais de um filho participando do projeto. Seis entrevistas foram realizadas apenas com as mães, as outras três entrevistas tiveram a participação de ambos os pais.

As entrevistas foram agendadas e realizadas pela entrevistadora conforme a disponibilidade dos pais ou encarregados de educação. Sendo que apenas uma entrevista foi realizada no domicílio dos entrevistados, e as demais ocorreram no local e no horário das atividades do projeto.

O formato utilizado para as entrevistas foi o semidiretivo (guia de perguntas pré-elaboradas que serviram de apoio ao entrevistador na condução da entrevista; anexo 2), visando a obtenção de informações mais ampla e

profunda acerca do tema em questão, garantindo assim a contemplação de todos os possíveis aspectos a serem abordados e discutidos acerca do tema da pesquisa.

5.3 Análise dos dados

Todas as entrevistas foram gravadas (através de um aparelho de MP3) e transcritas cerca de dois ou três dias após a sua realização, pela própria entrevistadora. Após a realização e transcrição de todas as entrevistas foi realizada a análise qualitativa dos dados, tendo como ferramenta o programa Nvivo que tem como objetivo auxiliar o pesquisador na categorização dos resultados.

Conforme Minayo (1994), através da pesquisa qualitativa consegue-se chegar a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenómenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Uma vez que na metodologia qualitativa não se busca estudar o fenómeno em si, mas entender o seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. O método qualitativo tem a finalidade de criar um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, ou seja, de falar de uma ordem que é invisível ao olhar comum (Turato, 2005).

5.4 Procedimentos éticos

As questões éticas previstas foram de acordo a Declaração de Helsínquia, onde os indivíduos foram antecipadamente informados em relação ao conteúdo da pesquisa realizada, bem como a respeito da confidencialidade e do anonimato na participação da pesquisa.

6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste tópico, o conteúdo extraído do formulário e das entrevistas será apresentado concomitantemente com sua discussão, na tentativa de confrontar o estado atual do conceito sobre saúde e obesidade infantojuvenil com as percepções dos entrevistados relacionadas ao tema.

Através do conteúdo dos formulários foi elaborado o perfil sociodemográfico e comportamental dos entrevistados, possibilitando a análise da relação destas características com a condição de obesidade das crianças e adolescentes envolvidas.

A partir da categorização do conteúdo das entrevistas, seis categorias foram extraídas, sendo quatro delas pré-estabelecidas (conceito de saúde, cuidados com a saúde, conceito de obesidade e dificuldades no enfrentamento da obesidade) e outras duas criadas à *posteriori* (estratégias utilizadas pelos pais no combate à obesidade dos filhos e benefícios da participação em projetos de prevenção à obesidade).

6.1 Perfil sociodemográfico e características comportamentais dos pais

As famílias que fizeram parte da amostra deste estudo eram todas constituídas por núcleo biparental, casados ou em união de fato, com uma média de dois filhos por casal. Em todas estas famílias a responsabilidade de educação dos filhos é compartilhada por ambos os pais. Em apenas uma família, o rendimento financeiro familiar provinha apenas de um dos pais (marido), nas demais o rendimento provinha de ambos que ocupavam uma posição no mercado de trabalho.

O fato de ambos os pais estarem colocados no mercado de trabalho pode ser uma situação que contribua para a incidência de obesidade de seus filhos, visto que a inserção profissional das mulheres no mercado de trabalho tem sido associada ao maior número de incidência de obesidade infantojuvenil. Conforme sugerem Rinaldi et al (2008) e Mendonça & dos Anjos (2004), as escolhas e o preparo da alimentação familiar está centrada na figura da mãe,

logo esta assumindo um papel profissional extra-domiciliar, a oferta alimentar familiar poderia ser afetada pela redução do tempo disponível da mulher para estes fins. Evidenciando um problema sociocultural a ser trabalhado também nas intervenções de combate à obesidade, de forma a descentralizar da figura materna a tarefa da preparação das refeições.

Todavia a incidência de obesidade tem sido caracterizada por um amplo rol de fatores, a exemplo do nível de escolaridade dos indivíduos, onde segundo Roskam et al (2009) há uma relação inversa entre o nível de escolaridade e a incidência de sobrepeso ou de obesidade em indivíduos adultos. Assim, pais com menor nível de escolaridade podem ser indivíduos obesos e esta condição pode refletir na incidência da obesidade em seus filhos. Uma das associações possíveis é a qualidade dos alimentos consumidos pelas crianças e/ou adolescentes, pois conforme Molina et al (2010), existe uma maior probabilidade de uma alimentação de qualidade inferior em filhos de mães com um menor nível de escolaridade.

O peso parental e o estatuto socioeconómico familiar também vêm sendo relacionados à incidência da obesidade infantojuvenil. Segundo Costa et al (2010), em análise de dados obtidos de consultas pediátricas por obesidade em Portugal, em 64% dos casos observados havia histórico familiar de obesidade, sendo em 33% dos casos a ocorrência observada na figura materna e em 18% em ambos os pais. Situação agravada pelo estatuto socioeconómico familiar, onde a influência da situação de obesidade dos pais nos valores do IMC dos filhos é agravada pela baixa condição socioeconómica da família (Semmler et al, 2009).

Fatores que puderam ser observados e que podem estar relacionados com a incidência de obesidade das crianças e adolescentes das famílias que integraram a amostra deste estudo. A associação da influência da condição da composição corporal dos pais na composição corporal dos filhos ficou evidenciada na maioria dos casos, onde em apenas um dos casos esta relação não foi constatada, pois apesar de ambos os pais terem o IMC dentro dos parâmetros considerados normais, seu filho apresentava o valor de IMC acima do recomendado. Nos demais casos, ambos os pais ou pelo menos um deles

estava com o IMC considerado de risco e tinham os filhos com sobrepeso ou obesidade. O nível de escolaridade também foi outro fator observado no presente estudo, pois, com exceção de uma família em que os pais tinham um nível de escolaridade elevado (secundário ou superior) e ambos apresentaram IMC dentro dos valores recomendados, todos os demais pais tinham um nível de escolaridade baixo (1º ciclo) e apresentavam valores de IMC acima do recomendado. Observações estas que ratificam a influência dos pais na incidência da obesidade infantojuvenil.

Mas além destes aspectos sociodemográficos, alguns comportamentos de risco adotados pelos adultos, como o tabagismo e a ingestão de bebidas alcoólicas, são observados em associação com a condição de sobrepeso e obesidade. De forma generalizada, tanto o tabagismo como o hábito de ingestão diária (1 copo) de bebidas alcoólicas estiveram atribuídos ao gênero masculino. Porém, vale ressaltar que o hábito do tabagismo também foi relatado por algumas das mães.

Comportamentos que parecem ser frequentes no meio familiar de crianças com sobrepeso e obesidade conforme pode ser constatado pelas informações obtidas através das entrevistas, uma vez que todas as famílias integrantes da amostra apresentaram pelo menos a ocorrência de um destes dois comportamentos prejudiciais à saúde e que podem estar afetando a manutenção da sua saúde e de seus filhos.

Os hábitos sedentários também têm sido alvo de pesquisas sobre os cuidados com a saúde e a epidemia de obesidade. O tempo despendido com atividades como o uso da televisão, dos jogos eletrônicos e computador vem sendo apontado como um dos fatores que mais contribuem para a obesidade em crianças e adolescentes (Rivera et al, 2010 e Sirard et al, 2010).

Comportamentos observados em crianças e adolescentes que podem estar relacionados com o nível de escolaridade dos pais, uma vez que o hábito da prática do exercício físico tem relação com o nível de escolaridade dos indivíduos (Camões & Lopes, 2008). Assim, pode-se supor que comportamentos sedentários observados nos pais integrantes da amostra do presente estudo podem estar relacionados com o menor nível de escolaridade

destes, o que poderá estar contribuindo para a ocorrência de obesidade de seus filhos. Todavia, segundo informações obtidas no questionário autoreferenciado, apesar destes pais não terem o hábito da prática da atividade física, muitos pais procuram compensar este fato positivamente, incentivando seus familiares, em especial os filhos, para a prática da atividade física.

A opção de ocupação dos tempos livres com atividades mais ativas vem contribuir para a adoção de comportamentos de maior demanda energética, contribuindo para a prevenção da obesidade. Sugerindo que em um ambiente familiar onde estas opções mais ativas são postas em prática é observado um menor índice de obesidade nos integrantes desta família. Logo, o incentivo aos hábitos mais ativos assim como a abrangência das ações de promoção e cuidados da saúde a todos os integrantes do meio familiar, em especial no controle e prevenção da obesidade, devem compor a base dos programas de saúde.

Em paralelo aos hábitos de vida ativos, a alimentação surge como fator desencadeador deste cenário epidêmico, onde o desequilíbrio na quantidade e na qualidade dos alimentos consumidos assume o protagonismo da situação. A exemplo de crianças portuguesas ($8,5 \pm 0,91$ anos) que conforme Valente et al (2010), apresentaram um alto consumo de gordura total (79,4% das raparigas e 78, 3% dos rapazes), de proteínas (65,9% das raparigas e dos rapazes) e um baixo valor de ingestão de fibras (87,8% das raparigas e 86,7% dos rapazes). Segundo Kearney (2010), a urbanização, o acesso facilitado e a diversidade na oferta alimentar atualmente observadas na sociedade moderna são alguns dos fatores apontados como elementos que influenciam o consumo alimentar e que podem ser encarados como facilitadores deste desequilíbrio alimentar observado atualmente.

Outra situação que vem sendo associada ao consumo alimentar, neste caso das crianças, é a estrutura familiar e o modo de vida familiar. De forma que o fato destas viverem com ambos os pais e terem um tempo específico bem como um local adequado para as refeições influencia positivamente na qualidade da alimentação consumida (Molina et al, 2010).

A qualidade dos alimentos consumidos entre as famílias que participaram deste estudo é uma situação que não estaria sendo afetada por essas questões de estrutura familiar e modo de vida familiar, visto todas as crianças viverem com ambos os pais e em geral não relatarem o comportamento alimentar “fora do domicílio”, com exceção da refeição do almoço que em geral é realizada pelas crianças e adolescentes nas escolas em que estudam. O que pode indicar um elemento facilitador no trabalho de prevenção da obesidade, uma vez que o modo de vida e a estrutura familiar das famílias participantes do estudo parecem adequadas para a prevenção de obesidade. Todavia, a possibilidade de um trabalho de reeducação alimentar vem reforçar a estratégia de prevenção e tratamento da obesidade, uma vez que alguns pais assinalaram a necessidade de mudança dos seus hábitos alimentares.

Assim sendo, o incentivo aos comportamentos mais saudáveis e ativos são elementos que podem estar liderando as ações de prevenção da obesidade, onde a abrangência deve ser a nível familiar, considerando a influência da família e os reflexos da adoção destes comportamentos no surgimento da obesidade.

6.2 O conceito de saúde na percepção dos pais

A conceitualização do termo saúde envolve fatores ambientais, sociais, económicos e individuais (WHO, 1998) que extrapolam as condições fisiológicas do organismo humano. Condição já consolidada pela OMS, mas que parece estar desafiando os setores envolvidos na sua análise, interpretação e execução. Situação provavelmente sustentada pelo caráter transcultural (Farinatti, 2008) e multifatorial (WHO, 1998) que caracteriza o conceito de saúde.

Diversas percepções sobre este conceito são atualmente observadas em diferentes situações. A faixa etária dos indivíduos é uma destas situações que tem apresentado desigualdades na percepção do que é saúde. Onde para indivíduos idosos observa-se um vínculo entre a saúde e a autonomia (Silva &

Bessa, 2008), contrariando a ideia da ausência de doença como principal característica do estado de saúde. Enquanto que para os adolescentes, a saúde é algo que deve ser cuidada (Garbin et al, 2009) sendo resultado da ação de múltiplos fatores (biológico, social, ecológico e espiritual), indicando a necessidade de desenvolvimento de ações conjuntas para a prevenção de doenças e promoção da saúde coletiva (Nery et al 2009).

A percepção do que é saúde entre indivíduos adultos é um tema que necessita ser mais explorado no meio acadêmico, todavia segundo os adultos que integraram o presente estudo, a ausência de doença foi relatada como o fator preditor de saúde. Porém, foi possível constatar indícios de uma percepção mais alargada uma vez que outros fatores já consolidados ao conceito de saúde, em especial fatores que envolvem hábitos e qualidade de vida, também estiveram presentes nos relatos:

“Saúde, pronto, de tudo é não ter doenças não é? Mas pronto, para não termos doença temos que ter uma vida saudável não é? Por aquilo que comemos não é? Por aquilo que deveríamos fazer e não fazemos, como fazer a ginástica ou exercícios não é? Pronto, é isso.” (E7, mãe, 37 a.)

“Eu acho que basicamente saúde é primeiro não ter doenças, não é? Por outro lado é ao mesmo tempo ter o equilíbrio mental e físico que nos dê bem-estar basicamente. Eu acho que a questão básica é essa, é... Os parâmetros eu acho que são relativos, não é? Aquilo que é conforto e bem-estar para uma pessoa e que ela considera que está bem, pode não ser necessariamente para outra, não é? Pronto e é evidente que há uma série de fatores que são aqueles que são mensuráveis que convém ter controlados para não potenciar...” (E5, mãe, 43 a.)

“Saúde é... principalmente nos alimentos, não é ? E depois também como a gente vive na maneira... há... alimentação, exercício físico... tudo. Mas principalmente nestas coisas, porque se houver uma doença aí não haja cura que cure, mas aparece muito então aí acabou... mas para mim é isso.” (E3, mãe, 32 a.)

“Ah saúde... lá está, saúde é boa alimentação, exercício físico que é coisa que a gente não faz (risos) tirando agora eles... penso que baseia-se mais nisso na boa alimentação e no exercício.” (E4, mãe, 31 a.)

“Saúde para mim é meu filho ter saúde, poder correr, poder andar e ter ... como é... ter muita saúde, não ser uma criança doente e... porque doente fica dependente precisa dos pais para tudo e assim se tem saúdinha tem tudo: pode correr, pode brincar, pode fazer tudo não é?” (E8, mãe, 45 a.)

“Olha, a saúde é o bem estar do corpo, da mente e do espírito principalmente destes 3 objetivos. Para mim é, agora quer mais especificamente? Meu primeiro ponto é este, é estando o corpo e a mente sã, depois vem o acréscimo, é fazer... o acréscimo o que é, é fazer com que a gente tenha o dia a dia bem, uma boa alimentação, hã estando bem com nós mesmas, fazer umas caminhadas como eu faço muitas vezes.” (E2, mãe, 45 a.)

Esta percepção de saúde como ausência de doença complementada por outros fatores foi também observada no questionário autoreferenciado (1ª etapa desta pesquisa). Onde ao ser solicitado a enumeração por ordem de importância de 10 fatores que integram a saúde, o fator “não ter doenças e/ou dores” surgiu seguido pelos demais fatores: “ter acesso aos cuidados médicos e/ou medicamentos”, “praticar atividade física”, “conviver com familiares e/ou amigos”, “sentir-se feliz e realizado com o seu dia a dia”, “ter um trabalho/emprego”, “ter uma morada”, “ter parques próximos de casa”, “ter uma religião/crença” e “ter um corpo/imagem bonita”.

O que talvez indique uma percepção mais alargada destes adultos, pais de crianças e/ou adolescentes em situação de sobrepeso ou de obesidade, com os fatores que integram o atual conceito de saúde. Reforçando a importância e a necessidade da inclusão de ações que abordem um trabalho multidisciplinar realizado concomitantemente com o trabalho de atividade física já realizado com os seus filhos. De forma que a informação seja disseminada à nível familiar, contribuindo para o conhecimento dos indivíduos sobre os fatores que constituem a saúde e para a adoção de comportamentos condizentes ao

caráter multifatorial do conceito de saúde. Uma vez que a plenitude da saúde é valorizada com ênfase entre alguns integrantes da amostra:

“Saúde é o que a gente pode ter de melhor, sem saúde não fazemos nada... eu acho isso, mas não sei.” (E6, mãe, 40 a.)

“Saúde tem que ser boa não é” (E1, mãe, 28 a.)

“Saúde... saúde é tudo né?” (E9, mãe, 49 a.)

Mas entre outras questões, a percepção de saúde pode por vezes ser diferenciada de acordo como nível socioeconômico, visto ser um conceito também constituído por valores socioculturais. Chaise et al (2008) observaram diferenças na percepção de saúde entre adolescentes de escolas públicas e privadas, sendo que para os alunos das escolas públicas questões como a felicidade, a alegria e o bem-estar integraram o conceito de saúde; já para os adolescentes estudantes de escola privada a saúde foi caracterizada pela ausência de doença e os hábitos de vida relacionados à alimentação e ao desporto.

Positivamente, apesar de ainda destacar-se a questão da ausência de doença e os hábitos no que se refere ao conceito de saúde, no presente estudo já foi possível constatar indícios de uma certa abrangência e inter-relação nos fatores integrantes do conceito de saúde segundo as percepções destes pais de crianças e/ou adolescentes que frequentam escolas públicas. Sugerindo a compreensão do caráter multifatorial do conceito de saúde, como também um equilíbrio sociocultural na forma de pensar e de atuar perante as questões referentes à saúde no meio familiar.

6.3 Cuidados com a saúde na perspectiva dos pais

Atualmente observa-se o aumento do incentivo de cuidados com a saúde, através de estratégias de melhorias da saúde baseadas nos hábitos de vida, no meio ambiente físico e social do indivíduo. Todavia esta é uma questão frágil visto as diferenças existentes dos padrões de saúde, que

segundo Coelho & Almeida-Filho (2002) dependem da posição socioeconômica e cultural da sociedade. Sendo que algumas diferenças entre os fatores considerados importantes para a manutenção da saúde podem variar conforme a fase de vida do indivíduo, a condição de saúde do indivíduo, a situação socioeconômica, a região geográfica (Siqueira et al, 2009).

Todavia alguns aspectos são apontados com regularidade como elementos fundamentais nos cuidados com a saúde, em especial os hábitos alimentares e a prática de atividade física. Situação que tem contribuído para a percepção dos indivíduos sobre os cuidados necessários para boa manutenção da saúde, conforme pode ser observado no presente estudo segundo os relatos obtidos nas entrevistas:

“...a gente também tem que cuidar da saúde, tem que ter é cuidado com a boca, com uma boa alimentação, que isso acho que é a parte fundamental ter educação a comer, muita gente não tem educação a comer...” (E2, mãe, 45 a.)

“Cuidados ... volta ao mesmo (risos), eu acho... que vou dizer? É certas comidas que a gente não deve comer, não comermos gorduras, batatas fritas e aquelas coisas que eles mais gostam. Que é o que está a levar a obesidade atualmente, é a comida. Sem o exercício físico também piora, sem o exercício piora...”(E4, mãe, 31 a.)

“É assim, eu acho que principalmente é aquilo que comemos não é? Aquilo que comemos porque acaba por nos afetar não é? E depois é assim, é ter uma vida sem estresse, normal não é? Pronto...” (E7, mãe, 45 a.)

“É a mesma coisa ter uma boa alimentação, isso de boa alimentação ele tem graças a Deus tem uma boa alimentação, tem uma boa alimentação até de mais. E comer muitas vezes ao dia, muitas vezes à miúdo e comer de tudo um bocado, tudo a gente precisa de tudo, tá bem que a gente faça dieta mas precisa do arroz, precisa da massa, precisa das batatas, precisa de pão, precisamos de tudo um bocadinho. Não muito mas de tudo um bocadinho a gente precisa, até da carne, do peixe, tudo de um bocadinho a gente precisa. A gente precisa de tudo um bocado.” (E8, mãe, 45 a.)

“Na alimentação principalmente, depois praticar desporto que é para se manter em forma, pronto e mais...é só isso...só isso não tem mais algumas coisas, só que agora o que vem na cabeça pronto, o fundamental é isso é alimentação, praticar desporto e ... (risos).” (E6, pai, 44 a.)

“Com a alimentação, lá está com o desporto. Ter uma alimentação saudável, por vezes não temos não é? É um corre corre pra lá e pra cá, o estresse e tudo isso eu acho que se puder evitar ótimo, não é? Que é difícil nos tempos que correm. Muito difícil.” (E9, mãe, 49 a.)

“Os cuidados é, é tratar, ter um exercício físico, uma atividade seja o que for, nem que seja pouco, nem que seja pequena porque hoje é pequena e amanhã pode ser grande.” (E2, mãe, 45 a.)

“(...) E em relação aos outros fatores, eu acho que o praticar alguma atividade física é importante, não necessariamente actividade física orientada” (E5, mãe, 43 a.)

Os benefícios da prática de atividade física e da alimentação equilibrada são componentes que vêm sendo associados ao bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos. Incentivos aos hábitos saudáveis são propostas que vêm sendo adotadas por ações de intervenção relacionadas aos cuidados com a saúde dos indivíduos.

E no que diz respeito a adesão a estes hábitos por parte de crianças e adolescentes, Costa et al (2010) ressaltam a necessidade de um alerta para a responsabilização dos pais na orientação adequada da alimentação e da prática de atividade física de seus filhos, visando a aquisição destes hábitos.

Mas os hábitos de vida não são apenas os únicos elementos considerados relevantes nos cuidados com a saúde pelos indivíduos. O acompanhamento médico ainda surge como um dos cuidados considerados importantes, conforme pode ser observado pelos seguintes relatos:

“É ir ao médico frequentemente fazer as análise para ver se está tudo bem, fazer os exames todos, fazer para ver se está tudo correto.” (E1, mãe, 28 a.)

“Ir o médico regularmente também não é? Porque se uma pessoa não vai ao médico penso que também não é bom não é? Porque se calhar há coisas que nós podemos apanhar do princípio, imaginemos um cancro, um cancro se for apanhado... normalmente se for apanhado no início em princípio tem solução não é? Agora já tarde demais não vamos lá não é?” (E7, mãe, 37 a.)

“Eu penso que há valores que nós temos que ter uma ideia, que tem que estar controlados porque ...pronto... em determinadas idades não é? ... do peso, da capacidade respiratória quando nos apercebemos que eles não são capazes de fazer coisas, pronto, por exemplo...”(E5, mãe, 43 a.)

O acompanhamento médico é uma questão que ainda prevalece na opinião dos utentes como elemento primordial nos cuidados com a saúde. De forma que a influência da orientação médica pode ser decisiva na adesão do indivíduo em programas de manutenção da saúde. Situação que reforça a importância da tentativa de um trabalho multidisciplinar que suporte as necessidades do indivíduo, proporcionando assim um ambiente adequado e propício a adesão do “tratamento” e de sua continuidade.

Associado a este fato, o interesse de outros profissionais de saúde pelo tema saúde e a aproximação destes da realidade vivenciada pelos utentes, poderia contribuir para a ampliação do conhecimento destes indivíduos acerca do tema e de todas as áreas envolvidas.

Programas de prevenção de saúde que integram equipes multidisciplinares podem vir a contribuir de forma mais ampliada e sustentada para a adesão de estilos de vida mais saudáveis. A união dos conhecimentos na área da saúde pode gerar um bem comum, com benefícios para todos e em especial para os utentes.

6.4 Percepções sobre o conceito da obesidade

A partir da epidemia diagnosticada nos tempos modernos, a obesidade passa a ter uma re-significação para sociedade, deixando de ter apenas os reflexos negativos com relação aos estigmas a ela associados (Pinto & Bosi,

2010), assumindo local de destaque nas prioridades de cuidados com a saúde física dos indivíduos, visto seu poder deletério sobre a condição de saúde.

Fato que exigiu a criação e a divulgação de campanhas de combate e prevenção, aproximando a realidade da situação epidêmica à sociedade e possibilitando a compreensão e a interpretação além das fronteiras acadêmicas. Benefício que pode ser observado nos detalhes das formulações do conceito de obesidade segundo indivíduos que integram a comunidade de utentes, pais de filhos com sobrepeso ou obesidade:

“A obesidade, a obesidade é... A obesidade é excesso de peso, lá está, relativo a alimentação que a gente tem, não é? É excesso de peso a mais que a gente devia ter da altura... Eu penso que é isso.” (E4, mãe, 31 a.)

“A obesidade sei lá é um... É a gordura, é... porque ela [filha] tinha muita gordura no corpo. Ou seja, não tinha... a massa muscular dela em comparação com a gorda ela não tinha quase nenhuma, não é? Tinha mais massa gorda do que... obesidade é isso, é gordura que está no corpo, no meu entender, pelo aquilo que a gente né entende e vai às consultas e ouve”. (E3, mãe, 32 a.)

Devido este acesso de informação, dantes mais restrito ao domínio acadêmico, a identificação dos agentes desencadeadores, das consequências e de algumas das condições de prevenção e combate a obesidade já surgem naturalmente associados à sua conceitualização:

“Para mim o que é obesidade é assim, é em primeiro lugar não ter educação a comer, segundo passo é a pessoa não sentir-se bem com ela mesma, o terceiro passo é mesmo excesso de peso.” (E2, mãe, 45 a.)

“Às vezes é meio complicado porque a gente não sabe o que há e falar né? Mas eu penso que, lá está, a obesidade é isso tudo em termos da alimentação que a gente leva e deveríamos alterar, eu sei que muitas de vezes a gente também poderia evitar certas coisas mas é isso tudo na alimentação e na falta de atividade. Que eu sei que há muita falta de tempo para fazermos atividade física.” (E4, pai, 35 a.)

Outro fato também observado que inicialmente pode melindrar muitos indivíduos, mas que retrata a realidade da condição de obesidade e ao mesmo tempo pode impactar de forma que faça o indivíduo aderir ao tratamento de obesidade, é a associação da condição de obesidade como uma condição de enfermidade, de doença.

“Obesidade é com bastante peso, uma pessoa com bastante peso e hã... Sei lá gera problemas também para as pessoas... Entra o colesterol, diabetes e essas coisas todas.” (E1, mãe, 28 a.)

“É assim eu não... Pronto eu acho que é assim, o que eu sinto com excesso de peso é até quando começa-se a perceber que a criança não se movimenta e não está bem com o seu corpo não é? Pronto, isto é que carrega o peso, a sensação que a gente tem é que eles carregam peso com eles e que não conseguem fazer as coisas pronto porque estão a carregar peso.” (E5, mãe, 43 a.)

Assim pode-se sugerir que a epidemia veio contribuir para a divulgação e uma melhor compreensão da condição da obesidade, uma vez que já é possível identificar alguns aspectos nas opiniões e percepções dos indivíduos que contribuem para a prevenção da obesidade. Todavia, há ainda muitos aspectos a serem abordados visando a aproximação da real condição de obesidade com os indivíduos, uma vez que ainda são observadas distorções a respeito do tema.

Conforme Pinto & Bosi (2010), em estudo com mulheres obesas, foi possível verificar uma realidade contrária e distorcida da percepção destas mulheres com relação a seu estado de obesidade (IMC acima de 30 Kg/m²), sendo que estas classificavam-se como “bem fortes” ou “gordinhas”, não se percebendo como obesas e distorcendo a real situação delas, criando eufemismos para tal. Lewis et al (2010) também verificaram em adultos obesos e com obesidade severa a distorção própria da realidade da sua condição de saúde, de forma que os adultos obesos consideram-se gordos e os indivíduos com obesidade severa descrevem-se como apenas como obesos.

O que revela a necessidade de maiores esforços para erradicar algumas distorções da realidade observada nas falas dos indivíduos, bem como aos estigmas e aos estereótipos negativos ainda presentes sobre o tema que podem atuar como barreiras no combate e na prevenção da obesidade.

“ Olha isso, a obesidade é uma coisa que eu nunca me...nunca soube ao certo o que é. Sei que a pessoa fica muito gorda que é o caso [refere-se a ele próprio], mas de resto ... e há obesidade e obesidade não é? Há uma obesidade mais forte, há outra mais leve como se costuma dizer, mas ao fim, ao fundo é quase a mesma coisa.” (E6, pai, 44 a.)

“A obesidade...até ainda não me inteirei bem disso, mas a obesidade é ser aquilo que eu era um monstro, um monstro. Penso que sim, um monstro.” (E9, mãe, 49 a.)

Desta forma, apesar de ser já ser possível identificar alguns aspectos positivos a respeito do conhecimento dos indivíduos sobre a condição de obesidade, observa-se que há muito o que ser trabalhado ainda com a sociedade visando a extinção de questões que podem dificultar o tratamento e a prevenção desta condição.

6.5 Dificuldades segundo os pais no enfrentamento da obesidade infantojuvenil

A complexidade no cuidado e na prevenção da obesidade é retratada pelo seu carácter multifatorial, sendo agravada nos casos de obesidade infantojuvenil onde a responsabilidade destes cuidados estão centradas nos pais destas crianças e adolescentes. Sonnevile et al (2009) em estudo com pais de crianças e adolescentes com sobrepeso listam algumas recomendações preconizadas na prevenção da obesidade e revela diversas barreiras segundo estes pais, como a dificuldade no monitoramento no tempo despendido em frente a televisão, a insegurança urbana, a preferência da criança e do adolescente, o custo financeiro de uma alimentação mais

equilibrada e da participação em atividades que promovam o aumento prática física, entre outros.

O tempo despendido com equipamentos eletrônicos (“*screen whatching*”) tem sido relacionado como um dos hábitos que contribuem para os valores elevados de IMC e dos índices de obesidade (Carvalho et al, 2006). A maior participação em atividades caracterizadas por uma baixa demanda energética como o tempo despendido assistindo televisão, o uso de computadores e jogos eletrônicos vem cada vez mais sendo associada ao aumento de peso em adolescentes (Enes & Slater, 2010). Riveira et al (2010) em estudo realizado com crianças e adolescentes brasileiras, constataram que 93,5% destas apresentavam comportamentos sedentários e que 65% destas crianças e adolescentes despendiam 3 horas ou mais diariamente assistindo televisão.

O tempo dispendido assistindo televisão também revelou uma associação entre a preferência e os hábitos alimentares de crianças, onde crianças com mais tempo dispendido assistindo televisão exclusivamente ou assistindo televisão enquanto realizavam as refeições apresentaram preferências e hábitos alimentares menos saudáveis (Hare-Bruun et al, 2011).

A relação entre o hábito de atividades menos ativas relacionadas a aparelhos eletrônicos e a incidência do sobrepeso e da obesidade foi uma característica observada no presente estudo. Segundo os pais que integraram a amostra, seus filhos dedicam mais tempo em atividades com aparelhos eletrônicos do que em atividades que requeiram um maior gasto energético:

“Mas é uma criança que perde muitas horas, se deixasse, a ver televisão. Ela é fascinada, passa o dia todo com aquilo...é para ela, é isso. Também a gente não pode criticar muito, lá está, num apartamento ela também não tem muito para onde ir.” (E7, mãe, 37 a.)

“Que acaba por ser o mal, não é? Porque assim tem a tal questão que estar muito tempo em frente à televisão também não faz bem, não é? Porque se parte deste tempo fosse a caminhar se calhar era muito melhor para saúde dela não é.” (E7, pai, 40 a.)

“[...] o único exercício físico que ela faz é na escola mesmo, na Educação Física e mais nada. Vai de vez em quando andar a pé... mas pouco, pouco. Faz mais exercício em frente ao computador que se calhar... é o melhor exercício...[ironiza]” (E9, mãe, 49 a.)

Segundo Dumith et al (2010), o aumento da prática da atividade física em adolescentes, ocorre quando há um maior engajamento destes nestas atividades durante seu tempo livre. Assim sendo, uma vez reconhecido o papel da atividade física na manutenção da saúde dos indivíduos, o incentivo a sua prática em especial nos tempos livres deve ser elemento chave na orientação de cuidados com a saúde nos casos de sobrepeso e de obesidade.

Além da ocupação dos tempos livres com atividades que promovam a prática da atividade física, a presença, a quantidade, o acesso, a localização e a distribuição de equipamentos de atividade física e de eletrônicos pelos ambientes da casa são fatores que também estarão influenciando nos comportamentos ativos ou sedentários dos membros da família (Sirard et al, 2010). O que indica que alterações no cenário domiciliar, como a presença de equipamentos de atividade física ou similares, poderão contribuir para a adoção de comportamentos mais ativos a nível familiar.

Mas outros fatores também têm tido influência negativa para a adoção de hábitos mais ativos, as condições climáticas e a oferta de espaços adequados para a prática da atividade física integram algumas das dificuldades relatadas pelos pais. Em especial, o clima frio e chuvoso e a falta de espaços adequados que possibilitem a atividade física surgiram como condições limitadoras para a prática de atividade física, seja por parte de seus filhos como também por parte dos pais.

“Depois também já é assim o tempo, o tempo também não ajuda. De inverno se calhar já não nos dá para caminhar não é? É porque está frio ou está chuva ou por aí a fora. Se calhar chegando este tempo (aponta para janela, referindo-se ao tempo estável do dia) já, já é outra, já convida. Não é? Já ajuda! Portanto, o tempo também pode ajudar a ter uma boa saúde não é? Porque

acabamos com o inverno a chegar, metemo-nos dentro de casa, se calhar sentamo-nos no sofá...” (E7, pai, 40 a.)

“O problema é que nós não temos muitos espaços, nomeadamente no inverno e quando chove, para pôr os nossos filhos a correr como eles correm aqui não é? No inverno a coisa torna-se substancialmente mais complicada não é? De fato eles vivem num jardim zoológico, eles não tem espaços, pronto, em casa temos uma sala grande eu deixo, eles andam, pulam, saltam e fazem não sei o que, mas há limites não é? E para uma criança desta idade e deste tamanho não chega não é?” (E5, mãe, 43 a.)

A garantia de acesso e de condições adequadas de espaços para a prática de atividade física independente das condições climáticas favorece a adesão dos indivíduos em atividades programadas ou não que envolvam o maior dispêndio de energia. A oferta de espaços abertos e fechados que possibilitem a prática de atividade física em uma comunidade é de vital importância para a participação em práticas de atividade física, facilitando sua continuidade em condições de adversidade (Patnode et al, 2010).

Mas curiosamente, o acesso aos espaços desportivos já existentes surgiu como agente opositor à prática de atividade física. O que alerta para a necessidade de proporcionar acesso menos limitado da comunidade a estes espaços, de forma a aumentar as possibilidades para a prática de atividade física.

“Exatamente, e nós aqui temos muitas escolas, temos uma aqui e uma ali em cima. Aquela ali tem um pavilhão que as pessoas às vezes usam mas são aqueles jogos particulares, futebol essas coisas assim. Mas é assim chega às 18:30 fecha e tá ali um pavilhão desportivo ótimo. Tem um pavilhão e tem um campo cá fora que tem pista de atletismo.” (E7, mãe, 37 a.)

A insegurança social, sentida em especial no meio urbano, atualmente parece contribuir como um fator limitante para um estilo de vida mais ativo. Uma vez que se percebeu um maior grau de preocupação e de protecionismo por parte dos pais de forma que crianças e adolescentes deixam de frequentar

estes ambientes propícios a uma maior demanda energética, por serem ambientes em geral públicos e sem vigilância de adultos.

“Pronto, e aquela coisa do brincar na rua que era uma coisa que nós tínhamos em criança não é? Quer dizer faz falta não é? Depois a vigilância, há necessidade de eles estarem sob a vigilância de um adulto, também é complicado não é? Não só o espaço, como a maneira como eles podem estar, quer dizer, pronto, hoje em dia a gente tem alguns receios que não tinha há 20, 30 anos atrás não é?” (E5, mãe, 43 a.)

“Porque a gente já tem mais medo da sociedade hoje em dia, ou seja, já há mais perigos porque já há mais carros na rua. Porque... hoje em dia lá está e depois as crianças também já se fecham porque há computadores, há playstation, tem mais programas na televisão (...) nós antigamente não tínhamos nada disso não é?” (E7, mãe, 37 a.)

Alguns hábitos outrora comuns, observados na rotina diária de muitas famílias já não são frequentes nas famílias atuais, a exemplo do deslocamento ativo para a escola. Conforme Rahman et al (2011), este é um hábito que depende da percepção dos pais sobre a rota entre a escola e a casa. Logo devido a insegurança relatada pelos pais este é um dos hábitos pouco observados na rotina das famílias que poderia integrar as práticas de prevenção da obesidade infantojuvenil.

O investimento na segurança pública é uma ação ampla mas onde o mínimo que é realizado pode contribuir na segurança percebida pelos adultos, auxiliando o combate da obesidade infantojuvenil. Vias e acessos seguros para caminhadas e deslocamentos de bicicleta aumentam o senso de segurança dos pais e o nível de atividade física das crianças (Rahman et al, 2011). A promoção de áreas seguras e adequadas para esta prática seria uma estratégia simples e económica nos cuidados com a saúde, contribuindo na adoção de um estilo de vida ativo.

Interessantemente, segundo Cohen et al (2007), os parques são considerados ambientes seguros, fato que contribui para a adesão de práticas de atividade física. Assim sendo, o incentivo público para o usufruto dos

parques públicos, em geral já existentes, integra mais uma das possíveis ações de combate à obesidade, havendo a possibilidade de extensão familiar na adesão destas práticas, visto a diversidade das atividades ativas possíveis de praticar em um parque.

A promoção por um estilo de vida saudável engloba além da prática de atividade física, uma dieta equilibrada. Porém, o que tem sido observado nas sociedades é um desequilíbrio da dieta adotada, caracterizada por uma vasta diversidade, todavia rica em açúcares e gorduras (Kearney, 2010). A disponibilidade e o fácil acesso a estes alimentos indica ser um dos fatores que aumentam a prevalência da obesidade e que na situação das crianças e dos adolescentes desestabilizam o acompanhamento e o controle da ingestão desse tipo de alimentos por parte dos pais, agravando o cenário da epidemia da obesidade infantojuvenil.

Nos dias atuais a escola tem sido o local onde as crianças e os adolescentes permanecem mais tempo ao longo da semana e onde mais realizam suas refeições fora do domicílio. A oferta alimentar no âmbito escolar é considerada pelos pais como mais uma dificuldade no controle da ingestão alimentar de seus filhos:

“Nas escolas é mesmo difícil como os controlar, falo por mim mãe e pelas outras mães que estão na mesma situação que eu, nas escolas era de cortar radical mesmo, era fruta, pão, pronto, com um bocadinho de manteiga e um queijinho, agora bolos e essas coisas assim acabava com isso nas escolas, a sobremesa era fruta, não havia cá leite de creme nem nada disso. É ou não é, mas há, na escolas não se pode controlar, não se pode controlar e pronto, a M. J. passa a vida na escola não é?” (E9, mãe, 49 a.)

“Aqui na escola também comem! Aqui na escola também comem, porque quando houve aquela entrevista que eles vieram fazer aqui na escola, quando viram que naquele dia calhou de ser fritos, rissóis fritos, geralmente o que aconteceu é diariamente. Porque é assim os grandalhões são os primeiros a ir comer e há os últimos que ficam no fim se não tiverem aquela comida daquele dia né, que é o tratado para aquela refeição, é fritos. Se não houver a comida

tratada é batata frita com rissóis. A escola também às vezes... que eu não me lembro deles dizer que comem um bocado de peixe aqui.” (E4, mãe, 31 a.)

Com igual teor, os pares no âmbito escolar também aparecem como mais um dispositivo negativo sobre o consumo alimentar das crianças e adolescentes.

“...no meu ver, na minha experiência que eu tenho é a escola. Porque a minha filha nunca, mas nunca, mesmo antes quando era gordinha nunca levou “bolicaus”, nunca levou nada dessas coisas para lanche não é. E ainda hoje não leva, mas há sempre aquelas crianças que levam... Eu já propus a escola como nós pagamos ao almoço, pagarmos mais 5 euros não sei é eles fazerem a conta e eles porem o lanche todos igual. Eles não levavam nada de casa e nós púnhamos... Por que é complicado, ela agora nem tanto, mas era complicado nos primeiros dias, ela dizia fulano leva sempre um pacote de batata frita ou fulano leva um “bolicau” e tu não me dás porque és má. E a gente fazer ela entender porque não pode, porque não é a gente que não quer dar é porque faz mal, e aquele menino é que está a comer mal, tu é que estás, isso para mim é a nível da escola...” (E3, mãe, 32 a.)

“E não só, na escola também... Que tem coleguinhas que levam isso, levam aquilo e eles ficam assim a olhar e depois pede e se eu disser que não, aí então é que eles ficam mais revoltados...” (E1, mãe, 28 a.)

“Ele só come a comida da cantina, que a gente não dá dinheiro para ele comprar estas lambarices e assim. Só de vez enquanto ele lembra-se e pede, ainda esses dias pediu ao pai para comprar um croissant que os amigos comiam e ele viu-os comer e então o pai deu.” (E6, mãe, 40 a.)

As intervenções de prevenção de obesidade em escolares tem apresentado um crescente índice, sendo utilizadas estratégias de comportamentos mais ativos e de dietas mais equilibradas em diferentes formas, combinadas ou não, envolvendo pais e escolas (Brown & Summerbell, 2009). Segundo Brown & Summerbell (2009), devido o contato contínuo e intensivo que o ambiente escolar proporciona, as escolas são os locais onde as

intervenções de cuidados com a saúde deveriam ser implantadas. Onde no caso do controle alimentar essa situação facilitaria o acompanhamento e também o controle da ingestão alimentar das crianças e dos adolescentes.

Outra dificuldade relatada pelos pais no controle alimentar de seus filhos fora do ambiente doméstico é o meio familiar, os tios e avós. Questão esta que pode revelar-se de grande fragilidade e de difícil controle. Segundo Sonnevile et al (2009), as dificuldades na prevenção da obesidade enfrentadas no meio familiar ultrapassam as barreiras económicas na prevenção da obesidade relatadas pelos pais. A facilidade no acesso e na oferta alimentar proporcionada pelos demais familiares surge como uma das queixas frequentes dos pais.

“Hã, a minha dificuldade é ter uma mãe que cuida bem e ter um pai que contraria tudo é assim... Que o pai diz que um dia quando ela tiver cabeça não sei que... Só que não é bem assim porque eu é vou nas consultas com ela, eu é que ouço os médicos. Eu tento durante a semana tento fazer tudo regularmente, tudo regularmente mas ...” (E1, mãe, 28 a.)

“Mas agora é assim se calhar hoje em dia não é tanto. Mas antigamente uma das dificuldades que tínhamos é eu ela ia aqui ou ali e era “Ah toma lá um rebuçadinho, toma lá uma bolachinha”, quer dizer era às vezes um bocado complicado controlar isso não é? Era um bocado... hoje em dia não...” (E7, pai, 40 a.)

“Eu em casa, ultimamente, que eu tenho tido um bocado de problema de fígado e já começo a entrar naquela fase da alimentação de legumes, mas de peixe e assim já é muito raro, muito raro ter batata frita dentro de casa. Em minha casa é raro, mas se vão à avó já comem batata de pacote. É incontrolável mesmo neles, a avó tendo eles comem. Sabem que não podem comer, mas eles comem. Por isso é que eu digo é difícil a gente tentar controlar eles. Aquela vontade deles quererem comer porque é bom e gostam.” (E4, mãe, 31 a.)

O controle sobre o consumo alimentar dos filhos é uma problemática relatada por pais com filhos com sobrepeso ou obesos, onde uma quebra da

tradicional relação hierárquica pais-filho vem sendo observada, através da falta de imposição e do poder reduzido sobre as práticas alimentares dos filhos (Curtis et al, 2011). O engajamento familiar no combate à obesidade torna-se crucial, as alterações de hábitos a nível familiar têm revelado o sucesso nos cuidados com a obesidade infantojuvenil. Atualmente, as ações de intervenção são elaboradas de forma a envolver o maior número possível de familiares, visando a adoção dos hábitos saudáveis de forma ampliada e concreta no meio familiar. Mas as atitudes e os comportamentos dos pais são os elementos centrais no desenvolvimento destes hábitos pelas crianças (Scaglioni et al, 2008).

Todavia, o problema em questão extrapola os modelos, os incentivos e as ofertas pelas quais as crianças e adolescentes são expostas, conforme pode ser verificado com os relatos dos pais que integraram a amostra do presente estudo. Onde o consumo reduzido de alimentos saudáveis integra as dificuldades relatadas pelos pais no controle da ingestão alimentar de seus filhos e do consequente combate à obesidade.

“Depois a nossa dificuldade é ela como ela não gosta de comer determinadas coisas como os legumes... Legumes para ela só se for disfarçados [risos].” (E7, mãe, 37 a.)

“Por exemplo, em minha casa come-se muito a base de carnes brancas, não é que eu não cozinhe vermelhas que cozinho pelo menos uma vez por semana, mas é mais a base de carnes branca, peixe, que a M. J. não gosta. Então cozido nem vê-lo não é? Por exemplo a sopa, faço a sopa a base de legumes não ponho batata, mas sempre fui assim mesmo antes de eu fazer o que fiz [refere-se a cirurgia] sempre foi assim, mas a M. J. também não gosta de sopa. M. J. não gosta nada que vai legumes, nada!” (E9, mãe, 49 a.)

O baixo consumo de alimentos considerados mais saudáveis como frutas, verduras, legumes e peixe já é uma vertente antiga nas dificuldades referidas pelos pais perante a alimentação das crianças e dos adolescentes. Sendo que o ato de “forçar” ou “pressionar” o consumo destes alimentos em crianças e adolescentes tem pode ter um efeito negativo sobre os futuros

hábitos alimentares da criança ou do adolescente. Scaglioni et al (2008) comentam que atitudes como estas podem avivar a preferência dos filhos por alimentos ricos energeticamente, como também podem afetar a sensação de saciedade e de fome das crianças.

A ingestão desses alimentos saudáveis deve sempre ser incentivada às crianças e aos adolescentes, uma vez que alimentos como os vegetais podem ter um efeito protetor na saúde dos indivíduos, prevenindo o surgimento do sobrepeso (Mattews et al, 2011). Segundo Mattews et al (2011) a promoção de uma dieta alimentar baseada em verduras, frutas deveria ser incentivada e promovida nos programas alimentares das escolas.

Mas, o “gostar” de comer também surge como uma grande dificuldade no controle alimentar dos filhos. Alguns pais relataram que o fato de seus filhos apreciarem a comida faz com que o limite do consumo adequado seja ultrapassado, dificultando esta vigilância.

“Ah é muito complicado! Muito complicado. Ui nem sei dizer, parto logo do princípio as horas das refeição, é muito complicado, por exemplo no caso da minha filha que foi uma miúda que sempre comeu bem e gosta de comer.” (E9, mãe, 49 a.)

“Sabe, no entanto eu me preocupo porque ele é uma criança que quer comer tudo. Ele é uma criança que não come lambarices, ele come é boa comida, ele é bom de garfo, gosta de boa feijoada... Isso tudo, massa, arroz e tudo; e de vez enquanto um bolinho mas não, o que ele gosta é de comer boa comida, bom de garfo. Ele come bem e às vezes eu até não deixo comer, porque se for assim comida com molho ele é capaz de comer 2 pães, 3, e eu não deixo e também se fosse a deixar ele estava muito mais gordo e eu também não deixo.” (E8, mãe, 45 a.)

Curiosamente, a dificuldade na prevenção da obesidade não está centrada nos filhos. Segundo relatos dos pais, estes também reconhecem algumas dificuldades no cuidado com o próprio peso. Sendo caracterizada pela falta de tempo, seja para a prática de atividade física como para a preparação de alimentos mais saudáveis.

“A vida hoje em dia também é muito estressante, não é? E não temos tempo para nada...[pensativo] E de fato, às vezes precisamente por haver falta de tempo é que vamos a procura deste tipo de comida não é? Chegamos à casa não temos tempo para cozinhar é “Oh, vamos lá pegar um hambúrguer ou pegar um franguinho assado” não é? Pronto, que não é tão ...[silencia]” (E7, pai, 40 a.)

“Eu gostava de fazer, já pensei em ir para hidroginástica que era ótimo! Mas tenho mesmo agora que organizar as minhas prateleiras aqui da cabeça para apanhar um bocadinho de tempo. Que tô para me inscrever várias vezes, já fui várias vezes mas lá está também não havia horários, por exemplo eu trabalho às 9 e meia e aquilo era das oito às nove, nunca eu chegava às 9 e meia ao emprego. Existe também o fator de falta de tempo, de horário, os horários não coincidir fez com que eu não tivesse ido, mas agora parece que há, lá em Rio Tinto nas piscinas, um horário que é das 9 às 10 da noite e eu vou tentar conciliar e indo uma ou duas vezes por semana começar a fazer isso.” (E9, mãe, 49 a.)

“Eu acho que não é preciso nenhum exagero nem que fosse meia hora nem tanto, todos os dias eu acho que é bastante, eu acho que é o bastante. Mas é coisa que eu não tenho tempo. Não tenho. Ainda agora a professora estava a falar comigo para vir fazer exercício mas não tenho tempo. Sei que ajuda, que eu também sou ... tô um bucadinho, já estou na faixa etária da obesidade e não ... e sei que precisava mas não consigo.” (E4, mãe, 31 a.)

No cenário da epidemia da obesidade infantojuvenil, o envolvimento familiar tem sido a peça chave para o maior engajamento nos programas de prevenção da obesidade. A participação de algum elemento familiar em um programa de intervenção tem indicado ser favorável na prevenção e no tratamento da obesidade, através da adoção de hábitos saudáveis. Kalarchian et al (2009), verificaram um decréscimo (7.58%) do peso em crianças as quais um dos familiares participou de uma intervenção que visava modificações comportamentais através do incremento da atividade física e o decréscimo de comportamentos sedentários a nível familiar e doméstico.

Assim sendo, a potencialização deste fato vem contribuir para o sucesso das ações de prevenção de obesidade, com resultados ampliados ao meio familiar.

6.6 Estratégias dos pais no combate à obesidade

Além da família e do governo, a responsabilidade da prevenção da obesidade deve ser compartilhada por diversos agentes como as escolas, as indústrias alimentares e de entretenimento (Godoy-Matos et al, 2009). Fato que descentraliza esta responsabilidade no cuidado com a saúde e amplia o alcance do impacto da prevenção da obesidade.

Todavia, as ações de intervenção a nível familiar têm demonstrado ser um dos meios mais eficazes tanto na prevenção quanto no combate da obesidade infantojuvenil. Onde a alteração de hábitos não saudáveis é a proposta central destas ações, sendo substituídos por novos hábitos em geral mais ativos e saudáveis, visando a alteração por todos os integrantes da família.

Em geral, a estratégia empregada nas intervenções no tratamento da obesidade é a dieta alimentar e a prática de atividade física (Brown & Summerbell, 2009). Onde segundo Sweet & Fortier (2010), quando o objetivo é a promoção e a alteração destes hábitos o resultado mais efetivo é obtido através de ações singulares de comportamentos saudáveis, entretanto quando o objetivo é a perda de peso o uso de múltiplas ações estará apresentando melhores resultados. Informação útil que pode facilitar as estratégias utilizadas pelos pais em situação de obesidade.

No que diz respeito obesidade, as estratégias mais comuns, mudanças de hábitos relacionadas com o estilo de vida ativo e a alimentação mais adequada, já são estão bem disseminadas entre os pais:

“Então, tanto quanto possível, desde que, desde que o tempo não esteja particularmente mal é vir com eles para fora não é? Pronto, o espaço aberto, cá fora é uma maneira de, de, penso que... porque nós vivemos numa rua sem

fundo e depois dá para jogar futebol, andar de bicicleta e não sei o que. Agora assim eu sinto que tem um bocado com os hábitos da família, eu sinto isso. [...] eu era capaz de chegar às 4 horas, ir buscá-los e ir para casa e agora vamos nada para casa, se está sol vamos mais ao parque não é? E no fim se fosse para casa tinha que entreter o F. o que é pequeninho, a ter que aturar a briga dos outros que não sabiam o que fazer e assim vamos e estamos todos felizes, que é mesmo assim e de fato é uma questão... é de fato transformar e ter consciência não é? A gente precisa, precisa, precisa...” (E5, mãe, 43 a.)

“E eu tento, tento fazer assim, da minha melhor maneira fazer uma comida muito saudável. Principalmente, também é assim, uma coisa é também muito importante, tento impor quantas mais vezes comer melhor. Pouco de cada vez porque não é preciso se a gente comer não é preciso encher o estômago, fica aqui abarrotar não é? Mas pouquinho de cada vez a gente... lá está é o que eu costume dizer é reeducar.” (E2, mãe, 45 a.)

“Tenho um pouco mais de cuidado porque ele é hipertenso e eu corto um pouco do sal por causa dele, às vezes quando salgo mais um bucado há logo barulho porque ele não pode comer comida salgada e há logo barulho. Embora ... mas eu gosto da comida bem temperada, pronto é uma asneira que eu faço mais é verdade... mas tenho outros cuidados mas aí está eu faço a sopa bem dizer só com legumes, não ponho batata na sopa que é mesmo para bem dizer só de legumes, que é mesmo só com legumes não ponho batatas e mesmo outra comida a gente ao invés de comer um prato cheio põe só um bocadinho e tira aquelas gorduras que realmente são para tirar. Mas tenho um bocado mais de cuidado.” (E6, mãe, 40 a.)

Com relação ao consumo alimentar, além das alterações no modo de preparo das refeições, surgiu outra estratégia utilizada pelos pais que é o hábito de não adquirir alimentos pouco saudáveis, de forma que não havendo em casa esta oferta não há o consumo, auxiliando o controle dos pais da ingestão alimentar inadequada de seus filhos:

“...eu lembro perfeitamente a primeira consulta que a gente teve com a Dr^a Diana, ela disse: “Quem não ver não peca”. Se não tiver em casa ninguém peca e é verdade, isso foi uma coisa que a gente se mentalizou e deixou de ter. Foi sumos, não é que éramos muito do sumo mas uma pessoa tem sempre aquela: “Ah se vier visita ou se vier...” Não temos sumos, bolachas é praticamente Maria e umas tostas para o pequeno almoço ou coisas assim. Cereais de vez enquanto a miúda pede e nós também é assim, é criança e a gente gosta, também é assim os outros comem...” (E7, mãe, 37 a.)

“Nós tínhamos cuidados em tudo da alimentação. Em nossa casa não tínhamos certas guloseimas que geralmente há não é? Por exemplo: sumos, não havia sumos, hã... bolachas raríssimo, uma pessoa compra aquelas bolachas com chocolate ou... era muito raro era bolacha Maria e pouco mais, iogurtes nunca havia iogurtes destes de chocolate nem... batatas fritas de pacote era uma vez por semana e quando era, não é?” (E3, mãe, 32 a.)

“Portanto, a regra lá em casa é não ter em casa e depois resistir quando eles pedem. Só dar ... eu acho que aí de fato... é muito fácil de uma criança ingerir, uma criança ou um adulto, uma quantidade louca de açúcar, por exemplo, em 2 ou 3 coisas que consome não é? E que aparentemente são inofensivas não é? São os iogurtes, os iogurtes estão cheios, carregados de açúcares. Eu penso que tudo... e aí é quando tem filhos que começam a engordar.” (E5, mãe, 43 a.)

A divulgação da epidemia da obesidade e suas consequência sugere ser por si só uma ação de intervenção, visto que sua ocorrência é fundamentada em hábitos adotados ou adquiridos pelas pessoas. O que torna mais real a proximidade das pessoas com o problema em questão e possibilita ações de caráter individual e independente.

6.7 Benefícios em participar de projetos de prevenção à obesidade

A prevenção da obesidade é uma estratégia de cuidados à saúde que pode ser abordada em dois níveis: individual e coletivo. Sendo atualmente

apresentada em diferentes formas como programas de alterações de comportamentos, campanhas publicitárias, tratamentos medicamentosos, intervenções cirúrgicas, programas de dietas padronizadas entre outras (Thomas et al, 2010).

Interessantemente, a escolha e a participação dos indivíduos por uma destas formas de intervenção é uma situação que parece estar associada à percepção dos participantes a questões que extrapolam o domínio físico. Em pesquisa realizada com adultos obesos, Thomas et al (2010) identificaram que o julgamento, o estigma e ao “*empowerment*” são elementos percebidos pelos indivíduos nas ações de prevenção da obesidade e que quando percebidos de forma positiva (quando os participantes não se sentem julgados e estigmatizados, sentindo-se autónomos, responsáveis pelas suas atitudes) favorecem a participação e a adesão dos participantes nestas intervenções.

E quando a população alvo é formada por crianças e adolescentes esta informação pode ser também aplicada para os pais, de forma que o incentivo à participação dos filhos na intervenção será reforçada, em especial quando as mudanças de comportamento são percebidas pelos pais.

“Acho bem, eu acho muito bom até. Ajuda as crianças a terem um bucado mais de cuidado, né? Cuidado com o que comem e em fazer exercício físico. É muito importante para eles, porque principalmente ajuda eles a ter um crescimento saudável.” (E6, pai, 44a.)

“[...] e a gente em casa quando ele chega até a gente, até muitas, a maior parte das vezes fui eu que disse para eles não comerem já aquele pão, aquele tipo de comida. Eu já lhe digo: “Oh R., tu... já vamos jantar, se tu antes comeres uma peça de fruta... porque enche um bucadinho o estômago, engana e daqui a pouco vamos jantar”. Então ele não refila, não diz nada, diz “Oh mãe tens razão. Eu só como a peça de fruta e deixo estar até o jantar”. Pronto, era muito raro, antes era já comida para dentro do estômago.” (E4, mãe, 31 a.)

“[...] eu estou muito contente só tenho pena que eles não possam vir mais vezes e pronto...e isso é complexo em termos de por exemplo da alimentação,

eles comem muito menos nos dias em que vem para aqui, primeiro fazem o lanche no horário apropriado e depois gastam mais a energia que comem.” (E5, mãe,)

A perda e a manutenção do peso corporal, objetivo central das intervenções de tratamento e de prevenção da obesidade, também integra o reconhecimento dos pais da importância deste tipo de ação.

“[...] o Acorda para nossa filha veio fazer diferença! Veio de fato fazer diferença, veio fazer diferença! Porque nota-se, é como eu digo ela andou aí uns anos instável, instável não é? E desde que ela foi para o Acorda tem sido uma linha reta, uma linha reta por vezes tendo a descer que é o que querem não é? Que é o que querem.” (E7, pai, 40a.)

Mas apesar do reconhecimento dos pais sobre os benefícios do projeto na manutenção da saúde e da prevenção de obesidade em seus filhos, relatos apontam para a necessidade da continuidade dos esforços em envolver a família, uma situação ainda pouco observada na prática e que segundo os pais é devido o tempo escasso para tal:

“Eu por acaso quando me falaram nisso, meus filhos quando chegaram a casa, eu nem para trás olhei, eu e meu marido, ele também é como eu, pensa como eu, que isso também ajuda um bocado, então acordamos os dois logo de eles fazerem isso. E não faltaram nenhum dia até agora, quando é preciso ir aqui e acolá de coisa da escola, eles vão. Eu acho que é bom para eles e eles também gostam, eles gostam. e assim é uma maneira deles se entreterem e ajudar um bucadinho ao corpo.[...] Foi ótimo, isto foi ótimo mesmo. Tenho pena de eu não ter tempo para isso.” (E4, mãe, 31 a.)

A falta de tempo é uma condição relatada pelos pais e que possa vir revelar as condições vivenciadas pelos indivíduos devido a vida atual da sociedade. Esforços são necessários afim de contradizer esta tendência moderna que tem acarretado em riscos e prejuízos à saúde dos indivíduos.

Porém, a importância da participação nas atividades juntamente com seus filhos é uma estratégia para a prevenção e o tratamento da obesidade

infantojuvenil reconhecido pelos pais. Conforme Shrewsbury et al (2010), os pais além de reconhecerem que necessitam envolver-se mais com estas atividades, neste caso praticar mais atividade física com seus filhos, ressaltam esta é uma maneira de atuar como modelos para seus filhos.

O reconhecimento e a compreensão por parte dos pais dos benefícios proporcionados pelas ações de intervenção é uma componente que pode ser utilizada como meio de adesão das crianças e dos adolescentes em um estilo de vida mais saudável e que também poderia refletir no meio familiar. Condição pretendida pelas ações de cuidados com a saúde, em especial nos casos de prevenção e tratamento da obesidade.

7. CONCLUSÃO

O conceito de saúde preconizado pela OMS baseia-se em questões reconhecidas como fundamentais para assegurar o estado de saúde ideal, o bem estar mental, físico e social dos indivíduos. Todavia, atualmente este conceito integra questões como a qualidade de vida, a infraestrutura urbana, a garantia de acesso aos serviços mínimos entre outros fatores. Elementos que dão um caráter dinâmico ao conceito de saúde, devido a diversidade dos modelos sociais, culturais e dos padrões económicos observados nas sociedades atuais.

Contudo, a interpretação deste conceito deve ser cuidadosa, de forma a evitar distorções entre a realidade da sociedade em questão e os ideais preconizados pelo conceito de saúde. Tornando árdua a tarefa da elaboração de ações de intervenção com os cuidados de saúde dos indivíduos.

Dentre estas ações, a prevenção da obesidade tem surgido como estratégia fundamental para a manutenção da saúde, devido a epidemia constatada na sociedade moderna. Os altos índices de prevalência desta doença entre crianças e adolescentes convergiram a atenção dos agentes envolvidos nos cuidados com a saúde para esta população. Surgindo ações destinadas à identificação das causas, dos riscos e de combate da obesidade infantojuvenil, na tentativa de proporcionar a possibilidade de uma intervenção precoce.

Através do presente estudo concluiu-se que estas ações têm tido um impacto positivo sobre a condição de saúde dos indivíduos, em especial no reconhecimento destes sobre os temas saúde e obesidade.

Os pais, em geral responsáveis pela saúde dos filhos, demonstraram uma boa percepção sobre a condição de saúde e de obesidade, bem como a influência de alguns fatores nos cuidados e na manutenção da saúde, no surgimento e no combate da obesidade. Demonstraram também a preocupação em reverter o quadro de sobrepeso e de obesidade de seus filhos. Assim como também relataram uma série de dificuldades enfrentadas

por eles no enfrentamento do sobrepeso ou da obesidade de seus filhos, igualmente observadas em outros estudos.

Todavia, os comportamentos relatados por estes pais e as informações referidas por estes puderam ser associadas com as observações encontradas na literatura atual sobre os temas saúde e obesidade. De forma que a situação de obesidade de seus filhos parece estar diretamente relacionada com o perfil familiar.

Questões como os hábitos de vida, o perfil socioeconómico, o histórico familiar de obesidade puderam ser relacionadas com a condição de sobrepeso ou de obesidade das crianças e dos adolescentes que participam do projeto ACORDA. Indicando a necessidade de novo direcionamento da estratégia de intervenção, de forma a atingir os fatores desencadeadores da obesidade no meio familiar, em especial os hábitos de vida saudáveis e a manutenção do peso dos pais. O reconhecimento dos pais, nos benefícios obtidos por seus filhos na participação do projeto ACORDA, pode ser o instrumento inicial para atrair estes familiares.

Contudo, para realizar um trabalho com famílias deve-se considerar as mudanças que ocorrem na sociedade e como estas afetam a dinâmica familiar. Pois, mesmo que as famílias tenham suas especificidades, elas vivem situações que são comuns. A exemplo, conforme relatado pelos pais, da indisponibilidade do tempo no dia a dia para a sua participação em ações deste género. O que implica no envolvimento e na atuação de diferentes setores interessados em promover hábitos de vida saudáveis.

Assim, visando a manutenção da saúde e a prevenção da obesidade, para que os indivíduos adotem hábitos saudáveis deve-se proporcionar além das condições de sobrevivência (moradia, alimentação, cuidados médicos, empregos etc.), o acesso às oportunidades que geram estes hábitos como no caso dos parques públicos, das vias de transporte seguras, de ambientes tranquilos e seguros, de programas escolares de dietas equilibradas, entre outros.

8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Algumas limitações foram percebidas ao longo do desenvolvimento do trabalho, de forma a serem analisadas para a continuidade de estudos relacionados a este tema.

Uma limitação encontrada foi o fato das entrevistas serem predominantemente realizadas em local extra-domiciliar dos entrevistados, o que talvez tenha deixado os entrevistados menos à vontade e com relativa pressa em acabar a entrevista. Situação que pode ter sido potencializada devido a investigadora/entrevistadora ser estranha aos pais e aos filhos. Provavelmente uma relação mais próxima da investigadora/entrevistadora com o projeto e seus participantes possibilitaria uma maior aproximação com os familiares.

Outra questão que provavelmente tornaria mais instigante o estudo seria a participação de pais com perfil diferente do perfil apresentado pelos pais que integraram a amostra deste estudo. O fato dos pais que integraram a amostra aceitarem a participar deste estudo sugere uma forma participativa na formação e nos cuidados com seus filhos; atitudes que talvez não fossem semelhantemente observadas nos pais que não quiseram participar do estudo ou de pais de crianças e adolescentes obesos que não participam de intervenções de prevenção da obesidade.

Uma diversificação do padrão do perfil sociodemográfico das famílias que compuseram a amostra também foi uma questão que caso tivesse ocorrido poderia ter gerado outras reflexões sobre o tema e as realidade nas quais as crianças e os adolescentes desenvolvem-se.

Por fim, apesar de não integrar os objetivos do estudo, a percepção das crianças e dos adolescentes sobre os temas investigados também teria possibilitado novas reflexões. Todavia, devido a variedade de idades (7-16 anos) das crianças e adolescentes, esta foi uma idéia descartada pela investigadora por compreender que o teor das entrevistas com as crianças e adolescentes seria muito discrepante. Mas esta pode ser uma situação a ser analisada para um futuro estudo.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida-Filho, N. (2000) O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, vol.3, nº 1-3, p.4-20.

Almeida-Filho, N (2004) Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciências & Saúde Coletiva*, 9(4), 865-884.

Álvarez Castaño, L.S.A. (2009) Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev Gerenc Polit Salud*, Bogotá (Colombia), 8 (17),69-79, junio-diciembre.

Bridger, T. (2009) Childhood obesity and cardiovascular disease. *Paediatrics and Child Health*, 14(3), 177-182.

Brown, T., & Summerbell, C. (2009) Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Obesity* 10, 110-141.

Bürgi, F., Meyer, U., Niederer, I., Ebenegger, V., Marques-Vidal, P., Granacher, U., Kriemler, S., & Puder, J.J. (2010) Socio-cultural determinants of adiposity and physical activity in preschool children: a cross-sectional study. *BioMedCentral Public Health* 10, 733. Consul. 09 Fev 2011, disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/733>

Buss,P.M., & Pellegrini Filho, A. (2007) A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHISIS: Revista Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93.

- Camões, M., & Lopes, C. (2008) Fatores associados à atividade física na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 208-16.
- Carvalho, M.M., Padez, M.C., Moreira, P.A., & Rosado, V.M. (2006) Overweight and obesity related to activities in Portuguese children, 7-9 years. *European Journal of Public Health*, 7 (1), 42- 46.
- Carvalho, A.A.S. (2007) *Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior*. Braga: A. Carvalho. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade do Minho – Instituto de Estudos da Criança.
- Carvalho, M. C.V.S., & LUZ. M.T. (2009) Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.13, n.29, 313-26, abr/jun.
- Carvalho, S.R. (2005) *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeitos e mudança*. São Paulo: Hucitec.
- Cattaneo, A., Monasta, L., Stamatakis, E., Lioret, S., Castetbon, K., Frenken, F., Manios, Y., Moschonis, G., Savva, S., Zaborskis, A., Rito, A.I., Nanu, M., Vignerová, J., Caroli, M., Ludvigsson, J., Koch, F.S., Serra-Majem, L., Szponar, L., Van Lenthe, F., & Brug, J. (2010) Overweight and obesity in infants and pre-school children in the European Union: a reviews of existing data. *Obesity reviews*, 11, 389-398.
- Chaise, F. O., Soares, S.A., & Meneghel, S.N. (2008) Estão nossos jovens doentes? Percepções de adolescentes em relação à saúde em dois municípios gaúchos. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 18[4], 817-828.

- Cleave, J.V., Gortmarket, S.L., & Perrin, J.M. (2010) Dynamics of obesity and chronic health conditions among children and youth. *Journal of American Medical Association*, February 17, vol. 303, nº 7, 623-630.
- Coelho, M.T.A.D., & Almeida-Filho, N. (2002) Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 9(2), 315-33, mai-ago.
- Cohen, D.A., McKenzie, T.L., Sehgal, A., Williamson, S., Golinelli, D., & Lurie, N. (2007) Contribution of public parks to physical activity. *American Journal of Public Health*, march, vol 97, nº3, 509-514.
- Costa, C.D. da, Ferreira, M.G., & Amaral, R. (2010) Obesidade infantil e juvenil. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 379-384.
- Curtis, P., Stapleton, H., & James, A. (2011) Intergeneration relations and family food environment in families with a child with obesity. *Annals of Human Biology*, July-August, 38 (4), 429-437.
- Direção Regional Europeia da Organização Mundial de Saúde (2006) *Actividade Física e Saúde na Europa – Evidências para a ação* (CIAFEL, trad.) Porto: Multitema.
- Dumith, S.C., Domingues, M.R., Gigante, D.P.; Hallal, P.C., Menezes, A.M.B., & Kohl, H.W. (2010) Prevalence and correlates of physical activity among adolescents from Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 44 (3), 457-67.
- Dunton, G.F., Kaplan, J., Wolch, J., Jerret, M., & Reynolds K.D. (2009) Physical environment correlates of childhood obesity: a systematic review. *Obesity reviews*, 10, 393-402.

- Enes, C.C., & Slater, B. (2010) Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(1), 163-71.
- Farinatti, P.T.V. (2008) *Envelhecimento – promoção da saúde e exercício: bases teóricas e metodológicas*. São Paulo: Manole, vol 1.
- Ferreira, M.S., & Najar, A.L. (2005) Programas e campanhas de promoção da atividade física. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (sup), 207-219.
- Fett, C.A., Fett, W.C.R., Marchini, J.S., & Ribeiro, R.P.P. (2010) Estilo de vida e fatores de risco associados ao aumento da gordura corporal de mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (1), 131-140.
- Frutuoso, M.F.P., Bismarck-Nasr, E., M., & Gambardella, A.M.D. (2003) Redução do dispêndio energético e excesso de peso corporal em adolescentes. *Revista de Nutrição*, 16 (3), 257-263, jul/set.
- Garbin, C.A.S., Garbin, A.J.I., Moimaz, S.A.S., & Gonçalves, P.E. (2009) A saúde na percepção do adolescente. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19[1], 227-238.
- Godoy-Matos, A.F., Guedes, E.P., de Souza, L.L., & Martins, M.F. (2009) Management of obesity in adolescents: state of art. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia & Metabologia*, 53/2, 252-261.
- Gordia, A.P., de Quadros, T.M.B., de Campos, W., & Petroski, E.L. (2009) Domínio físico da qualidade de vida entre adolescentes: associação com atividade física e sexo. *Revista Saúde Pública*, 11 (1), 50-61.

- Halpern, A., Mancini, M.C., Magalhães, M.E.C., Fisberg, M.
Radominski, R., Bertolami, M.C., Bertolami, A., de Melo, M.E., Zanella, M.T., Queiroz, M.S., & Nery, M. (2010) Metabolic syndrome, dyslipidemia, hypertension and type 2 diabetes in youth: from diagnosis to treatment. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 2, 55. Consult. 05 Mar 2011, disponível em <http://www.dmsjournal.com/content/2/1/55>
- Hare-Bruun, H., Nielsen, B.M., Kristensen, P., Møller, N., Togo, P., & Heitmann, B. (2011) Television viewing, food preference, and food habits among children: A prospective epidemiological study. *BioMed Central Public Health*, 11, 311 Consult. 20 Mai 2011, disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/311>
- Kalarchian, M.A., Levine, M.D., Arslanian, S.A., Ewing, L.J., Houck, P.R., Cheng, Y., Ringham, R.M., Sheets, C.A., & Marcus, M.D. (2009) Family-based treatment of several pediatric obesity: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, October; 124 (4), 1060-1068.
- Kearney, J. (2010) Food consumption trends and drivers. *Philosophical transactions of the Royal Society*, B, 365, 2793-2807.
- Lee, J.M., Pilli, S., Gebremariam, A., Keirns, C.C., Davis, M.M., Vijan, S., Freed, G.L., Herman, W.H., & Gurney, J.G. (2010) Getting Heaving, Younger: Trajectories of Obesity over the Life Course. *International Journal of Obesity*, April, 34 (4), 614-623.
- Lewis, S., Thomas, S.L., Bould, R.W., Hyde, J., Castle, D.J., & Komesaroff, P.A. (2010) Do Health Beliefs and Behaviors Differ According to Severity of Obesity? A Qualitative Study of Australian Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7, 443-459.

- Madureira, A.S., Corseuil, H.X., Pelegrini, A., & Pelegrini, E.L. (2009) Associação entre estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física e estado nutricional em universitários. *Caderno da Saúde Pública*, 25 (10), out, 2139-2146.
- Malik, A.M. (1997) Cidades saudáveis: estratégia em aberto. *Saúde e Sociedade*, 6 (2), 19-30.
- Matthews, V.L., Wien, M., & Sabaté, J. (2011) The risk of child and adolescent overweight is related to types of food consumed. *Nutrition Journal*, 10, 71. Consult. 18 set 2011, disponível em <http://www.nutritionj.com/content/10/1/71>
- Mendonça, C.P., & dos Anjos, L.A. (2004) Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinante do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 20(3), mai-jun, 698-709.
- Minayo, M.C. S. (org). (1998) *O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO.
- Minayo, M.C. S. (1994) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Molina, M.C.B., Lopez, P.M., de Faria, C.P., Cade, N.V., & Zandonade, E. (2010) Preditores socioeconômicos da qualidade da alimentação de crianças. *Revista de Saúde Pública*, 44 (5), 785-92.
- Nader, P.R., O'Brien, M., Houts, R., Bradley, R., Belsky, J., Crosnoe, R., Friedman, S., Mei, Z., & Susman, E.J. (2006) Identifying Risk for Obesity in Early Childhood. *Pediatrics* 118 (3), September, e594-e601.

- Nery, A.A., da Silva, D.R., Bueno, E.S.G., Santos, F.P.A., Nascimento, M.S., de Carvalho P.A.L., & Pires, V.M.M.M. (2009) Concepção de saúde: visão de adolescentes do ensino fundamental de um município da Bahia. *Revista Saúde Comunitária*, 5(1), 17-30.
- Nordenfelt, L. (2000) *Conversando sobre saúde: um diálogo filosófico*. Florianópolis: Bernúncia.
- Onis, M., Onyango, A.W., Borghi, E., Siyam, A., Nishida C., & Siekmann, J. (2007) Development of WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, 85 (9), September, 660-667.
- Padez, C., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2005) Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Paediatrica*, 94, 1550-1557.
- Patnode, C.D., Lytle, L.A., Erickson, D.J., Sirard, J.R., Barr-Anderson, D., & Story, M. (2010) The relative influence of demographic, individual, social, and environmental factors on physical activity among boys and girls. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7, 79. Consult. 20 Mai 2011, disponível em <http://www.ijbnpa.org/content/7/1/79>
- Pedrosa, C., Oliveira, B.M.P.M., Albuquerque, I., Simões-Pereira, C., Vaz-de-Almeida, M.D., & Correia, F. (2010) *Obesity and metabolic syndrome in 7-9 years-old Portuguese schoolchildren*. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 2, 40. Consult 20 Dez 2010, disponível em <http://www.dmsjournal.com/content/2/1/40>

- Pinto, M.S., & Bosi, M.L.M. (2010) Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20 [2], 443-457.
- Popkin, B.M., & Gordon-Larsen, P. (2004) The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. *International Journal of Obesity*, 28, 52-59.
- Rahman, T., Cushing, R.A., & Jackson, R.J. (2011) Contributions of Built Environment to Childhood Obesity. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 78, 49-57.
- Reiff, A.C., & Sichieri, R. (2008) Associação do Status Socioeconômico com a Obesidade. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 18(3), 415-426.
- Rivera, I.R., da Silva, M.A.M., Silva, R.A.T.A., de Oliveira, B.A.V., & Carvalho, A.C.C. (2010) Physical inactivity, TV-Watching Hours and Body Composition in Children and Adolescents. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 95 (2), 159-165.
- Rinaldi, A.E.M., Pereira, A.F., Macedo, C.S., Mota, J.F., & Burini, R.C. (2008) Contribuições das práticas alimentares e inatividade física para o excesso de peso infantil. *Revista Paulista de Pediatria*, 26(3), 271-277.
- Roskam, A.J.R, Kunst, A.E., Oyen, H.V., Demarest, S., Klumbiene, J., Regidor, E., Helmert, U., Jusot, F., Dzurova, D., & Mackenbach, J.P. (2009) Comparative appraisal of educational inequalities in overweight and obesity among adults in 19 European countries. *International Journal of Epidemiology*, 1-13. Consult 10 Dez 2010, disponível em [http:// www. ije.oxfordjournals.org](http://www.ije.oxfordjournals.org)

- Rokholm, B., Baker, J.L., & Sorensen, T.I.A. (2010) The leveling off of the obesity epidemic since the year 1999 – a review of evidence and perspectives. *Obesity reviews*, 11, 835-846.
- Rumel, D., Sisson, M., Patrício, Z.M., & Moreno, C.R.C. (2005) Cidade Saudável: relato de experiência na coleta e disseminação de informação sobre determinantes de saúde. *Saúde e Sociedade*, v.14, n.3, set-dez, 134-143.
- Sardinha, L.B., Santos, R., Vale, S., Silva, A.M., Coelho e Silva, M.J., Raimundo, A.M., Moreira, H., Baptista, F., & Mota, J. (2011) Prevalence of overweight and obesity among Portuguese Youth: a study in a representative sample of 10-18 years-old children and adolescents. *International Journal of Pediatric Obesity*, Jun, 6 (2-2), e124-8.
- Scaglioni, S., Salvioni, M., & Galimberti, C. (2008) Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *British Journal of Nutrition*, 99, Suppl. 1, S22-S25.
- Schwartz, G. (2001) *Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado.
- Scliar, M. (2007) História do Conceito da Saúde. *Physis Revista da Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41.
- Semmler, C., Ashcroft, J., Van Jaarsveld, C.H.M., Carnell, S., & Wardle, J. (2009) Development of Overweight in Children in Relation to Parental Weight and Socioeconomic Status. *Obesity* 17 (4), 814-820.

- Sweet, S.N., & Fortier, M.S. (2010) Improving Physical Activity and Dietary Behaviours with Single or Multiple Health Behaviour Interventions? A Syntesis of Meta-Analyses and Reviews. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7, 1720-1743.
- Shrewsbury, V.A., King, L.A., Hattersley, L.A., Howlett, S. A., Hardy, L.L., & Baur, L.A. (2010) Adolescent-parent interactions and communication preferences regarding body weight and weight management: a qualitative study. *International of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7, 16. Consult 22 Dez 2010, disponível em <http://www.ijbnpa.org/content/7/1/16>
- Silva, M.J., & Bessa, M.E.P. (2008) Conceitos de saúde e doença segundo a óptica dos idosos de baixa renda. *Ciencia y enfermeria* XIV (1), 23-31.
- Silva, R.S., da Silva, I., da Silva, R.A., Souza, L., & Tomasi, E. (2010) Atividade física e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (1), 115-120.
- Siqueira, F.V., Nahas, M.V., Facchini, L. A., da Silveira, D.S., Piccini, R.X., Tomasi, E., Thumé, E., Reichert, F.F., & Hallal, P.R.C. (2009) Fatores considerados pela população como mais importantes para manutenção da saúde. *Revista Saúde Pública*, 43 (6), 961-71.
- Sirard, J.R., Laska, M.N., Patnode, C.D., Farbakhsh, K., & Lytle, L.A. (2010) Adolescent physical activity and screen time: associations with the physical home environment. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7, 82. Consult 20 Dez 2010, disponível em <http://www.ijbnpa.org/content/7/1/82>

- Sonneville, K.R., La Pelle, N., Taveras, E.M., Gillman, M.W., & Prosser, L.A. (2009) Economic and other barriers to adopting recommendations to prevent childhood obesity: results of a focus group study with parents. *BioMed Central Pediatrics*, 9, 81. Consult 14 Mar 2010, disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/9/81>
- Stamatakis, E., Wardle, J., & Cole, T.J. (2010) Childhood obesity and overweight prevalence trends in England: evidence for growing socioeconomic disparities. *International Journal of Obesity* 34, 41-47.
- Starfield, B. (2002) *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.
- Thomas, S.L., Lewis, S., Hyde, J., Castle, D., & Komesaroff, P. (2010) "The solution needs to be complex". Obese adults' attitudes about the effectiveness of individual and population based interventions for obesity". *BioMed Central Public Health*, 10, 420. Consult. 10 Dez 2010, disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/420>
- Turato, E.R. (2005) Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-14.
- Valente, H., Padez, C., Mourão, I., Rosado, V., & Moreira, P. (2010). *Prevalência de inadequação nutricional em crianças portuguesas*. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 365-370.
- Vilela, E.M., & Mendes, I.J.M. (2000) *Entre Newton e Einstein: desmedicalizando o conceito de saúde*. Ribeirão Preto: Holos.
- Warburton, D.E.R., Nicol, C.W., & Bredin, S.S.D. (2006) Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ*, march 14, 174 (6), 801-809.

Wanderley, E.N., & Ferreira, V.A. (2010) Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15 (1), 185-194.

World Health Organization. (1998) *Health Promotion Glossary*. Geneva: Division Of Health Promotion, Education and Communications.

World Health Organization. (2007) *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Denmark: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2007) *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: summary*. Denmark: WHO Regional Office for Europe.

Anexos

Anexo 1. Formulário autoreferenciado entregue aos pais



Tendo em vista a execução de um trabalho de mestrado em Atividade Física e Saúde da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, gostaríamos de contar com a sua colaboração.

Com este trabalho pretendemos investigar sobre os conceitos e os fatores determinantes de saúde e de obesidade na perspetiva de pais/e encarregados de educação de crianças e adolescentes que participam do projeto Acorda Escolas Valongo.

Os resultados obtidos neste estudo serão **confidenciais** e nessa medida apenas e só poderão ser utilizados pela equipa de investigação para a realização do trabalho referido.

No caso do encarregado de educação ser um dos pais solicitamos que o questionário seja respondido por ambos (pai e mãe), caso o encarregado de educação não seja um dos pais o questionário deverá ser respondido na secção "outro", informando o grau de parentesco/proximidade (tios, avó, etc.)

Estimamos que na sua totalidade este questionário demora cerca de **10** minutos a ser preenchido.

CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS E SOCIAIS

	Pai	Mãe	Outro
1 Data de Nascimento	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
2. Peso Actual	_ _ _ _ , _ kg	_ _ _ _ , _ kg	_ _ _ _ , _ kg
3. Altura Actual	_ _ , _ _ _ m	_ _ , _ _ _ m	_ _ , _ _ _ m
4. Grau de Escolaridade:			

	Pai	Mãe	Outro
até à 4ª classe	☐	☐	☐
5º ao 9º ano	☐	☐	☐
10º ao 12º ano	☐	☐	☐
Bacharelato	☐	☐	☐
Licenciatura	☐	☐	☐

Mestrado/Doutoramento ☐ ☐ ☐

5. Grau de parentesco/proximidade com a criança /adolescente: _____

6. Número do agregado familiar: _____

7. **Estado Civil:** 1. ☐ casados/união de facto 2. ☐ solteiro 3. ☐ viúvo 4. ☐ divorciados ou separado

8. **Profissão do Pai**

9. **Profissão da Mãe**

10. **Profissão do encarregado de educação (caso não seja um dos pais)** _____

HÁBITOS

Hábitos Tabágicos:	Pai	Mãe	Outro	Consumo de Bebidas Alcoólicas:	Pai	Mãe	Outro
fumo regularmente (nº cigarros p/dia: _____)	☐	☐	☐	bebe diariamente	☐	☐	☐
1 cigarro /dia	☐	☐	☐	1 copo/semana	☐	☐	☐
fumava regularmente e deixei de fumar	☐	☐	☐	já bebeu mas deixou de beber	☐	☐	☐
Nunca fumou	☐	☐	☐	Nunca bebeu	☐	☐	☐

Hábitos Alimentares:	Pai	Mãe	Outro	Hábitos de Lazer:	Pai	Mãe	Outro
Tenho uma alimentação saudável/equilibrada	☐	☐	☐	Assisto televisão (nº horas/dia: _____)	☐	☐	☐
Considero que as pessoas que vivem comigo têm uma alimentação saudável	☐	☐	☐	CONVIVO COM FAMILIARES, BRINCO COM MEU(S) FILHOS	☐	☐	☐
COSTUMO REALIZAR AS REFEIÇÕES EM RESTAURANTES, SHOPPING, ETC ...	☐	☐	☐	VOU AO PARQUE DA CIDADE, ANDO DE BICICLETA, CAMINHO	☐	☐	☐
TENHO QUE MUDAR MEUS HÁBITOS ALIMENTARES	☐	☐	☐	REALIZO TRABALHOS DOMÉSTICOS	☐	☐	☐

Prática de actividade física:	Pai	Mãe	Outro	Situações que me impedem praticar actividade física:	Pai	Mãe	Outro
FAÇO ACTIVIDADE FÍSICA PELO MENOS 3 VEZES POR SEMANA	☐	☐	☐	Falta de tempo	☐	☐	☐
COSTUMO INCENTIVAR MEUS FAMILIARES A PRATICAREM ACTIVIDADE FÍSICA	☐	☐	☐	TENHO PREGUIÇA	☐	☐	☐
GOSTO DE REALIZAR ACTIVIDADE FÍSICA	☐	☐	☐	NÃO HÁ PARQUES OU LUGARES PRÓPRIOS PERTO DE CASA	☐	☐	☐
FAÇO ACTIVIDADES FÍSICA POR OBRIGAÇÃO/NECESSIDADE	☐	☐	☐	NÃO POSSO GASTAR COM GINÁSIOS	☐	☐	☐

ASPECTOS IMPORTANTES PARA A SAÚDE (enumere de 1º a 10º segundo sua opinião) :

	Pai	Mãe	Outro
Não ter doenças e/ou dores	_____	_____	_____
Praticar actividade física	_____	_____	_____
Conviver com familiares e/ou amigos	_____	_____	_____
Ter parques próximo da casa	_____	_____	_____
Ter acesso aos cuidados médicos e/ou medicamentos	_____	_____	_____
Sentir-se feliz e realizado com o seu dia-a-dia	_____	_____	_____
Ter uma moradia	_____	_____	_____
Ter um trabalho/emprego	_____	_____	_____
Ter uma religião/crença	_____	_____	_____
Ter um corpo/imagem bonita(o)	_____	_____	_____

Afim de complementar esta investigação necessitamos realizar uma breve entrevista, na qual serão feitas apenas questões referentes ao tema da pesquisa (saúde e obesidade). Gostaríamos de contar com a vossa colaboração, assim solicitamos um contacto para agendar o horário.

Muito obrigada pela vossa participação!

Anexo 2. Guia de perguntas semiestruturado para as entrevistas



Projeto de mestrado: Saúde e obesidade – percepções de pais ou encarregados de educação de crianças e/ou adolescentes com sobrepeso ou obesidade

Guia de perguntas semiestruturado para entrevistas

O que é saúde?

Quais os cuidados que se deve ter para manter a saúde?

O que é obesidade?

Quais os cuidados para evitar a situação de obesidade?

Como é para você (s) cuidar de uma criança/adolescente que está com obesidade? Quais as dificuldades que você (s) sente?