

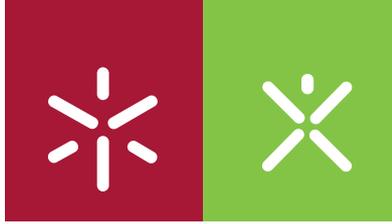


Universidade do Minho
Instituto de Estudos da Criança

Maria João Mendes de Oliveira

**O Olhar da Criança sobre a
Obesidade Infantil**

Junho de 2009



Universidade do Minho

Instituto de Estudos da Criança

Maria João Mendes de Oliveira

O Olhar da Criança sobre a Obesidade Infantil

Mestrado em Sociologia da Infância

Trabalho efectuado sob a orientação do
Professor Doutor Jean-Martin Rabot

Junho de 2009

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

«A criança é a nossa eternidade»

Robert Debré

AGRADECIMENTOS

O meu primeiro agradecimento será dirigido, a todas as crianças que estiveram envolvidas neste processo, pois sem a sua participação e colaboração esta investigação não teria sido possível.

À comunidade escolar da escola E.B. 2,3 Egas Moniz, em Guimarães: órgãos de gestão e restante comunidade docente, funcionários, alunos e encarregados de educação pelo facto de viabilizarem esta investigação. Em especial quero agradecer às Professoras Maria José Rodrigues e Isabel Vasconcelos pelo carinho, apoio e atenção que me dedicaram durante o tempo que passei com elas.

Ao Professor Rabot, por ter sido a âncora e ao mesmo tempo a alavanca para a realização deste trabalho, pela disponibilidade, e acima de tudo pelo interesse que demonstrou muito antes de ser escolhido para orientador. E também pela forma como me orientou, apoiou e estimulou durante todas as fases do trabalho de investigação. O meu mais profundo e sincero agradecimento.

A todos os amigos que contribuíram cada um à sua maneira, para que conseguisse concluir mais uma etapa.

À Dona Sofia e ao Senhor Falcão pela educação que me proporcionaram e por tudo o que me ensinaram.

Ao Mingos, pela companhia, compreensão e cooperação dada nos momentos mais difíceis e também pelo sentido e equilíbrio que imprime à nossa vida em comum, por tudo isto e muito mais, a ele dedico este trabalho.

RESUMO

A obesidade infantil já é considerada por muitos autores como sendo a epidemia do século XXI. Tendo em conta os estudos efectuados em relação a este tema, pretendemos apresentar uma abordagem geral sobre algumas das causas e algumas soluções, seja através, da escola, da família ou de programas de prevenção de âmbito nacional e internacional. De uma forma mais específica, o presente trabalho constitui uma análise sociológica da construção das relações de um grupo de pares, com crianças em idade escolar, sobre o conhecimento que estas crianças têm sobre a obesidade e até que ponto este facto é determinante nas suas relações do dia a dia. No contexto do que foi dito anteriormente, realizamos uma investigação cujos principais objectivos foram:

1. Tomar conhecimento da actividade física praticada depois das aulas.
2. Determinar o grau de autonomia de mobilidade e circulação no espaço urbano.
3. Determinar as actividades preferidas de lazer praticadas dentro e fora de casa.
4. Determinar as opiniões dos alunos relativamente a uma alimentação saudável.
5. Determinar a frequência com que os alunos ingerem determinados alimentos e a frequência com que acham que devem ingerir.
6. Determinar a frequência com que os alunos realizam algumas refeições e a frequência com que acham que devem fazer.
7. Caracterizar as opiniões dos alunos relativamente à sua aparência física.
10. Caracterizar o grau de amizade entre os alunos da amostra.

Para atingir estes objectivos, foram aplicados vários questionários, em diferentes fases aos alunos da amostra. No que diz respeito, à prática de actividade física, os resultados obtidos indicam que a maioria dos alunos pratica um desporto extra-escolar. Quanto à autonomia de mobilidade e circulação no meio urbano, os resultados obtidos demonstram que a maioria dos alunos demonstrou ter alguma liberdade de circulação apesar de se deslocarem para a escola, para o clube desportivo e para a casa dos amigos quase sempre de automóvel. No que diz respeito à alimentação, os resultados obtidos indicam que na sua generalidade os alunos têm consciência do que é uma alimentação saudável, contudo quando questionados sobre a frequência de ingestão de alguns alimentos algumas respostas indicam alguma confusão. No que concerne à determinação do grau de amizade, verifica-se que os alunos escolhidos como preferidos e como menos preferidos nada têm a ver com a questão do peso. Para finalizar, a partir dos dados obtidos a maioria dos alunos mostrou-se satisfeita com a sua aparência física e não tem intenções de a alterar.

Palavras-chave: Obesidade Infantil; Alimentação; Criança; Estigma; Imagem Corporal; Sociologia da Infância.

ABSTRACT

Childhood obesity is considered by many authors as the epidemic of the XXI century. Taking into account the studies on this issue, our goal is to present a general approach on some of the causes of childhood obesity as well as some solutions, through the school, the family or prevention programs for national and international areas.

In more specific words, this work is a sociological analysis of the construction of relations in a group of peers, with school-age children, about the knowledge that these children have on obesity and the extent to how critical this issue is in their daily relations. In the context of what was said previously, we conducted a research whose main objectives were: 1. To take note of physical activity practiced after school. 2. To determine the degree of mobility and autonomy of movement in urban space. 3. To know their favourite recreational activities conducted in and outside the home. 4. To determine the students' opinions on a healthy diet. 5. To determine how frequently do students eat certain types of food and know how often think they should eat. 6. To determine how frequently do students have some meals and how often think they should have them. 7. To characterize the views of students regarding their physical appearance. 10. To characterize the degree of friendship between students of the sample.

In order to achieve these objectives; several questionnaires were applied at different stages of the students' sample.

With regard to physical activity, the results indicate that most students practice some sport after classes and outside school. As for the autonomy of mobility and movement in the urban environment, the results show that most students have shown some freedom of movement; however they go to school, to the sports' club or to their friends' house almost always by car. In what it concerns to nutriment, the results show that, in general, students are aware of what is healthy eating, but when asked about the frequency they take some food some answers indicate some confusion. Regarding the determination of the degree of friendship, it appears that the students' selection on most favourites and least favourites has nothing to do with the issue of weight. Finally, from the data obtained, from the majority of students, they are satisfied with their physical appearance and have no intentions to change it.

Keywords: childhood obesity, nutrition, child; stigma, body image, Childhood Sociology.

ÍNDICE

Epígrafe	iii
Agradecimentos	iv
Resumo	v
Abstract	vi
I – Introdução	1
1.1- Contextualização e apresentação do estudo	1
II – Revisão de literatura	7
2.1 – Obesidade; obesidade infantil	7
2.1.1- Conceito e Prevalência	7
2.1.2 – Quais os factores determinantes da obesidade infantil	11
2.2 – A importância de uma alimentação saudável	14
2.3 – Circulação e mobilidade	18
2.4 – Políticas e práticas de prevenção da obesidade infantil	23
2.4.1- Programas nacionais de prevenção da obesidade infantil	23
2. 4.2- Programas internacionais de prevenção da obesidade infantil	28
2.5 – A importância da escola na educação alimentar e na prevenção da	31
obesidade infantil	
2.6 – O papel da família na prevenção da obesidade infantil	37
2.7- Imagem corporal	40
2.8 – Implicações da obesidade infantil nas relações sociais	44
2.9 – Estratégias de interacção no relacionamento entre pares	47
III – Metodologia	49
2.5 – População, amostra e recolha de dados	49
2.5.1- População e amostra	49
2.5.2- População	49
2.5.3- Amostra	49
3.2 – Caracterização do local de estudo e razões justificativas da sua escolha	50
3.3 – O método	51

3.4 – As técnicas	51
3.4.1 – Os questionários	52
3.4.2 – O teste sociométrico	54
3.4.3 – Antropometria	55
3.4.4 – Medidas da imagem corporal	59
IV – Apresentação, análise e interpretação dos dados	61
4.1 – Análise dos dados	61
4.1.1 – Programa de actividade física da criança	61
4.1.2 – Informação sobre a prática desportiva das crianças da amostra e da sua família	62
4.2 – Liberdade e tempo para brincar dentro de casa	64
4.2.1- Jogos preferidos das crianças da amostra dentro de casa	65
4.2.2 – Actividades realizadas pelas crianças da amostra dentro de casa	66
4.2.3 – Visionamento televisivo das crianças da amostra	67
4.2.4 – Actividade lúdica da criança no computador	67
4.3 – Relação das crianças da amostra com o seu bairro	68
4.3.1- Tempo diário de actividade lúdica na rua, sexo e idade dos amigos das crianças da amostra	70
4.3.2- Jogos preferidos das crianças da amostra fora de casa	71
4.3.3- Limite geográfico de brincadeira concedido e morada dos amigos	72
4.3.4- Visitas a amigos, forma de deslocação e acompanhantes no trajecto	73
4.3.5- Deslocações a pé com outras crianças e motivo de deslocação	74
4.3.6- Independência na travessia de ruas e companhia preferencial nos passeios a pé	75
4.3.7- Maior distância percorrida a pé sozinho ou com crianças e tempo do percurso	76
4.3.8- Trajecto casa/escola (distância, transporte e acompanhantes no percurso)	77
4.3.9- Trajecto casa/clube (distância, transporte e acompanhantes no percurso)	78
4.4- Opiniões das crianças da amostra relativamente à sua aparência física	79

4.5- Conhecimentos das crianças da amostra sobre alimentação saudável	82
4.5.1- Conhecimento sobre a frequência com que ingerem os alimentos	83
4.5.2- Conhecimento sobre a frequência com que devem ingerir os alimentos	86
4.5.3- Conhecimentos das crianças da amostra sobre a frequência com que fazem algumas refeições	91
4.5.4- Conhecimentos das crianças da amostra sobre a frequência com que devem fazer algumas refeições	92
4.5.6- Opiniões das crianças da amostra relativamente a uma alimentação saudável	93
4.6- O teste sociométrico	95
4.6.1- O teste sociométrico nº1	95
4.6.2- O teste sociométrico nº2	97
4.6.3- O teste sociométrico nº3	99
4.6.4- O teste sociométrico nº4	101
V – Conclusões e sugestões	105
5.1- Principais conclusões	105
5.2- Sugestões para estudos futuros	108
Referências Bibliográficas	109
Anexos	117

Índice de quadros

Quadro 1: Sexo	50
Quadro 2: Idade	50
Quadro 3: Índice de massa corporal das crianças da amostra	57
Quadro 4: Pontos de Corte para o excesso e obesidade através do IMC, para ambos os sexos dos 2 aos 18 anos	58
Quadro 5: Prática desportiva	62
Quadro 6: Em que dias praticam desporto	62
Quadro 7: Qual o tipo de desporto	63
Quadro 8: Alguém na família pratica desporto	63
Quadro 9: Liberdade para brincar dentro de casa e tempo dedicado à brincadeira	64
Quadro 10: Jogos preferidos das crianças dentro de casa	65
Quadro 11: Actividades realizadas pelas crianças dentro de casa	66
Quadro 12: Visionamento televisivo das crianças	67
Quadro 13: Actividade lúdica das crianças no computador	68
Quadro 14: Relação das crianças com o seu bairro (satisfação/preferências/limitações)	69
Quadro 15: Tempo diário de actividade lúdica na rua, sexo e idade dos amigos	71
Quadro 16: Jogos preferidos das crianças fora de casa	72
Quadro 17: Limite geográfico de brincadeira concedido e morada dos amigos	73
Quadro 18: Visitas a amigos, forma de deslocação e acompanhantes no trajecto	74
Quadro 19: Deslocações a pé com outras crianças e motivo de deslocação	75
Quadro 20: Independência na travessia de ruas e companhia preferencial nos passeios a pé	76
Quadro 21: Maior distância percorrida a pé sozinho ou com crianças e tempo de percurso	77
Quadro 22: Trajecto casa/escola (distância, transporte e acompanhantes no percurso)	78
Quadro 23: Trajecto casa/clubes (distância, transporte e acompanhantes no percurso)	79
Quadro 24: Qual a silhueta que melhor representa a tua aparência física actualmente?	81

Quadro 25: Qual a silhueta que gostarias de ter?	81
Quadro 26: Conhecimento sobre a frequência com que ingerem os alimentos	85
Quadro 27: Conhecimento sobre a frequência com que devem ingerir os alimentos	90
Quadro 28: Conhecimento sobre a frequência com que fazem algumas refeições	92
Quadro 29: Conhecimento sobre a frequência com que devem fazer algumas refeições	93
Quadro 30: Opiniões sobre alimentação saudável	94
Quadro 31: Teste sociométrico nº1	97
Quadro 32: Teste sociométrico nº2	99
Quadro 33: Teste sociométrico nº3	101
Quadro 34: Teste sociométrico nº4	103

Índice de figuras

Figura 1: Conjunto de silhuetas proposto por Stunkard <i>et al.</i>	59
---	----

CAPITULO I

INTRODUÇÃO

1.1 – Contextualização e apresentação do estudo

O presente trabalho constitui uma análise sociológica da construção das relações de um grupo de pares, com crianças em idade escolar, sobre o conhecimento que estas crianças têm sobre a obesidade infantil e até que ponto este facto é determinante nas suas relações do dia a dia. Como referem Sarmiento, M. e Pinto, M. (1997: 1) «as crianças e as problemáticas associadas à infância estão na ordem do dia das agendas política, mediática e da investigação». A obesidade infantil não é excepção, uma vez que tem vindo a atingir dimensões preocupantes, para fazer face a este problema têm sido implementados a nível nacional e internacional programas de prevenção e têm sido realizados estudos de prevalência da obesidade infantil, um pouco por todo o mundo, pois apesar de ser um fenómeno mais característico dos países desenvolvidos também nos países menos desenvolvidos se começa a sentir sinais desta doença.

A ideia de trabalhar este tema surgiu-me das memórias que guardo da minha pré-adolescência e das relações que mantínhamos com os colegas da escola. Lembro-me que na minha turma tínhamos uma colega obesa e que era o alvo de chacota da maioria dos colegas da turma. E que tal como eu, que nunca chacoteei, a verdade é que também nunca me insurigi contra os que praticavam esses actos. Há 16 anos atrás quando se passaram estes factos ainda não se ouvia falar sobre os problemas da obesidade infantil nem das suas consequências, sejam elas a nível físico, psicológico ou social. Actualmente e dada a situação alarmante da obesidade infantil, penso que é pertinente aprofundar este tema sobre a perspectiva das próprias crianças e dos seus inter-relacionamentos. É necessário que as crianças se consciencializem do problema e das consequências que ele acarreta de forma a alterarem os seus hábitos alimentares e o seu estilo de vida para que estes se tornem o mais saudável possível.

Do ponto de vista da Sociologia da Infância, (Prout, A. 2000), refere que nos últimos anos a infância e o corpo são temas que têm tido um enorme crescimento no interesse sociológico e são reconhecidos como temas legítimos de investigação sociológica. Uma das questões da investigação refere-se à imagem que as crianças obesas têm de si próprias, e neste sentido, o mesmo autor, alerta-nos para o facto de que a compreensão que a criança tem do corpo não pode ser tratada como uma imperfeita ou incompleta versão do adulto. Daí que

entrar no seu mundo, é um passo necessário para uma adequada sociologia relacionada com o corpo na infância.

Se considerarmos a criança enquanto sujeito sociológico autónomo e a encararmos como parte integrante de uma categoria estrutural e geracional própria, então, do nosso ponto de vista, e tendo em conta os conceitos teóricos da Sociologia da Infância, é nosso dever ter em atenção que «para quem investiga com crianças e não sobre elas, novos desafios se colocam na tentativa da recuperação das suas “vozes”. O estudo das culturas da infância implica, assim, o encontrar de metodologias e estratégias de investigação que permitam compreender a complexidade dos mundos das crianças, as (re)apropriações que fazem do mundo que as rodeia e, finalmente, a forma como contribuem para a mudança social» (Trevisan, G. 2006: 6).

O estilo de vida das populações foi profundamente alterado, pela revolução tecnológica e científica, a urbanização surgiu naturalmente devido às ofertas de trabalho, além disso, a entrada das mulheres no mundo do trabalho, trouxe implicações e mudanças nos hábitos e nos estilos de vida da população e como consequência na vida das crianças. «Daí que as características das sociedades pós industriais (hábitos sedentários, stress emocional, inactividade física...) e o nascimento de uma sociedade da informação que se reveste de uma padronização excessiva dos valores, atitudes e comportamentos, provocou de igual modo, uma grande mudança na estrutura familiar, escolar e social, com implicações profundas no mundo da infância» (Serrano, J. 2003: 4).

A revolução científica permitiu que a expectativa média de vida aumentasse, no entanto, apesar das melhorias ao nível da saúde materna e infantil e da população em geral, surgem novas doenças, que são mais frequentes nas sociedades desenvolvidas. É de salientar que «Em Portugal, verifica-se que as principais causas de mortalidade e morbilidade estão associadas às doenças fortemente relacionadas com as mudanças de comportamento que caracterizam o estilo de vida actual, nomeadamente as doenças do foro cardiovascular e as relacionadas com a obesidade» (Mota, M. 2007: 3). Sendo de realçar que a forma como nos alimentamos tem um carácter complexo, pois está sujeito à influência de vários factores determinantes, sociais, psicológicos, económicos religiosos, culturais, afectivos e emocionais.

A alimentação também está associada ao ciclo de amigos que nos rodeia, ao status cultural e social. Ainda há muito a ideia de que ter carne em grande quantidade no prato, por exemplo, é status social porque houve dinheiro para a comprar. Se na minha família sirvo uma pequena quantidade de carne no prato, provavelmente as outras pessoas vão pensar que não tenho dinheiro suficiente para a comprar.

São vários os estudos que sustentam a teoria que uma boa nutrição contribui para melhorar a capacidade de aprendizagem das crianças e jovens, o que leva a que tenham um melhor desempenho escolar. Além disso, «uma alimentação saudável é essencial às crianças para que possam ter um crescimento e desenvolvimento harmoniosos e prevenir uma variedade de problemas de saúde relacionados com a nutrição como atraso de crescimento, anemia, perturbações na aprendizagem, obesidade, cárie dentária e, mais tarde, doenças crónicas» (Loureiro, I. 1999: 70).

Para além das alterações nos hábitos alimentares, o ritmo de vida da população da sociedade actual que se reflecte como consequência nas rotinas das crianças, faz com que as crianças tenham menos tempo para a brincadeira espontânea e concludentemente pratiquem menos actividade física de uma forma livre. Daí que, «actualmente a gestão do tempo da vida das crianças é hoje um problema sério das sociedades modernas e verifica-se que o nível de importância atribuído pelos Pais na escolha das actividades para o preenchimento dos tempos livres dos filhos, está dependente de vários factores: habilitação académica, classe social, constituição da família, experiências anteriores, local de habitação, distância do local de trabalho, horários referentes à prática das actividades e dificuldades económicas» (Neto, C. 1997: 13).

A obesidade infantil é já considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como uma das epidemias do século XXI, e «Portugal é o segundo país europeu com maior prevalência de peso e de obesidade em crianças, de acordo com um estudo, de âmbito nacional, levado a cabo por uma equipa interdisciplinar de investigadores» (Padez *et tal*; 2004).

Algumas das causas que são apontadas para o aumento da obesidade infantil são a publicidade, a subvalorização de alimentos essenciais, a falta de informação nutricional, a imitação dos grupos de referência, o sedentarismo, os estilos de vida actuais e os tipos de relacionamentos. Assim como, a baixa auto-estima, a alimentação excessivamente calórica e grande vulnerabilidade à propaganda consumista, a mudança do padrão alimentar com maior ingestão de gorduras, irregularidade nos horários das refeições, acesso a alimentos “fast food”, falta de controlo dos pais, instabilidade familiar e alterações psico-sociais.

A obesidade é particularmente, estigmatizante na sociedade actual, para (Goffman, 1988), existem três tipos de estigma e a obesidade encaixa-se no primeiro tipo, que diz respeito às abominações do corpo, entre elas, as várias deformidades físicas. A sua transcendência em termos de saúde deve-se às importantes repercussões no desenvolvimento psicossocial da criança e do jovem. Pois este factor também pode ser significado de discriminação social,

auto-imagem negativa que persiste na adolescência e que se pode arrastar até à vida adulta, acarretando problemas de aprendizagem e de comportamento.

A actual sociedade de consumo define como padrão estético vigente, o culto por um corpo extremamente delgado, de tal forma que, «de acordo com as convenções sociais do momento, pode-se considerar que a obesidade e mesmo o sobrepeso são discriminados» (Almeida, A. *et al.*, 2006: 796). Daí que muitas vezes, a imagem pessoal surge como critério de selecção para muitos empregos, acabando assim por discriminar quem não corresponder fisicamente ao modelo pretendido.

Os meios de comunicação de massas, em particular a televisão, veiculam a imagem de um corpo perfeito relativamente às suas mensurações e às suas apresentações. É com bastante frequência que esta definição imposta de corpo delgado e perfeito «muitas vezes se associa a imagens de popularidade, inteligência e atracção. Esta conotação de corpo longilíneo e delgado, com êxito e forma ideal de aceitação, parece influenciar cada vez mais adolescentes e jovens, particularmente do sexo feminino, tornando-os receosos de engordar» (Moreira, P. 2000: 439).

São vários os programas nacionais e internacionais de prevenção da obesidade infantil, dentro dos nacionais há que destacar a Plataforma Contra a Obesidade cuja finalidade é diminuir a incidência e prevalência da pré-obesidade e da obesidade através da adopção de medidas integradas de prevenção primária, secundária e terciária. A partir deste programa é de salientar a participação e liderança de Portugal no Projecto Europeu de Vigilância da Obesidade Infantil (COSI) da Organização Mundial de Saúde (OMS). O COSI surge no âmbito da Plataforma Contra a Obesidade da Direcção – Geral da Saúde, onde foi definido, como medida prioritária, o conhecimento e vigilância epidemiológica da obesidade, em particular da obesidade infantil, no sentido de avaliar a evolução do fenómeno da obesidade e Portugal e compará-la com os objectivos da Carta Europeia Contra a Obesidade, cuja meta é a redução do crescimento da epidemia no horizonte temporal de 2015.

A nível internacional tem crescido a preocupação com a obesidade, principalmente com a obesidade infantil, neste sentido, surgiu a Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade que foi redigida em Istambul na Turquia em Novembro de 2006, que expõe que a prevalência da obesidade aumentou até três vezes nas últimas duas décadas e que metade dos adultos e uma em cada cinco crianças na Região Europeia da OMS têm excesso de peso. Destes um terço já é obeso e os números estão a aumentar rapidamente. A taxa anual de aumento da prevalência da obesidade infantil tem aumentado continuamente e é actualmente até dez vezes mais elevado do que era em 1970.

A escola também tem um papel importante na prevenção da obesidade infantil na medida em que as crianças e jovens passam lá, grande parte do seu tempo. «À escola compete transmitir conhecimentos e atitudes positivas que favoreçam a adopção de hábitos nutricionais adequados. Muitas vezes a escola é a principal oportunidade de aprendizagem de princípios e de comportamentos alimentares saudáveis» (Silva, S. 2007: 7), o que lhe proporciona uma responsabilidade acrescida.

Para além da escola, não podemos esquecer que a família tem um papel preponderante, logo desde a nascença, pois «os hábitos alimentares (bons ou maus) adquirem-se nos primeiros anos de vida e tendem a manter-se ao longo da vida, daí que os bons hábitos devem ser inculcados desde tenra idade, no seio da família. Pois nos primeiros anos de vida, a influência que a família exerce na aquisição de hábitos alimentares por parte das crianças é inquestionável» (*ibid.*: 31).

Compete ainda aos pais, para além dos cuidados na alimentação e saúde, incentivar os filhos e criar condições para realizarem actividade física. Não podemos esquecer que para que a criança se desenvolva de uma forma harmoniosa e integral, «a criança deve ter espaço e tempo para tudo: estudar, ver televisão, jogar videojogos, (...) mas também actividades de lazer e recreativas, que sejam dinâmicas. Cabe aos pais “imaginar”/“inventar” formas de promover a actividade física: subida de escadas, passeios, dança, jogos tradicionais, visitas a museus, visitas a parques naturais, etc.» (Baptista, M. 2006: 28).

A prevenção e o controlo da pré-obesidade e da obesidade assentam em três pilares: alimentação, actividade física e modificação comportamental. Tendo em conta as importantes repercussões sobre a saúde actual e futura das crianças e dos jovens, só a família, as instituições e o poder político poderão travar a progressão da doença.

Do ponto de vista organizativo, este estudo está dividido em 5 capítulos, procurando cumprir um estrutura própria que passamos a descrever:

No capítulo I, Introdução, procuramos referir um conjunto de assuntos que concorram para o enquadramento do tema e que vão ser desenvolvidos nos capítulos seguintes.

No capítulo II, Revisão da Literatura, o objectivo é elaborar um enquadramento teórico sobre a temática da dissertação. Esta apresenta-se dividida em subcapítulos, para melhor exposição dos temas.

No capítulo III, Metodologia, apresentamos a metodologia utilizada, contendo a caracterização da amostra, as técnicas, os questionários, o teste sociométrico, as medidas de imagem corporal e a antropometria.

No capítulo IV, Apresentação, Análise e Interpretação dos dados, descrevemos os resultados observados, evidenciando-se os factos mais relevantes para a compreensão do estudo.

No capítulo V, Conclusões e Sugestões, expomos as principais conclusões, apresentando as considerações finais do trabalho realizado, mas com a certeza que não está finalizado. Pois consideramos que há muito trabalho a realizar dentro do tema da obesidade infantil, e ainda, as Referências Bibliográficas e os anexos.

CAPITULO II

REVISÃO DE LITERATURA

2.1 – Obesidade; obesidade infantil

2.1.1- Conceito e Prevalência

Para definir o conceito de excesso de peso e obesidade, Stroebe, W. e Stroebe, M. (1995: 164/165), referem que «os conceitos de peso excessivo e de obesidade implicam um padrão de peso normal ou ideal relativamente ao qual um determinado peso possa ser avaliado. Uma vez que o peso e a altura estão muito correlacionados, esse padrão terá que ser especificado em função da altura». Uma outra definição do conceito de obesidade surge de Baptista, F. (2008: 33) que refere que «a obesidade é uma síndrome complexa de origem multifactorial, em que factores relacionados com o ambiente, nomeadamente a utilização crescente de alimentos ricos em gorduras e açúcares, o sedentarismo, o stress e as alterações do comportamento se interligam com factores de ordem genética».

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a obesidade como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde, tanto mais, que uma vez instalada, tende a autoperpetuar-se, constituindo-se como uma doença crónica. Para além desta consequência trágica, «a obesidade é um importante problema médico que está relacionado com o aumento do risco relativo a doenças graves como a diabetes e a hipertensão, bem como ao aumento da mortalidade» (Stroebe, W. Stroebe, M. 1995: 188).

Actualmente, a sociedade em geral e a comunidade médica em particular, têm estado cada vez mais preocupadas em realizar avaliações e estudos sobre o estado nutricional e o excesso de peso ou obesidade da população. Segundo Santiago, L. *et al.*, (2002: 147) «a prevalência da obesidade tem vindo a aumentar tanto em crianças como em adolescentes, com especial relevo na última década, como alguns estudos populacionais prospectivos têm vindo a mostrar».

Da mesma opinião, também Padez, *et al.* (2008), refere que «a pré-obesidade e a obesidade infantil parecem ter vindo a aumentar nas últimas duas décadas, nos países desenvolvidos e, em certo grau, noutras partes do mundo», ou seja, este problema já não se cinge apenas aos países dito desenvolvidos e começa já a atingir os países mais pobres, o que

torna a situação ainda mais grave uma vez que não possuem os meios económicos e estruturais necessários para fazer face a esta doença.

Tendo em conta que a prevalência da obesidade cresce em todo mundo parece-nos que «o estudo da prevalência da obesidade é da maior importância para a definição de políticas de saúde, quer no que se refere à dotação de serviços para o tratamento deste problema de saúde quer para a definição de programas de prevenção eficazes» (Santos, O. *et al.*, 2008: 229).

No seu estudo sobre doenças do comportamento alimentar, Carmo, I. (2001), menciona que «a obesidade é uma situação resultante duma cascata de factores genéticos e ambientais que determinam alterações metabólicas e, eventualmente, do comportamento alimentar».

A Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Obesidade (SPCO, 2005), relata que a obesidade é a forma mais comum de má nutrição no mundo ocidental, sendo uma doença crónica de armazenamento excessivo de gordura, com muitos anos de evolução, envolvendo na sua génese factores hereditários, bioquímicos, hormonais, ambientais, comportamentais e culturais.

No Workshop de Nutrição Pediátrica: da concepção à adolescência, sobre o tema: Obesidade Infantil: Prevalência e Comportamento, que se realizou no Estoril em Novembro de 2002, a Dra. Carla Rego, refere que a prevalência da obesidade atingiu proporções epidémicas em todo o mundo, e pela primeira vez na história do homem ela excedeu a da desnutrição. Menciona também que para além de ser uma das epidemias do século XXI e uma das doenças mais difíceis e frustrantes de tratar, a obesidade é hoje considerada como um síndrome complexo, multifactorial, conducente a alterações físicas, psíquicas e sociais graves com a sua génese na idade pediátrica.

A Plataforma Contra a Obesidade no seu artigo sobre *Obesidade Infantil – uma nova Epidemia* cita que seguramente existem dois factores muito importantes e que estão na base do crescimento da obesidade infantil em Portugal, por um lado a mudança nos hábitos alimentares com a perda dos valores tradicionais da alimentação mediterrânica por parte dos pais o que se reflecte directamente nos comportamentos alimentares das crianças (menor consumo de sopa, frutos, hortaliças e legumes e menos cereais completos) e a opção por produtos de reduzido valor nutricional mas de elevada densidade calórica, isto é, alimentos pobres em nutrientes mas ricos em calorias e que podem engordar; por outro lado os portugueses são de todos os povos da União Europeia aquele que apresenta maior nível de inactividade física entre os adultos. Na verdade sabe-se que pais pouco activos têm maiores

probabilidades que os seus filhos sejam igualmente crianças com baixo nível de actividade física.

Segundo o Plano Nacional de Saúde (2004-2010), valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 95, permitem fazer o diagnóstico de obesidade infantil. No entanto, «para determinar a obesidade nas crianças é necessário ter em conta que nas crianças, o peso corporal correlaciona-se com a gordura corporal, mas também está correlacionado com a altura, sendo que crianças com a mesma altura podem ter quantidade de gordura variável» (Pimentel, M. 2006: 972). Sendo também de salientar que a obesidade na criança e no adolescente devem ser determinados em tabelas de percentis, ajustadas à idade e ao sexo.

Segundo vários autores, é da maior importância que a determinação do excesso de peso e da obesidade se realize logo na infância, uma vez que tendencialmente as crianças obesas serão no futuro adultos obesos, particularmente se há obesidade num ou em ambos os progenitores. Pois «por possuir um número superior, em quantidade e tamanho, de células gordas, uma criança obesa tem sérias probabilidades de vir a ser um adulto com muitos quilos a mais. É durante os períodos críticos de desenvolvimento do tecido adiposo que se regista um aumento do número de adipócitos. Por esta razão é fundamental para a prevenção da obesidade a limitação de ganho de peso durante a infância e a adolescência de modo a evitar a proliferação das células gordas» (Carvalho, I., Silva, A. 2006: 104). Se até aos 5 anos, a criança é obesa e tem um progenitor obeso, essas duas circunstâncias determinarão a continuidade da doença em adulto. A obesidade que se prolonga pela adolescência especialmente até à faixa dos 10 aos 14 anos torna-se quase uma fatalidade para a vida toda, independentemente da constituição dos pais. Tendo em conta este problema crescente, o Director Geral de Saúde, Francisco George, já afirmou que vai ser criado em Portugal um Observatório para a Obesidade Infantil e afirma que é preciso falar da prevenção da obesidade, que é preciso falar da alimentação adequada, tal como é preciso falar da actividade física. Refere ainda, que tudo começa com a prevenção primária, há que conceber, planear e desenvolver iniciativas concretas que visem mudar comportamentos de risco e favorecer factores protectores de saúde.

Para Padez, C. (2002: 16), «a propensão para a obesidade deve ter estado entre nós desde há muito tempo. Apareceu apenas recentemente em tão larga escala como resultado das alterações no ambiente, em particular na disponibilidade e na composição dos alimentos e no reduzido esforço físico para os adquirir. É muito provável que a capacidade para armazenar gordura em tempos de abundância nutricional tivesse sido um traço positivamente seleccionado durante milhares de anos de evolução humana». Assim sendo, e tendo em conta

os conhecimentos científicos da actualidade, parece que as sociedades pós-modernas preferem correr os riscos inerentes à obesidade, pois tal como refere Rabot, (2009: 1-2) «se a experiência da radicalidade levanta “a hipótese não negligenciável de morrer” (D. Le Breton), já que os hábitos extremos, como a absorção de drogas ou as tentativas de suicídio, do mesmo modo que rotinas mais suaves, como o tabagismo, uma alimentação descuidada causam inúmeras estragos, essa mesma experiência obriga-nos também, e quiçá sobretudo, “a pensar um ideal comunitário em gestação” (M. Maffesoli). Tal como o mostrou Nietzsche, a experiência da radicalidade leva-nos a compreender “que o único meio de dar mais solidez aos fundamentos da sociedade consiste em tornar a dar um papel ao lado obscuro que está na base de todas as coisas humanas, ao excesso de energia que todo o organismo possui face à exigência de sobrevivência pura e simples” (G. Empoli)».

Também Carmo, I. *et al.*, (2008: 8), refere que «esta evolução da humanidade no sentido do aumento da prevalência tem sugerido a hipótese de uma selecção que foi benéfica até metade do século XX e se tornou desadequada nos países desenvolvidos a partir do estabelecimento da abundância alimentar e do sedentarismo».

Desde há alguns anos que a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem vindo a manifestar uma enorme preocupação com as questões relativas a consumos alimentares das populações, sobretudo da população jovem. De facto, o paradigma da saúde mudou: a sobrenutrição passou a ser alvo de uma atenção tão grande quanto a subnutrição. Presentemente, a OMS reconhece que a obesidade apresenta uma prevalência superior à desnutrição e às doenças infecciosas e define a obesidade como a epidemia do séc. XXI.

O alarme que a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem lançado em relação à obesidade e à diabetes justifica-se pelo facto de estas doenças serem em grande parte evitáveis, dado que estão relacionadas com hábitos e comportamentos, ou seja, estão associadas com o estilo de vida da população. Torna-se portanto, necessário destacar «que esta situação de obesidade, diabetes e causas de morte associadas nos países desenvolvidos ocorre num momento em que a esperança de vida nunca foi tão elevada ao longo da história da humanidade» (Carmo, I. *et al.*, 2008: 5-6).

2.1.2 - Quais os factores determinantes da obesidade infantil?

Segundo Padez *et al.*, (2008), a obesidade infantil é um problema de saúde pública por duas razões:

- 1) A obesidade na infância frequentemente evolui para uma obesidade no adulto e está ligada a um aumento quer da mortalidade, quer da morbilidade;
- 2) A obesidade infantil, está associada a patologias graves, tais como: hipertensão arterial, dislipidémias, inflamação crónica, hiperinsulinémia, problemas osteoarticulares, assim como consequências psicossociais importantes (baixa auto-estima, problemas comportamentais).

Os mesmos autores defendem que a obesidade é uma doença multifactorial, o seu desenvolvimento deve-se a múltiplas interacções entre os genes e o meio ambiente. Apesar do efeito que os factores genéticos têm, o aumento prevalente em populações geneticamente estáveis sugere que os factores ambientais e talvez os factores perinatais estejam fortemente associados à epidemia da obesidade infantil.

As crianças obesas são preocupantes, pois correm o risco de ter, antes de chegarem à idade adulta, uma série de doenças, diabetes, tensão alta, complicações gastro-intestinais, baixa auto-estima, problemas ortopédicos, dificuldades de dormir, brincar, correr, entre outras. Resumindo, «as crianças poderão ter consequências sociais, complicações psicológicas e físicas que têm a sua origem ou nas perturbações do metabolismo que arrasta o excesso de gordura, ou nas consequências directas, mecânicas ou respiratórias da carga excessiva transportada» (Frelut, M. 2004: 57). Um dos objectivos da ADEXO (Associação de Doentes Obesos e Ex-Obesos) é precisamente a sensibilização, o Presidente desta associação, Carlos Oliveira, referiu recentemente que actualmente, 60% da população portuguesa é obesa.

É do conhecimento de todos nós, que os problemas de segurança na cidade podem reduzir em muito a extensão com que as crianças brincam na rua, tornando-as necessariamente sedentárias. Sobre este assunto, o nutricionista João Breda, numa entrevista que deu ao Noticias Magazine de 22 de Março de 2009, refere que «à volta das grandes cidades, encontram-se zonas de exclusão social, onde o receio de sair e de brincar na rua coabita com a falta de infra-estruturas desportivas». Desta forma, as crianças praticam cada vez menos actividade física e passem mais tempo a ver televisão, vídeos ou jogando no computador em casa. Além disso, nunca é demais lembrar que actualmente a televisão, ocupa um lugar primordial no seio das famílias, tendo-se tornado, numa das principais ocupações dos tempos livres tanto das crianças como dos adultos. Daí que «as consequências desta

alteração no nosso estilo de vida são evidentes: quando se relacionam os valores de prevalência de obesidade com o número de horas que os jovens passam a ver televisão, um indicador do seu nível de sedentarismo, há uma relação linear, isto é, mais horas de televisão implicam maior obesidade» (Padez, C. 2002: 18).

A expansão da televisão foi um dos fenómenos mais importantes da história recente, este meio de comunicação parece exercer uma grande influência no homem moderno, sobretudo no âmbito das suas atitudes, valores e comportamentos. E, «embora o tempo destinado ao visionamento da TV e a utilização de computadores não esteja, sistematicamente, associado negativamente com a actividade física, a forma de utilização do tempo livre (especialmente no período pós-escola e de fim de semana) em actividades passivas ou sedentárias parece ter uma associação importante, particularmente nos adolescentes, para uma diminuição da sua prática ou envolvimento em actividades físicas» (Mota, J. Sallis, J.M. 2002: 51).

No estudo realizado por (Carvalho, I. e Silva, A. 2006), sobre *A Obesidade Infantil E Os Estilos De Vida Sedentários Das Crianças Portuguesas*, em que foi utilizada uma amostra de 870 crianças entre os 6 e os 10 anos de idade, os autores concluíram que de acordo com os resultados encontrados, estamos perante valores elevados (25%) de incidência de obesidade nas crianças em contexto escolar (1.º ciclo). Percentagem não inferior às registadas em outros países, onde a obesidade infantil é já considerada uma epidemia. O género é um factor associado à obesidade, apresentando o género feminino taxas de obesidade superiores às do género masculino.

A forma como as crianças passam o tempo livre é determinante no aumento da obesidade infantil. O tempo que as crianças passam a ver televisão e a jogar jogos electrónicos são factores determinantes da obesidade, assim como os locais que as crianças utilizam. Os programas de actividade física são determinantes e importantes no combate a esta epidemia. O papel dos pais é importante e é um elemento importante a tomar em consideração em qualquer programa a implementar no combate à obesidade.

Face aos valores elevados de incidência de obesidade poderemos inferir que haverá no futuro um cada vez maior número de adultos obesos, uma diminuição da saúde e conseqüente aumento da despesa de saúde pública no que diz respeito aos custos directos e indirectos da obesidade.

É fundamental o governo intervir com uma política de aplicação imediata, desde as idades mais precoces, no sentido de educar a população para um bem-estar social e uma melhor qualidade de vida. Esta intervenção terá repercussões na dimensão político-social: a

família (como primeiro e mais importante agente sociocultural na vida da criança), a escola (como meio privilegiado promotor da saúde) e a despesa pública (controlo da despesa pública de saúde).

Assim, e face aos resultados obtidos os autores pensam ser necessário fazer um combate em várias frentes: em casa, na escola e nas autarquias:

- Em casa, através de recomendações quer referentes ao tipo de alimentação praticada, quer ao aumento das actividades activas e à redução das actividades sedentárias, nomeadamente ao tempo que as crianças passam a ver televisão e a jogar jogos electrónicos;
- Na escola, através do programa da disciplina de Expressão Física e Motora, com actividades de duração e frequências superiores;
- Nas autarquias, através da implementação de espaços lúdicos e desportivos nas zonas residenciais.

Também, «a actividade física parece ser um elemento fundamental no controlo do peso corporal. Pelo aumento da energia dispendida e pela manutenção da massa muscular, a actividade física pode ser um coadjuvante importante com a dieta na manutenção de um peso corporal equilibrado. Por outro lado a actividade física pode também apresentar efeitos favoráveis em relação à distribuição regional da adiposidade corporal associada aos factores de risco aterogénico» (Mota, J. Sallis, J.M. 2002: 33).

Tendo em conta tudo o que foi referenciado anteriormente, do nosso ponto de vista, é urgente que se promova a prática de comportamentos saudáveis, aliando uma boa alimentação com a prática regular de exercício físico, de forma a alcançar um bem-estar físico, mental e social. Assim sendo, não podemos esquecer que «os estilos de vida saudáveis apontam para práticas de lazer activas que devem substituir o crescente sedentarismo que é responsável, entre outros, pelas designadas doenças urbanas, nomeadamente a obesidade, que afecta hoje numerosas crianças» (Pereira, B., Carvalho, G. 2006: XV).

Em conclusão, gostaríamos de referir que são vários os factores determinantes para o crescente aumento da obesidade, e em particular da obesidade infantil, pois os hábitos alimentares mudaram muito e em conjunto com uma menor actividade física livre, e não esquecendo as novas dinâmicas sociais, este é um problema que vai ser de difícil resolução. Pois no que às crianças e jovens diz respeito, e como refere Moreira, P. (2009) «os factores biológicos, ecológicos e de natureza psicossociocultural interagem de forma complexa no estabelecimento do consumo alimentar. Sabe-se, por exemplo, que o maior desejo de independência, a crescente participação em actividades sociais ou um horário com pouco

tempo livre podem contribuir para que o jovem faça um maior número de refeições fora de casa, omita refeições ou adote padrões alimentares desviantes como o de cafetaria. A busca de novos alimentos, ou de novos padrões alimentares, pode ser também uma consequência de motivações ecológicas, filosóficas ou religiosas».

2.2 – A importância de uma alimentação saudável

A forma como nos alimentamos tem um carácter complexo, pois está sujeito à influência de vários factores determinantes, sociais, psicológicos, económicos religiosos, culturais, afectivos e emocionais. Desta forma, «as práticas alimentares sofrem fortes influências de factores que é preciso analisar em maior profundidade. Existem valores e formas de vida associados a certos alimentos que constituem vectores de tomada de decisão. O prestígio atribuído socialmente a determinados alimentos, ou o desprestígio de outros, não têm relação com a dimensão saúde mas prendem-se com alguns valores que são realmente preocupantes em termos planetários» (Loureiro, I. 1999: 58).

Os hábitos alimentares têm vindo a modificar-se ao longo dos anos, para além disso, é importante referir que tal como todos sabemos, «os hábitos alimentares das populações, isto é, o tipo e a quantidade de alimentos ingeridos e a forma de os confeccionar, variam de região para região e de país para país, sendo condicionados pela interacção de vários factores, micro, macrossociais e/ou ambientais» (Costa, P. 2005: 18). Por exemplo, num país tão pequeno como o nosso, a variedade e qualidade gastronómica que se associa a cada uma das diferentes regiões que possuímos é enorme. Pois se no Minho não deixamos de gostar e de apreciar os Rojões à Minhota, em Trás-os-Montes, podemos apreciar uma boa Posta à Mirandesa ou Botelo com cascas, e por aí adiante, no que respeita às restantes regiões. Contudo, algumas destas tradições gastronómicas das diversas regiões têm vindo a perder-se no ambiente familiar e muitas vezes só se encontram em restaurantes. Isto porque, «a introdução das novas técnicas e tecnologias na esfera doméstica e a participação feminina no mercado de trabalho permitiram acelerar a mudança da cultura alimentar, nomeadamente na introdução da compra de produtos alimentares de preparação rápida» (Mascarenhas, M. 2007: 333).

Para funcionar eficientemente, o corpo humano requer o contributo de mais de quarenta nutrientes. Como tal, é preciso ingerir-se grande variedade de alimentos. Com excepção do leite, alimento suficiente nos primeiros meses de vida, não existe nenhum alimento capaz de fornecer todos os nutrientes necessários em quantidade apropriada. Assim,

«o equilíbrio alimentar será tanto maior quanto maior for a variedade de alimentos ingeridos, salvaguardadas a sua quantidade, qualidade e adequação à forma de vida e à idade de cada indivíduo» (Loureiro, I. Miranda, N. 1993: 178).

De maneira sucinta, e citando Castro, A. (2001), podemos dizer que são quatro os objectivos principais de uma correcta alimentação.

- Em primeiro lugar, deve fornecer os materiais necessários à estrutura do nosso organismo durante a fase de crescimento, na vida adulta e, mais tarde, durante o envelhecimento.

- Depois, deve proporcionar as substâncias necessárias à protecção e resistência do nosso organismo, para que possa estar em condições de poder responder à agressividade de qualquer ataque infeccioso.

- Em terceiro lugar, deve abastecer o nosso organismo de certas substâncias necessárias às reacções bioquímicas (tais como vitaminas, minerais e oligoelementos) indispensáveis à vida.

- Finalmente, o combustível necessário para que as células, através do seu próprio metabolismo, colaborem quer na manutenção da vida quer na formação de novas células que vão substituir as já degradadas.

Como refere Costa, P. (2005: 20) «uma alimentação saudável constitui um factor fundamental decisivo para a manutenção da saúde e bem-estar, quer individual, quer colectivo, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção de doenças metabólicas».

Isabel Albuquerque e Carla Pedrosa, nutricionistas do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Nutrição do Hospital Infante Dom Pedro em Aveiro, referem na edição online do jornal O Aveiro de 03 de Julho de 2008, que comer bem é comer equilibradamente. É comer alimentos de todos os grupos, de uma forma saudável e ajustada a cada indivíduo, para que ele consiga cobrir todas as suas necessidades nutricionais. A alimentação deve ser variada e deve optar-se por alimentos da época. Os frutos e vegetais da época são sempre muito mais ricos em termos vitamínicos e de minerais do que os que são produzidos em estufa e que são colhidos ainda verdes.

Estas indicações atrás referidas são poucas vezes cumpridas e como Costa, R. (2006: 49) constatou «a maioria dos portugueses come mal. Uns por excesso, outros porque não se alimentam de modo suficiente, outros ainda, fazem-no de modo desequilibrado, ingerindo um volume excessivo de alimentos, mas pobre nutricionalmente. Muitos comem correctamente, mantendo as tradições familiares, continuando a seguir um padrão alimentar saudável, recusando modas e resistindo ao apelo da sociedade de consumo».

São várias as teorias que apontam para a noção de alimentação saudável e na sua maioria referem-se à ingestão variada de todos os alimentos, sendo que uns podem ser ingeridos com mais frequência que outros devido à sua composição. Para definir a noção de saudável no que a alimentação diz respeito, Silva, L. (2006: 181-182) refere que «a representação social encontrada para a noção de “saudável” alimentar, inclui o conhecimento generalizado da normatividade médico-nutricional, mas não é a ela que se refere a essência dos discursos, que assenta em quatro pilares principais, todos eles profundamente imbuídos de simbologia cultural: o gosto, a estrutura das refeições, a industrialização dos alimentos e os riscos alimentares. A referência à normatividade como razão de ser para as escolhas racionais aparece profundamente imbricada na subjectividade, com a racionalidade leiga a modificar os significados das normas por forma a adequá-los aos contextos da vida».

Existe uma pirâmide que representa os grupos de alimentos, no entanto, em Portugal, orientamo-nos pela roda dos alimentos. Na pirâmide, a ideia é hierarquizar os alimentos, os que estão no topo são os piores e os da base são os alimentos a consumir em maiores quantidades. Já a roda, além de dar mais a ideia de um “prato”, não remete para a noção de melhores e piores, é tudo uma questão de quantidade. A versão portuguesa desta roda foi criada em 1977 pela Campanha de Educação Alimentar “Saber Comer é Saber Viver”. A evolução dos conhecimentos científicos e as diversas alterações na situação alimentar portuguesa conduziram à necessidade da sua reestruturação. A nova Roda dos Alimentos agora apresentada mantém o seu formato original, pois este é já facilmente identificado e associa-se ao prato vulgarmente utilizado. A subdivisão de alguns dos anteriores grupos e o estabelecimento de porções diárias equivalentes constituem as principais alterações implementadas neste novo guia. Possui uma interessante particularidade: além de visualizar os grandes grupos, indica também a proporção de peso com que os alimentos de cada um deve concorrer para uma alimentação saudavelmente equilibrada. A nossa roda dá maior prevalência à ingestão de uma maior quantidade de alimentos ricos em vitaminas, fibras e minerais, como os legumes, hortaliças, cereais (o arroz, o pão...) e as frutas. Para facilitar o conhecimento do valor nutricional das centenas de alimentos actualmente disponíveis e o seu uso correcto, basta agrupá-los de acordo com as suas características nutricionais, de modo que em cada grupo fiquem reunidos aqueles que se possam substituir entre si por possuírem mais semelhanças do que diferenças.

De uma forma simples, a nova Roda dos Alimentos transmite as orientações para uma Alimentação Saudável, isto é, uma alimentação:

- Completa – comer alimentos de cada grupo e beber água diariamente;

- Equilibrada – comer maior quantidade de alimentos pertencentes aos grupos de maior dimensão e menor quantidade dos que se encontram nos grupos de menor dimensão, de forma a ingerir o número de porções recomendado;
- Variada – comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando diariamente, semanalmente e nas diferentes épocas do ano.

A roda dos alimentos é um instrumento com valor pedagógico, pois representa as proporções com que os alimentos devem ser consumidos diariamente.

A alimentação também está associada ao ciclo de amigos que nos rodeia, ao status cultural e social. Ainda há muito a ideia de que ter carne em grande quantidade no prato, por exemplo, é status social porque houve dinheiro para a comprar. Se na minha família sirvo uma pequena quantidade de carne no prato, provavelmente as outras pessoas vão pensar que não tenho dinheiro suficiente para a comprar. Segundo, Silva, M. (2002: 37) «o acto de comer é, para qualquer ser vivo e como tal também para o ser humano, uma necessidade vital e irreprimível. Contudo, subjacente à forma como seleccionamos, preparamos ou combinamos os alimentos, ou mesmo às considerações que estarão na base do que percebemos como sendo ou não alimento, estão contextos históricos, culturais e sócio-económicos, entre outros».

São vários os estudos que sustentam a teoria que uma boa nutrição contribui para melhorar a capacidade de aprendizagem das crianças e jovens, o que leva a que tenham um melhor desempenho escolar. Além disso, «uma alimentação saudável é essencial às crianças para que possam ter um crescimento e desenvolvimento harmoniosos e prevenir uma variedade de problemas de saúde relacionados com a nutrição como atraso de crescimento, anemia, perturbações na aprendizagem, obesidade, cárie dentária e, mais tarde, doenças crónicas» (Loureiro, I. 1999: 70).

Todos sabemos que a alimentação é o motor do desenvolvimento, portanto, deve ser realizada com inteligência e de forma cuidada para que não tenhamos determinados problemas de saúde no presente e no futuro. No seu estudo, (Costa, P. 2005: 49), conclui que «uma alimentação saudável ao longo de todas as fases da vida acaba por influenciar a própria economia de um país, dado que favorece a saúde física e intelectual dos indivíduos. Isto reflecte-se no ritmo profissional de cada um e, conseqüentemente, na produtividade e no desenvolvimento do país». Dado isto, é pois necessário criar uma política alimentar, de forma a diminuir os custos imensos que são provocados pela má alimentação, seja do ponto de vista humano mas também financeiro, se os erros alimentares forem prevenidos, evitam-se gastos do erário público e promove-se um estilo mais saudável da população.

Estas medidas não são fáceis de implementar, uma vez que «num ambiente sócio-económico onde os alimentos estão disponíveis em abundância e onde fisiologicamente as pessoas não têm necessidade de um controle efectivo do seu apetite, existem obviamente, perigos para a saúde relacionados com este estilo de vida» (Padez, C. 2002: 18).

Resumindo, gostaríamos de salientar que como refere Mascarenhas, (2007: 231) «a marcha contra a obesidade nos últimos anos colocou a alimentação na ordem do dia». Se recuarmos um pouco no tempo, concluímos que os alimentos que os nossos progenitores consumiam eram bem diferentes dos que consumimos hoje. Pois a industrialização e a revolução tecnológica fizeram com que «na maioria dos países em desenvolvimento, as mudanças socioeconómicas ocorridas influenciaram os hábitos alimentares e a actividade física. Sendo de salientar que o aumento do peso corporal da maioria das pessoas com consequências graves para a saúde, é bem ilustrativo desta evolução (Costa, P. 2005: 4). Ou seja, desde que a elevada pressão financeira atingiu as fontes produtoras dos nossos alimentos com os seus métodos de produção rápida e toda a tecnologia moderna de refinação e conservação dos produtos alimentícios, os hábitos alteraram-se imenso. Aliada a esta situação, os meios de comunicação social fizeram uma grande pressão na promoção de produtos, que nos levam a ter necessidade de coisas que não precisamos e que não nos fazem bem. No fundo, e tendo em conta que os factores pessoais, comportamentais e do meio são elementos crucialmente influentes no comportamento alimentar determinando-se reciprocamente, a maioria das pessoas, incluindo nós, comemos com os olhos e sobre a influência de terceiros, não usando a inteligência na selecção dos alimentos.

2.3. - Circulação e mobilidade

A revolução tecnológica e científica e as transformações daqui ocorridas marcaram profundamente uma modificação no estilo de vida da população. No nosso país o fenómeno da urbanização ocorreu simultaneamente com o da litoralização, e esta concentração de população no meio urbano trouxe implicações e alterações nas rotinas, hábitos e estilos de vida da população e como consequência na vida das crianças. Daí que «as características das sociedades pós-industriais (hábitos sedentários, stress emocional, inactividade física...) e o nascimento de uma sociedade da informação que se reveste de uma padronização excessiva dos valores, atitudes e comportamentos, provocou de igual modo, uma grande mudança na

estrutura familiar, escolar e social, com implicações profundas no mundo da infância» (Serrano, J. 2003: 4).

A evolução da sociedade movida pela industrialização e mecanização das tarefas associado ao desenvolvimento tecnológico e ao fenómeno crescente da urbanização provocou profundas alterações nos padrões de vida das sociedades contemporâneas. E «se nos primórdios da humanidade o Homem se exercitava fisicamente sobretudo como mecanismo de sobrevivência (caça, pesca, defesa do clã familiar, etc.), o Homem de hoje, apesar da redução do número de horas semanais de trabalho e o conseqüente aumento do tempo livre, ocupa-se predominantemente com actividades do tipo sedentário, acompanhadas de sérios erros alimentares, com efeitos perniciosos na formação exagerada de gordura corporal e com repercussões nefastas na saúde e no bem-estar individual» (Silva, D. 2006: 118). Estas atitudes predominantemente sedentárias dos adultos reflectiram-se nas crianças que praticam cada vez menos actividade física, como consequência de terem menos tempo e espaço para o jogo e para a brincadeira ao ar livre devido às limitações urbanas. Sendo de salientar que «a economia progressiva de espaço livre que caracteriza as grandes cidades e a falta de uma planificação adequada à qualidade e quantidade de espaços a criar em certas zonas habitacionais, limitam cada vez mais a população infantil no acesso a determinadas experiências corporais de extrema importância para o seu desenvolvimento harmonioso» (Serrano, J. 2003: 154).

Considerando a cidade como um fenómeno global de grande importância histórica, cultural, económica e social, não podemos esquecer que cada vez se torna um espaço menos adequado para as crianças, pois o espaço urbano devido à sua configuração está cada vez mais perigoso para as crianças.

O universo urbano tornou-se altamente instável condicionando de forma profunda os estilos de vida da população que aí habita, reflectindo-se necessariamente nas rotinas do dia-a-dia das crianças, e na sua autonomia de mobilidade urbana, uma vez que «os problemas de segurança com as crianças significam que, enquanto no passado elas podiam ir a pé para a escola, hoje em dia são transportadas de carro» (Padez, C. 2002: 17-18). Sendo que alguns dos factores que são apontados como limitadores desta autonomia podem estar interligados com factores económicos e sociais. Devido à diminuição de independência de mobilidade das crianças no meio urbano, têm surgido algumas investigações de vários autores de diversos países com o intuito de estudar e perceber melhor as causas deste fenómeno, uma vez que a autonomia é um processo fundamental no crescimento e desenvolvimento das crianças. Sendo de salientar que «a quantidade de trajectos que as crianças fazem, sozinhas ou acompanhadas

por pares ou por adultos, indica-nos o seu grau de independência e de autonomia» (Almeida, K. 2005: 89).

As crianças que habitam na cidade a pouco e pouco vão perdendo a autonomia que tinham alcançado em casa a partir do momento em que saem de lá. Pois quando saem à rua os perigos são tantos que só o podem fazer quando acompanhados e de mão dada. Esta situação faz com que as brincadeiras de rua praticamente tenham deixado de existir, e limita as crianças para realizarem as suas brincadeiras no exterior. Para colmatar esta dificuldade foram criados espaços de lazer, em zonas verdes e próximos das áreas de residência. A criação e a promoção de contextos para a prática da actividade lúdica são de extrema importância para o desenvolvimento integral das crianças e contribui para a criação de hábitos de vida saudáveis. Além disso, é indispensável «que todas as crianças tenham acesso a espaços que possibilitem o seu desenvolvimento motor, social, emocional e intelectual, promovendo a saúde e o desenvolvimento cultural evitando práticas de risco» (Pereira, B. 2002: 14). No entanto, as crianças só podem frequentar estes espaços quando estão acompanhadas por um adulto o que acaba também por limitar a criança, pois tem que estar sempre à espera que o adulto tenha tempo livre para a levar ao parque. Dada a dificuldade que as famílias têm em gerir o tempo das crianças, sendo este um fenómeno mais evidente nos grandes centros urbanos, criaram-se condições para o aparecimento progressivo de instituições privadas e públicas dedicadas à organização de tempos livres. Daí que, «pais e educadores assumam em grande parte dos casos, o lazer como jogo e acreditam que as actividades recreativas, desportivas ou artísticas organizadas pelos adultos são boas alternativas ao jogo livre e espontâneo» (Neto, C. 1997: 13). A família tem um papel importante na valorização do lazer, quanto mais educadas mais acesso têm ao lazer. Frequentemente as famílias utilizam «o lazer com o objectivo da formação da criança visa colmatar a oferta limitada das nossas escolas, compensando o currículo único. Vai de encontro aos centros de interesse da criança de forma a favorecer a sua auto-estima, visando o seu desenvolvimento motor, musical, intelectual e cultural» (Pinto, M. Sarmiento, M. 1999: 95).

Devido ao ritmo e ao estilo de vida das famílias que se reflecte nas crianças e que não permite que pratiquem actividade física suficiente, uma vez que têm menos tempo para o jogo e para a actividade lúdica espontânea. Actualmente a gestão do tempo da vida das crianças é um problema sério das sociedades modernas e «verifica-se que o nível de importância atribuído pelos Pais na escolha das actividades para o preenchimento dos tempos livres dos filhos, está dependente de vários factores: habilitação académica, classe social, constituição

da família, experiências anteriores, local de habitação, distância do local de trabalho, horários referentes à prática das actividades e dificuldades económicas» (Neto, C. 1997: 13).

Para Fernandes, S. e Pereira, B. (2006: 40), «a adopção da prática de actividades desportivas nos tempos lazer, a promoção de mais actividades desportivas extracurriculares nas nossas escolas e o desenvolvimento adequado de actividades físicas regulares, constituem-se como as alternativas mais viáveis para se conseguir colmatar esta falta de actividade física». No seu estudo sobre a prática desportiva dos jovens e a sua importância na aquisição de hábitos de vida saudáveis, as autoras concluíram que a maioria dos jovens desenvolve uma actividade desportiva para além das aulas de Educação Física; os rapazes praticam significativamente mais desporto do que as raparigas; os principais motivos que conduzem os jovens à prática desportiva são o gosto que nutrem pelo desporto, o divertimento e ocupação dos tempos livres que este lhes proporciona e a manutenção e melhoria da condição física; a falta de tempo, a incompatibilidade dos horários e a falta de oferta são as razões que mais condicionam a prática desportiva destes jovens. Numa outra perspectiva acerca da aquisição de hábitos saudáveis a partir da promoção e realização de actividades físicas no tempo de lazer, Mota, J. e Sallis J. (2002: 29) referem que «apesar de a investigação nesta área não ser consensual, é possível destacar que a participação em diferentes tipos de actividades física/desportivas, o interesse dos pais nessa participação, o acesso a equipamentos, programas e locais seguros para a realização das actividades, são factores determinados, em grande parte pelo nível socioeconómico, sendo normalmente as crianças e adolescentes de estratos sociais mais elevados fisicamente mais activos do que aqueles que pertencem a estratos sociais mais baixos». De forma a prevenir o sedentarismo das nossas crianças e jovens deveriam ser implementados programas e actividades comunitárias que promovessem actividades desportivas durante o período de tempos livres de forma a estimular a adesão a estilos de vida saudáveis. Para além das crianças também «todos os adolescentes deveriam ser fisicamente activos diariamente, ou quase todos os dias, como parte da brincadeira, jogos, desportos, trabalho, transporte ou recreação, integrados no contexto da família, da escola e de actividades comunitárias» (Armstrong, N. 1998: 5).

O Artigo 31º – Convenção Sobre os Direitos da Criança de 1989, consagra à criança o direito ao recreio. «Os Estados Partes reconhecem à criança o direito aos tempos livres, o direito de participar em jogos e actividades recreativas próprias da sua idade e de participar livremente na vida cultural e artística» (UNICEF, 1989). Neste sentido, o recreio é um direito da criança, e como tal, em situação alguma deve ser retirado. Faz todo o sentido, e torna-se absolutamente necessário, um tempo e um espaço para que as crianças experienciem livre e

espontaneamente os seus interesses, onde a imprevisibilidade, a aventura e o confronto com o espaço físico tenham lugar. É também nos espaços de recreio que as crianças têm «a oportunidade de trocar experiências, brincar, competir, manter relações sociais, criar ou fortalecer laços de amizade com os parceiros da aula ou escola, nos jogos da bola, da macaca, da apanhada e tantos outros» (Cabrita, A. 2005: 20). Os espaços de recreio, exteriores ou interiores, devem atender a requisitos de carácter físico, técnico e educativo, além disso, é o espaço privilegiado para o jogo, e este é muito importante porque «cumpre a satisfação de certas necessidades de tipo psicológico, social e pedagógico e permite desenvolver uma grande variedade de destrezas, de capacidades e de conhecimentos (ibid.: 38). Dadas as suas características e considerando os constrangimentos da vida actual, os recreios escolares, constituem-se como momentos e oportunidades óptimos de estimulação e desenvolvimento de estilos de vida activos. Os parques infantis são importantes no desenvolvimento integral das crianças, sendo um espaço de jogo e recreio que garanta um valor lúdico máximo tendo em conta as medidas de segurança necessárias, contribuindo ao mesmo tempo para a criação de hábitos de vida activos, logo desde crianças. Neste sentido, também nos Jardins-de-infância e nas escolas se deve valorizar o espaço do recreio melhorando as suas condições com mais segurança e melhores equipamentos. Sendo o recreio das crianças utilizado diariamente, tendo em conta, como refere Pereira, B. (1999: 77), que «é no dia-a-dia, na rotina diária, que a criança se desenvolve integralmente, é no qualificar deste dia a dia que as políticas para a infância devem assentar e não em episódios ocasionais como os grandes acontecimentos ou festas. É nas oportunidades do dia-a-dia que a criança se desenvolve sob o ponto de vista emocional, social, motor, intelectual e afectivo». Neste sentido, também o espaço de recreio deve ser valorizado na medida em que pode contribuir positivamente para a criação de hábitos saudáveis que se podem e devem prolongar por toda a vida. Pois «ao desenvolverem uma atitude positiva e aptidões relacionadas com a actividade física nos primeiros anos de escolaridade, é mais fácil às crianças a continuação destes hábitos em anos vindouros» (Loureiro, I. Miranda, N. 1993: 193).

2.4- Políticas e práticas de prevenção da obesidade infantil.

2.4.1 – Programas nacionais de prevenção da obesidade infantil

No nosso país, são vários os programas de prevenção da obesidade infantil, sejam a eles ao nível da intervenção escolar, dos centros de saúde, do controlo publicitário e ainda, através de acordos com os Municípios.

A Plataforma Contra a Obesidade (PCO), faz parte do Plano Nacional de Saúde (2004-2010), refere que a incidência e a prevalência quer da pré-obesidade quer da obesidade têm vindo a aumentar na União Europeia e, também, em Portugal, constituindo um importante problema de saúde pública. A essência desta situação está, seguramente, relacionada com padrões de comportamento alimentar caracterizados por elevado consumo de calorias (açúcares e gorduras) e paralelamente, por dietas cada vez menos ricas em cereais completos, hortaliças e frutos, para além de reduzidos níveis de actividade física. A génese da obesidade deve-se a sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia é superior à quantidade de energia gasta pelo organismo, ainda que outros factores, também determinem a sua origem, nomeadamente genéticos, culturais e hormonais.

A finalidade da Plataforma Contra a Obesidade é diminuir a incidência e prevalência da pré-obesidade e da obesidade através da adopção de medidas integradas de prevenção primária, secundária e terciária. Algumas das medidas de política e regulamentação no que diz respeito à prevenção primária são:

- Controlar, através de Proposta de Lei, o perfil nutricional (quantidade de calorias, sal, açúcar e gorduras (saturadas e trans) dos alimentos produzidos pela indústria alimentar;
- Regular a disponibilidade de alimentos com elevado teor de calorias, sal, açúcar e gorduras (saturadas e trans) nas cantinas/bares das escolas, dos serviços públicos, das empresas;
- Promover, através de Proposta de Lei, a reformulação da rotulagem das embalagens de alimentos, de forma a tornar legível a informação nutricional;
- Legislar sobre o marketing e publicidade de alimentos dirigidos a crianças e adolescentes.

No que diz respeito às medidas intersectoriais, algumas das medidas propostas da Plataforma Contra a Obesidade são:

- Desenvolver com a Associação Nacional dos Municípios orientações em matéria de urbanismo promotoras da actividade física;

- Criar gabinetes nos Municípios com competências em matéria de alimentação que supervisionem a alimentação pré-escolar e escolar;

- Estabelecer Protocolos de Colaboração com o Instituto do Desporto para a elaboração de Recomendações Nacionais para a actividade física saudável ao longo da vida e para a realização de acções de formação/informação.

Ao nível da prevenção secundária e terciária algumas das medidas de Política e Regulamentação são:

- Operacionalizar o Centro de Observação Nacional para a Obesidade e Controlo de Peso, sediado na SPEO – Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade, seguindo as directivas da Organização Mundial de Saúde e da Direcção-Geral da Saúde;

- Realizar estudos epidemiológicos, a conduzir regularmente, assegurando representatividade nacional e regional, com o objectivo de caracterizar e monitorizar a incidência e prevalência da pré-obesidade, da obesidade e seus determinantes nas crianças, adolescentes e adultos;

Como já referimos, a prevenção e o controlo da pré-obesidade e da obesidade assentam em três pilares: alimentação, actividade física e modificação comportamental. Sabendo que «uma alimentação saudável ao longo de todas as fases da vida influencia a economia de um país, pois favorece a saúde física e intelectual, reflectindo-se no ritmo profissional de cada um» (Silva, S. 2007: 21). É urgente que se tomem medidas o mais cedo possível, para isso, e tendo em conta as importantes repercussões sobre a saúde actual e futura das crianças e dos jovens, só a família, as instituições e o poder político poderão travar a progressão da doença. É nesse sentido, que o Programa Nacional de Combate à Obesidade que se integra no Plano Nacional de Saúde (2004-2010), e que foi aprovado por Despacho pelo Ministro da Saúde a 28 de Janeiro de 2005, pretende actuar. Este Programa visa como objectivo geral, contrariar a taxa de crescimento da pré-obesidade e da obesidade em Portugal. E assenta num processo de cooperação e de parceria entre sectores públicos, privados e não governamentais que actuam na área da saúde, com responsabilidades a nível local e regional. Outros sectores como a educação, autarquias e empresas são, igualmente, chamados a intervir e a assumir responsabilidades na operacionalização do Programa Nacional de Combate à Obesidade. As intervenções, no âmbito do Presente Programa, devem ser multidisciplinares e fazerem-se sentir a nível individual, na mudança de comportamentos, nos grupos de influência, nas instituições e na comunidade, num contexto de suporte, não estigmatizante, que tenha em consideração as influências sociais, culturais, económicas e ambientais.

A Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação (SPCNA), está a realizar um estudo de avaliação nutricional que contempla a avaliação da ingestão alimentar, dos estilos de vida (actividade física, consumo de bebidas alcoólicas, hábitos tabágicos) e de saúde de uma amostra representativa da população portuguesa. Numa primeira fase estão a ser inquiridos adultos e numa segunda fase serão avaliados crianças e adolescentes.

A Sociedade Portuguesa Para o Estudo da Obesidade (SPEO), foi fundada em 1989 tem como objectivo principal promover a investigação e a divulgação de conhecimento relacionado com a obesidade e os aspectos com ela relacionados, com relevância para a sociedade e comunidade científica (epidemiologia, comportamento alimentar e actividade física, complicações médicas, etc.).

A organização de reuniões científicas, nomeadamente o Congresso Português de Obesidade assumem para a SPEO um papel decisivo na sua esfera de acção e muitos dos seus recursos são dedicados a este evento anual. A SPEO assegura também a representação nacional das sociedades científicas e organizações afins internacionais dedicadas ao tema da obesidade, como a *International Society for the Study of Obesity* e a *European Association for the Study of Obesity*.

A Sociedade Portuguesa Para o Estudo da Obesidade tem como meta iniciar iniciativas de formação destinadas a técnicos de saúde e profissionais de áreas afins interessados em especializarem os seus conhecimentos no tratamento e na prevenção da obesidade.

O Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição tem as seguintes atribuições: formular os princípios orientadores de uma política de alimentação e nutrição; Servir de órgão consultivo do Governo da República e dos Governos Regionais da Madeira e dos Açores nos domínios da política alimentar e da nutrição; Coordenar e apoiar a actividade dos organismos ou serviços públicos em matéria de estudos, ou quaisquer outras acções relacionadas com a política de alimentação e nutrição.

A Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, através do Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP – RAM e em parceria com a Direcção Regional de Educação, está a participar no Projecto Europeu de Vigilância da Obesidade Infantil (COSI) da Organização Mundial de Saúde (OMS). Este projecto, que visa a recolha de uma amostra significativa de crianças entre os 6 e os 10 anos de cada país, é liderado por Portugal e compreende, simultaneamente, a participação de 17 países europeus. Na Região, o projecto contará com a inclusão de 187 alunos do 2º ano do 1º ciclo, num universo de escolas seleccionado, aleatoriamente para o efeito.

A implementação deste sistema de vigilância simples, padronizado, harmonizado e sustentável é uma medida claramente importante para corrigir a lacuna que existe na obtenção de informação sobre o estado nutricional, instrumentos de validação e monitorização da prevalência da obesidade em crianças, permitindo também, identificar grupos em risco, assim como pode ser consolidada com outros protocolos para avaliar o impacto de intervenções de prevenção da obesidade no âmbito escolar.

Esta iniciativa surge como chave para o estímulo de uma resposta política adequada, para promover a formulação de informação mais completa e monitorizar o progresso de objectivos concretizados. A Vigilância Nutricional surge no âmbito do problema crescente na Europa, que é a Obesidade. Este facto é de extrema importância, já que, cerca de 60% das crianças com excesso de peso, antes da puberdade, serão adultos com excesso de peso. Além disso, aos 6 anos de idade começa a repercussão de tecido adiposo, ou seja, inicia-se o segundo período de rápido crescimento de massa gorda.

A implementação desta iniciativa de vigilância integra a parceria já instituída entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação.

A primeira recolha de dados teve lugar no ano escolar de 2007/2008, e será seguida de novas recolhas de dados em intervalos de dois anos. Em 2010, o primeiro relatório de dados sobre a obesidade infantil seguirá para o Comité Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS), no qual os resultados da iniciativa de vigilância serão apresentados. Para Portugal será a primeira vez que será instituído um sistema integrado de vigilância nutricional infantil.

As principais medições antropométricas realizadas serão o peso e estatura/altura. As medições serão feitas por examinadores ou indivíduos treinados e standardizados de acordo com o protocolo comum. Dando continuidade a estas medições, será calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), para identificar a prevalência de crianças com baixo peso, peso normal, excesso de peso, obesidade, a média e mediana de IMC na população. No final, serão ainda aplicados dois questionários para conhecimento do meio escolar e do meio familiar da criança.

O COSI surge no âmbito da Plataforma Contra a Obesidade da Direcção – Geral da Saúde, onde foi definido, como medida prioritária, o conhecimento e vigilância epidemiológica da obesidade, em particular da obesidade infantil, no sentido de avaliar a evolução do fenómeno da obesidade em Portugal e compará-la com os objectivos da Carta Europeia Contra a Obesidade, cuja meta é a redução do crescimento da epidemia no horizonte temporal de 2015.

ACORDA é o nome do projecto da Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade do Porto (FCDEF). Adolescentes e Crianças Obesas em Regime de Dieta e Actividade física (ACORDA), o programa da (FCDEF) é direccionado a crianças com problemas de obesidade, 30% das crianças entre 7 e os 10 anos têm excesso de peso. Portugal é o segundo país da União Europeia com maior taxa de crianças obesas. Consciente deste problema a FCDEF criou, através da professora Paula Santos, o programa ACORDA. Este programa aceita crianças com problemas de peso recomendadas pelos hospitais do Porto, mas também recomendadas por pediatras particulares. O programa consiste na estimulação das crianças para a prática de actividade física e na consciencialização de hábitos alimentares saudáveis. Também integradas no mesmo programa estão as aulas de desporto para os pais. Muitas vezes o problema da obesidade deve ser encarado por toda a família e não apenas pela criança em questão. Para Paula Santos, o problema da obesidade implica uma mudança de hábitos alimentares de toda a família e não apenas da criança. Quando é a família inteira empenhada num objectivo comum, é muito mais fácil conseguir o sucesso.

As escolas, enquanto espaços educativos e promotores de saúde, devem criar cenários valorizadores de uma alimentação saudável, não só através dos conteúdos curriculares, mas também através da oferta alimentar em meio escolar, para que as nossas crianças e adolescentes, sejam progressivamente capacitados a fazer escolhas saudáveis. A Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), através do Núcleo de Educação para a Saúde (NES), desenvolve este referencial que não pretende ser mais do que um instrumento de apoio directo aos agrupamentos/escolas e, através destes, aos alunos e demais intervenientes no acto educativo. É um documento de contextualização de um fenómeno cada vez mais preocupante – má -nutrição e seus custos para a saúde individual e pública – e, ao mesmo tempo, um documento de sensibilização para novas ofertas alimentares e para a adopção de comportamentos mais críticos em relação a essas mesmas ofertas.

Segundo, Loureiro, I. (1999: 81) «compete à sociedade científica e aos meios de comunicação social divulgar, de uma forma adequada, a informação que a população necessita, aos educadores contribuir para o desenvolvimento de capacidade crítica fundamentada para gerir a pletora de oferta de produtos alimentares num sentido de prazer controlado, aos políticos o estabelecimento de políticas e programas de promoção de uma alimentação saudável e acessível e aos consumidores criarem mecanismos que garantam uma oferta de qualidade e a prática de escolhas criteriosas que tenham em conta os seus interesses e os da sociedade».

Em suma, o que se pretende é que a implementação dos programas de prevenção da obesidade, e em particular da obesidade infantil, sejam realizados o mais rapidamente possível de forma a controlar e minimizar este problema crescente. Contudo no que se refere à prevenção, na opinião de Rabot, (2009: 2), «contra o carácter inevitável da ocorrência de acidentes e contra o carácter irremediável do surgimento contínuo de novas doenças, muitos advogam a favor da implementação de campanhas de prevenção, do reforço de políticas sociais mais justas, de programas educacionais mais adaptados aos costumes do tempo e vocacionados para as camadas mais vulneráveis da população. Assim, poder-se-ia alcançar a generalização de padrões culturais orientados pelos exclusivos critérios da razoabilidade e da temperança. Em suma, usar de tudo sem abusar de nada. Particular ênfase é dada à educação sexual, às práticas alimentares saudáveis, à promoção da saúde, à luta contra as discriminações sociais, ao combate à ignorância e ao obscurantismo. Muito em voga está o termo de qualidade, uma panaceia de múltiplas aplicações, como por exemplo nos domínios da educação, da saúde ou ainda do mundo do trabalho».

2.4.2 - Programas internacionais de prevenção da obesidade infantil

A nível internacional tem crescido a preocupação com a obesidade, principalmente com a obesidade infantil, neste sentido, surgiu a Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade que foi redigida em Istambul na Turquia em Novembro de 2006, que expõe que a prevalência da obesidade aumentou até três vezes nas últimas duas décadas e que metade dos adultos e uma em cada cinco crianças na Região Europeia da OMS têm excesso de peso. Destes um terço já é obeso e os números estão a aumentar rapidamente. A taxa anual de aumento da prevalência da obesidade infantil tem aumentado continuamente e é actualmente até dez vezes mais elevado do que era em 1970.

De acordo com o preconizado pela Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade pelos Estados – Membros da Organização Mundial de Saúde – Europa, entre os quais Portugal, as metas a atingir no próximo ano são:

1. Conseguir progressos visíveis na redução da obesidade nas crianças e nos jovens nos próximos 4 anos;
2. Contribuir para o controlo do crescimento da epidemia da obesidade até 2009;

3. Quantificar a incidência, prevalência e número de recidivas da pré-obesidade e obesidade em crianças e adolescentes;
4. Quantificar a incidência, prevalência e número de recidivas da pré-obesidade e obesidade em adultos;

A *British Medical Association (BMA)* concluiu que as intervenções ao nível da família ou da escola terão que ser acompanhadas por mudanças no contexto social e cultural para que os benefícios possam ser reforçados e sustentados. Estas estratégias de prevenção exigem um esforço coordenado entre a comunidade médica, administradores de saúde, professores, pais, produtores e transformadores de alimentos, retalhistas e restauradores, publicitários e meios de comunicação social, arquitectos, urbanistas, políticos e legisladores.

A *European Association for the Study of Obesity (EASO)* foi fundada em 1986 e dispõe de 28 associações e abrange mais de 2500 membros em 29 países. Os seus membros são provenientes das mais variadas profissões, incluindo médicos, cientistas, profissionais de saúde que trabalham no campo de investigação da obesidade e da educação, líderes de opinião, governos, políticos, representantes de organismos da ONU e da comunidade internacional. Esta associação visa promover a investigação em matéria de obesidade, facilitar o contacto entre pessoas e organizações, e promover a acção que aborda a epidemia da obesidade. Os principais objectivos são: reforçar a compreensão e tratamento da obesidade na Europa; desenvolver uma abordagem coerente para a gestão da obesidade em toda a Europa; melhorar a qualidade da educação sobre obesidade na Europa; estabelecer contactos entre indivíduos e organizações que estão envolvidos com o estudo da obesidade a nível europeu e mundial; proporcionar o contacto de investigadores de diferentes disciplinas que contribuem para o desenvolvimento de uma perspectiva europeia sobre a obesidade.

A *American Obesity Association* foi fundada em 1982 e tem estado empenhada em incentivar a investigação sobre as causas e tratamento da obesidade, ao mesmo tempo vai mantendo informado a comunidade médica e o público sobre os avanços efectuados. A missão desta associação é que através da investigação, educação e advocacia, a fim de melhor compreender, prevenir e tratar a obesidade para melhorar a vida das pessoas afectadas.

Num artigo do *International Journal of Obesity* de 2004, vem referenciado a preocupação crescente no que diz respeito à obesidade infantil, alertando para o aumento da prevalência de obesidade em crianças e adolescentes na Europa, no Estados Unidos e até mesmo nos países menos desenvolvidos. Considerando, a obesidade pediátrica como um problema de saúde que representa uma epidemia mundial descontrolada e que é necessário aumentar a consciencialização da população mundial para este problema. Neste sentido, foi

desenvolvido um estudo pelo Grupo Europeu Obesidade Infantil (ECOG), que descreve a natureza do problema da obesidade infantil juntamente com os métodos de tratamento e prevenção disponíveis actualmente. Contudo, a escassez de literatura sobre prevenção e tratamento da obesidade em crianças documentados no presente documento salienta a necessidade de muito mais pesquisa sobre obesidade em crianças. É portanto, necessário, investigar e padronizar a prevenção e o tratamento da obesidade infantil, a fim de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e minimizar os custos, tendo sempre em conta, os aspectos sociais e culturais.

Relativamente à publicidade, há uma organização europeia, a *Health Promotion Trough Obesity Prevention Across Europe* (HOPE), que tem como pretensão reduzir a promoção comercial de alimentos e bebidas para crianças. Neste sentido, criaram um conjunto de sete princípios chamado de Sydney Principles, que foi desenvolvido em conjunto com a *International Task Force* (IOTF) e com a *International Association for the Study of Obesity* (IASO), estas organizações são não governamentais e coligaram-se com a *Global Prevention Alliance* de forma a apoiarem a *World Health Organization* (WHO), no desenvolvimento de recomendações, cujo principal objectivo é orientar acções de trabalho e estabelecer um código internacional, no sentido de alterar o marketing a alimentos e bebidas para crianças na luta contra a obesidade e hábitos não saudáveis entre as crianças.

Ao nível de recomendações no âmbito do combate à obesidade, também a União Europeia (UE) é bem clara quanto ao papel que a escola deve ter, nomeadamente na não oferta de guloseimas (doces e batatas fritas) e no apelo aos governos para que estes adoptem políticas de apoio a regimes alimentares equilibrados e limitem a disponibilidade de produtos com elevados teores de sal, açúcar e gordura.

De igual modo, o Conselho da Europa (CE) (em colaboração com a OMS) promoveu a discussão da problemática “alimentação saudável” nas escolas através da realização de um Fórum Europeu (*Eating at school making healthy choices*) em 2003, que congregou participantes da maioria dos países europeus. Este fórum levou à aprovação pelo Comité de Ministros do Conselho da Europa da Resolução RESAP (2005) 3 de 14/9/2005 em que se fazem recomendações aos países, relativamente à alimentação nas escolas.

Para Baptista, M. (2006: 13) «o esforço por parte dos diferentes governos, nacionais e/ou regionais na adopção de políticas e medidas preventivas da obesidade tem vindo a ser evidente, muito embora a realidade dos serviços de alimentação e do sistema de refeições, em contexto escolar, apresente algumas diferenças significativas de país para país».

Apesar do esforço que se tem realizado a nível internacional com diversas organizações governamentais e não governamentais que unem esforços de forma a combater o flagelo da obesidade, deixamos aqui no ar, a questão, será que a prevenção e o tratamento da obesidade estão a ser lentos porque os métodos não são os mais adequados ou porque na realidade, quem padece da doença não quer suprimir os seus desejos incontáveis pelos alimentos que consome. Como refere Rabot, (2009: 6) «se é verdade que boa parte dos problemas actuais estão directamente relacionados com estilos de vida instilados por determinados valores sociais e culturais, não é menos verdade que os valores que os indivíduos seguem são raramente o objecto de um consenso. A verdade é que os homens podem preferir uma existência mais curta, mas ao mesmo tempo mais intensamente vivida: “Viver depressa, morrer jovem e fazer um belo cadáver”, parece-nos ser um exemplo paradigmático da filosofia de vida da juventude oriunda da geração de James Dean».

2.5 – A importância da escola na educação alimentar e na prevenção da obesidade infantil

No nosso ponto de vista, a escola para além de ser para os alunos também devia ser dos alunos, no sentido de uma participação activa, no entanto, «apesar da consagração jurídica dos direitos de participação das crianças nos seus contextos de vida, a tomada de decisão pelos alunos nos sistemas de acção educativa concreta não tem cobertura legal, não aparece normalmente inscrita na agenda educativa e emerge usualmente, quando muito, como mera dimensão didáctica nas pedagogias activas» (Sarmiento, *et al.*, 2005: 1).

A entrada na escola é uma das alturas propícias para a educação para a saúde, particularmente em hábitos de higiene e de alimentação. Não só se trata de uma altura de mudança como também nesta idade, a criança é muito receptiva a novas experiências. Neste sentido, «na promoção de um desenvolvimento positivo dos alunos, a instituição escolar deve proporcionar: conhecimentos, desenvolvimento de capacidades e competências, desenvolvimento da auto-estima, sociabilização e oportunidades para contribuição positiva a nível pessoal, familiar, comunitário e social. Isto significa ter em conta os múltiplos problemas dos jovens de uma forma integrativa – tendo em consideração todas as facetas do seu desenvolvimento pessoal – e contextualizar essa integração» (Silva, M. 2002: 52).

Como é sabido, a maior parte dos hábitos dos adultos são constituídos na infância ou na adolescência, pois é nestas etapas da vida que as raízes do que vamos ser no futuro, assim

sendo, é imprescindível ter a noção de que, «desenvolver junto dos jovens em idade escolar uma estratégia proactiva relativamente aos seus hábitos e estilos de vida, assume desde logo uma evidente função preventiva primária relativamente à saúde das populações» (Constantino, J. 1998: 30).

A escola também tem um papel importante na prevenção da obesidade infantil na medida em que as crianças e jovens passam lá, grande parte do seu tempo. À escola compete transmitir conhecimentos e atitudes positivas que favoreçam a adopção de hábitos nutricionais adequados. Segundo, Downie *et al.* (1996) «existem várias razões que fazem da Escola um local chave para a promoção da saúde. Primeiro, porque é mais fácil para os jovens adquirirem hábitos de vida saudáveis. Em segundo porque a eliminação/redução dos factores de risco é mais eficaz nos jovens do que nos adultos. E finalmente, em terceiro porque as Escolas oferecem condições únicas para a concepção de programas relacionados com o desenvolvimento pessoal, social e de educação para a saúde, procurando produzir um efeito positivo nas crenças, atitudes e comportamentos».

Como local privilegiado de influência para as crianças e jovens através da sua metodologia educacional, a escola tem a responsabilidade de promover projectos educativos que fomentem o envolvimento de toda a comunidade escolar, incluindo os alunos, professores e funcionários e também a sociedade civil a partir de acções de promoção de projectos que visem melhorar a alimentação e consequentemente a saúde da população escolar e da população em geral. Pois, como é do conhecimento geral, «embora a temática da alimentação e nutrição faça parte dos conteúdos curriculares em anos específicos de cada um dos diferentes ciclos do ensino básico, a abordagem mais comum, reduzida ao restrito âmbito disciplinar e focalizada na dimensão cognitiva da aprendizagem, traduz pouco significado à aprendizagem. Em acréscimo e lamentavelmente, mesmo nas escolas que se aventuram em projectos mais inovadores não existem hábitos de sistematização científica e de avaliação ponderada dos projectos desenvolvidos, intercâmbios de experiências e/ou publicações de experiências desse tipo» (Silva, M. 2002: 20).

Todos sabemos, que como refere Silva, S. (2007: 8), «saúde, educação e alimentação suportam-se e realçam-se mutuamente (por exemplo, a alimentação saudável melhora o rendimento escolar» De tal forma, que «a alimentação desequilibrada na mais tenra idade pode afectar as aptidões escolares, a altura, a concentração e a atenção» (ibid.: 12). Assim sendo, urge implementar o mais precocemente possível nos processos educativos, a transmissão de conhecimentos sobre alimentação e a consciencialização dos alunos para práticas alimentares mais saudáveis.

A Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS) foi criada através do Gabinete Regional para a Europa da Organização Mundial de Saúde (OMS), para fomentar num grupo de Escolas a promoção da saúde. A REEPS foi formalmente constituída e aberta a candidaturas em 1992. A sua implementação foi precedida de uma experiência piloto em alguns países da Europa, como a Hungria, a República Checa, a Eslováquia e a Polónia, para demonstrar o impacto da promoção da saúde em meio Escolar (Ministério Da Educação, 1998).

Cada vez mais os jovens, devido às suas actividades escolares e actividades sociais fazem cada vez menos refeições em casa com a família, o que eleva a responsabilidade escolar na oferta de condições para que se pratique uma alimentação saudável. Pois não podemos esquecer que «cada refeição tomada na escola constitui uma oportunidade para ensino da nutrição. Além de ajudar a suprir algumas carências alimentares nas crianças, como sejam as que resultam do hábito de não tomar o pequeno almoço, deve servir para praticar e discutir hábitos de higiene, a importância de comer alimentos variados, o prazer de partilhar a refeição com os amigos ou a família» (Loureiro, I. Miranda, N. 1993: 169).

No sentido de melhorar a saúde escolar, e tendo em conta que como refere Precioso e Silva, (2004), «a educação em alimentação mostrou ter um efeito significativo em promover a adopção de hábitos saudáveis», foi constituído em 1994, a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS), aderindo neste ano à Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde. A RNEPS é constituída por todas as Escolas que desenvolvam um processo de promoção de saúde através da parceria formalizada com Centros de Saúde. No sentido de encontrar um modelo sistematizador, foi assumido que a construção de uma Escola Promotora de Saúde passa pelo seu empenho e determinação na progressiva concretização/operacionalização de mudanças em torno das seguintes quatro dimensões: curricular, psicossocial, ecológica e comunitária (Rocha, J. 2000: 48). O número de escolas participantes tem vindo a aumentar significativamente. A efectividade e sustentabilidade das intervenções de saúde escolar dependem da integração da promoção da saúde no currículo. O Programa Nacional de Saúde Escolar foi aprovado pela Alto – Comissário da Saúde através do despacho N.º 12.045/2006 (2ª SÉRIE). A Direcção-Geral de Saúde divulgou-o através da Circular Normativa N.º 7/DSE de 29/06/06. Este documento refere que a escola, ao constituir-se como um espaço seguro e saudável, está a facilitar a adopção de comportamentos mais saudáveis, encontrando-se por isso numa posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente. Salienta ainda que a maior parte dos problemas de saúde e de comportamentos de risco, associados ao ambiente e aos estilos de

vida, pode ser prevenida ou significativamente reduzida através de Programas de Saúde Escolar efectivos. As Escolas Promotoras de Saúde podem ser um forte instrumento para ajudar a resolver vários problemas de saúde com que os jovens se confrontam no presente evitando assim, problemas de saúde quando forem adultos. «A Escola Promotora de Saúde é aquela que se evidencia pela forma como se organiza e como funciona, que se encontra a caminhar, de forma inovadora, em direcção ao Sucesso Educativo dos alunos que a frequenta o que significa, na linguagem de Antonovsky, que se preocupa com a potenciação do Sentido de Coerência de todos os que nela vivem» (Navarro, M. 2000: 27).

O projecto Rede de Bufetes Escolares Saudáveis (RBES) surgiu da tomada de consciência de que a escola é o meio privilegiado para a promoção e adopção de comportamentos alimentares saudáveis. Este projecto de Educação Alimentar visa, entre outros objectivos, aumentar o consumo de alimentos saudáveis nos bufetes escolares e incentivar o intercâmbio entre as escolas da RBES. Este projecto teve o seu início com uma experiência piloto que decorreu n Escola Básica dos 2.º e 3.º Ciclos dos Louros, no ano 2000/2001. No ano seguinte surgiu a *Rede Bufetes Escolares Saudáveis*, com o objectivo de aumentar o consumo de alimentos saudáveis pela comunidade escolar. Este projecto agregou inicialmente seis escolas e tem vindo a aumentar. Os autores deste projecto referem que a escola deve funcionar como um todo, devendo haver coerência entre aquilo que é ensinado no interior da sala de aula e a sua aplicação no bar da escola. Se na sala de aula, o professor refere algumas das principais causas de morte em Portugal e de outros problemas graves de que padece a população, então não é legítimo que no bar dessa mesma escola estejam à venda, em locais privilegiados, os mesmos produtos que pouco tempo antes o professor como sendo menos saudáveis. Não proibindo a existência deste tipo de produtos na escola, a RBES “apenas” dá um local privilegiado e promove as alternativas saudáveis àqueles produtos. Da mesma opinião, Loureiro, I. (2004) «na escola é crucial que mensagens aprendidas em sala de aula estejam em consonância com os produtos alimentares disponíveis e a forma como são apresentados na cantina e no bufete». A envolvência e a participação activa de alunos em diferentes actividades, bem como dos funcionários do bar, professores e restante comunidade escolar, tem-se revelado como crucial para promover uma alimentação saudável nas suas escolas. Em suma, «duas áreas principais e, complementares na educação alimentar nas escolas são: uma relativa ao que se pode passar em aula, incluindo actividades que envolvam outros parceiros no processo educativo, outra relativa ao contexto físico e funcional da oferta de alimentos na escola» (Loureiro, I. 1999: 72).

Muitas vezes, os jovens utilizam o dinheiro que os pais lhes dão para comer no refeitório escolar e optam por ir comer aos cafés e snacks das redondezas da escola, se não houver uma política de educação que alerte para os problemas de saúde que podem advir do consumo excessivo de alimentos altamente calóricos, como é caso das pizzas, dos refrigerantes, dos bolos, entre tantos outros, os nossos jovens continuarão a cometer erros alimentares pela vida fora. Para fazer face a este problema «é necessário transmitir informação, uma informação simples e objectiva, extremamente direccionada. A criança e o adolescente aprendem através de uma atitude prática e objectiva desenvolvendo uma alteração válida» (Lemos, D. 2000: 457). A escola através dos seus programas educativos tem que promover a participação activa dos alunos para que interiorizem e pratiquem uma alimentação saudável de forma a promoverem estilos de vida saudáveis através da experimentação prática que realizam na escola e que depois introduzem nas suas casas.

O refeitório escolar assume assim um papel preponderante no quotidiano dos alunos e deve oferecer refeições saudáveis e equilibradas de forma a suprir as necessidades nutricionais dos alunos, evitando também que façam a refeição fora da escola. Como refere Baptista, M. (2006: 24) «a opção dos alunos pelo refeitório é vantajosa a todos os níveis: quer do ponto de vista nutricional quer do ponto de vista energético quer da relação entre os diferentes nutrientes. Para além de encontrarem uma ementa com um valor nutricional equilibrado para as suas necessidades, os alunos têm garantias de higio-sanidade dos alimentos e do equilíbrio nutricional».

No seu estudo sobre alimentação saudável na escola, Silva, M. (2002: 7) menciona que a «escola pode desempenhar um papel determinante no desenvolvimento nos jovens de uma consciência dos factores que influenciam o seu comportamento alimentar, ajudando-os no desenvolvimento de atitudes positivas face à alimentação». A autora refere também, que «a educação alimentar não deverá ser encarada como uma mera transmissão de informação, baseada no modelo biomédico assumindo relações unívocas entre causa e efeito. A nova perspectiva, multicausal e ecológica, considera irrelevantes mudanças isoladas. Pressupõe portanto que uma acção orientada no sentido de ser mudado um determinado comportamento ou prevenir a sua ocorrência deverá ser enquadrada na promoção de outras práticas orientadas para a saúde que tendem a ocorrer conjuntamente». Como conclusão do seu estudo a autora menciona que «a escola é um local privilegiado para o desenvolvimento de projectos de educação alimentar sendo que os erros alimentares praticados pela população adolescente portuguesa, amplamente referidos em trabalhos de caracterização dos hábitos alimentares, denotam uma evolução preocupante que solicita intervenção urgente» (ibid.: 167).

É importante que cada escola faça um reconhecimento e uma caracterização da sua população escolar em termos de hábitos alimentares para que possam ser implementados programas mais abrangentes e eficazes. Para alcançarem o sucesso esperado, «as acções educativas têm de ser integradas num contexto mais vasto da promoção da saúde, não só para que sejam os próprios indivíduos a tomar decisões e a responsabilizarem-se pela sua saúde, como para que estes mesmos indivíduos se sintam competentes para adoptar estilos de vida saudáveis, como ainda para que o envolvimento físico e social seja favorável a estes estilos de vida permitindo uma acessibilidade fácil, socialmente valorizada e duradoura» (Matos, M. *et al.* 1998: 13).

Para promover uma alimentação mais saudável não basta realizar uma observação sobre as práticas alimentares habituais, para ser eficaz, «a educação alimentar requer a observância das componentes psicológicas mas também dos ambientes social, político e físico» (Loureiro, I. 1999: 59).

Em conjunto com uma boa alimentação, é necessário que se incentive à realização de actividade física como forma de promover estilos de vida mais saudáveis. Em muitas condições de práticas escolares, a realização de actividade física pode não ser suficiente, neste sentido, «o ambiente escolar deverá estimular e desenvolver programas que permitam que os alunos não apenas disponham de condições adequadas de prática de actividades físicas educativas, como, em simultâneo, tem a indelével obrigação de fornecer competências básicas que assegurem a futura autonomia dos alunos em gerir a sua própria actividade física» (Constantino, J. 1998: 29).

Para que contribua para a diminuição dos factores de risco, como por exemplo, os maus hábitos alimentares, a sedentarização, entre outros, «nas escolas, a actividade física não deveria estar divorciada de outros aspectos ligados a um estilo de vida saudável e deveriam tomar-se medidas especiais para uma abordagem intercurricular da “escola global”, com vista à promoção de estilos de vida saudáveis. Todos os que, nas escolas, se encontram a trabalhar ligados às ciências, à economia doméstica, educação física, ensino da saúde, refeições escolares e enfermagem, deveriam estar envolvidos numa abordagem integrada e multidisciplinar» (Armstrong, N. 1998: 5).

Para finalizar, gostaríamos de salientar o papel particularmente importante que a escola pode assumir nos padrões de actividade física e na prática de uma alimentação saudável a partir da sua própria estrutura curricular, contribuindo assim, para a implementação de estilos de vida saudáveis nos alunos, que terá repercussões positivas no futuro.

2.6 – O papel da família na prevenção da obesidade infantil

A família é uma instituição universal e ancestral que tem sabido e conseguido resistir e adaptar-se às mudanças. Não podemos, contudo, esquecer que as influências religiosas, políticas, económicas e sócio-culturais interferem na noção e na estrutura da família. Como refere Sarmiento, (2004: 16) «a família tem vindo a sofrer transformações estruturais crescentes. Essas transformações exprimem-se no aumento da monoparentalidade, na precocidade da maternidade, no aumento das famílias reestruturadas, no incremento do número de lares sem crianças, especialmente nos países do Norte e Centro da Europa, e ainda no aumento do número de crianças investidas de funções reguladoras do espaço doméstico».

A família resiste sempre como família apesar das formas e depende muito das condições sócio-económicas e é enquadrada por leis, costumes e representações. Tem também uma natureza dual, porque é simultaneamente de natureza biológica e de natureza social. É de natureza biológica porque não há sociedade nenhuma no mundo que não confira à família a reprodução da espécie, é de natureza social porque, depende das condições económicas, sociais e culturais. No entanto, «o mundo contemporâneo favorece o modelo familiar que dá prioridade ao imediato, à satisfação dos prazeres momentâneos, o que muitas vezes leva à perda, dos compromissos definitivos, tornando-se a família estruturalmente instável» (Serrano, J. 2003: 26).

Os vários elementos da família, pai, mãe, irmãos e familiares mais próximos estão associados a actividades particulares que vão fazer com que a criança alargue o seu campo social. A realidade familiar tem uma importância primordial e primitiva, para o desenvolvimento integral e global dos jovens, em particular quanto às dimensões cognitivas, afectivas, sociais e morais. O rendimento escolar, as aspirações e sucesso vocacional, o ajustamento conjugal e familiar são dimensões da vida que estão ligadas em certa medida, às experiências vivenciadas no seio da família durante a infância. Aliás, na opinião de Almeida, A. (2000: 199), «no processo de socialização jogam um papel importante os agentes socializadores – não só os pares, mas igualmente os irmãos e os pais, que durante a infância exercem uma acção de instrução directa e funcionam como modelos a partir dos quais a criança valida os seus critérios de rendimento pessoal e os seus valores acerca do que é social e moralmente correcto, no caso das normas e princípios sócio-morais. As interacções entre irmãos parecem constituir fontes de experiência indispensáveis para a compreensão das necessidades dos outros, da tomada de papel afectivo, e para a compreensão das regras sociais». Também é de salientar a importância que todos os elementos da família exercem na

articulação de todos os sistemas que fazem parte do quotidiano das crianças, para além do social, temos o lazer, o recreio, a escola, o clube desportivo, entre outros.

A família tem um papel preponderante, logo desde a nascença, pois os hábitos alimentares (bons ou maus) adquirem-se nos primeiros anos de vida e tendem a manter-se ao longo da vida, daí que os bons hábitos devem ser incutidos desde tenra idade, no seio da família. Pois nos primeiros anos de vida, «a influência que a família exerce na aquisição de hábitos alimentares por parte das crianças é inquestionável» (Silva, S. 2007: 31). Aos pais cabe a tarefa de decidir o que as crianças devem ou não comer, quais as escolhas certas ou erradas em termos alimentares, não esquecendo que os próprios devem dar o exemplo. Uma rotina alimentar saudável da família, limitando fast-foods, lanches e guloseimas também ajudam a evitar a obesidade. Para Frelut, M. (2004: 107) «de forma a combater a obesidade infantil o papel da família é, entre outros, criar um universo caloroso e tranquilizador no qual os pontos de referência evoluem com o desenvolvimento das crianças». Segundo a mesma autora, não se pode simplesmente dizer à criança que tem que perder peso, que não pode comer isto ou aquilo, que não pode ver tanta televisão ou estar tanto tempo sentada ao computador, é necessário que toda a família participe no processo, de forma a ser mais facilmente interiorizado pela criança. É necessário que as crianças reduzam a sedentariedade de forma a aumentar o dispêndio de energia, na prática, é importante que a televisão, computadores e brinquedos de toda a espécie sejam utilizados em proporções mais razoáveis e, sobretudo, que não passe nenhuma dia sem brincar ou sem se mexer também no exterior. Além de que a prática de uma alimentação mais cuidada e saudável e a prática de exercício físico beneficiará todos os elementos da família. As refeições realizadas em família sem a intromissão da televisão fazem com que as crianças comam melhor e, portanto, sejam mais saudáveis. Pois quando as crianças fazem as refeições diante da televisão não prestam atenção no que comem e nem ficam atentas quanto à satisfação, perdendo a noção da quantidade de alimento ingerido, podendo consumir muito mais calorias.

Como é do conhecimento geral, e como refere Viamonte, I. (2002: 16), «os pais são os primeiros educadores dos filhos, e é no seio da família que se dá a socialização primária que é um factor determinante para o desenvolvimento da criança, pois é aqui que habitualmente, a criança nasce, cresce e onde elabora as primeiras relações». Desta forma, e tendo em conta que é na família que deve assentar a educação das crianças e jovens, cabe à família promover uma alimentação saudável de todos os elementos que a constituem. No sentido de prevenir a obesidade infantil, os pais devem incutir o mais precocemente possível, regras no que diz respeito ao consumo de alimentos altamente calóricos, para isso, têm que eles próprios dar o

exemplo, se não comprarem determinados produtos, as crianças não têm tanto acesso a eles e, portanto, não os consomem. Devem também promover em família actividades de prática de exercício físico, contrariando assim, a sedentarização crescente que se verifica nos nossos jovens que passam cada vez mais tempo sentados a ver televisão ou a jogar computador. Os pais têm a obrigação de gerir melhor o tempo livre dos filhos, uma vez que «a criança deve ter espaço e tempo para tudo: estudar, ver televisão, jogar videojogos, (...) mas também actividades de lazer e recreativas, que sejam dinâmicas. Cabe aos pais “imaginar”/“inventar” formas de promover a actividade física: subida de escadas, passeios, dança, jogos tradicionais, visitas a museus, visitas a parques naturais, etc.» (Baptista, M. 2006: 28).

Não é fácil implementar estas medidas, pois tendo em conta a conjuntura actual, em que o ritmo acelerado que se vive, com horários de trabalho desencontrados, que levam à desorganização familiar em termos de rotina familiar em conjunto «impossibilitam as refeições correctamente planeadas, preparadas e consumidas em casa, e propiciam o recurso aos locais de alimentação colectiva, onde a prática de uma alimentação saudável nem sempre impera, ou, ao “pronto a comer” onde a pobreza nutricional e gastronómica se instalaram» (Costa, R. 2006: 49).

Os pais e encarregados de educação têm um papel fundamental na educação alimentar dos seus filhos, desde cedo que lhes compete o papel de transmitir saberes, revelando condutas alimentares que ajudem a posterior modelação de comportamentos saudáveis dos seus filhos. No entanto, é necessário que os pais sejam o modelo, pois «o bebé e a criança têm, pelo exemplo paterno, uma aprendizagem prática. As práticas alimentares dos pais são isso mesmo, um exercício prático... resultam do “ver fazer”, estão na maior parte dos casos longe daquilo que é uma alimentação saudável. Na maior parte dos casos os pais ignoram as regras de uma alimentação saudável. E reportar esta realidade para esta ou aquela classe social é um erro» (Lemos, D. 2000: 456).

A família tem um papel fundamental para perceber se a criança está a ganhar peso e a tornar-se obesa, e em seguida deve procurar o pediatra. Além disso, «tal como inúmeros outros aspectos culturais, o processo de socialização alimentar tem normalmente início no seio da família» (Silva, M. 2002: 30). Daí que a consciencialização dos pais é essencial pois, segundo a opinião dos médicos quanto mais tarde o início do tratamento, maiores são as hipóteses de a criança ser obesa na vida adulta. Os pais também podem ajudar no tratamento tendo atitudes positivas e incentivando os filhos a cuidar do seu corpo para ter saúde.

A obesidade infantil é um problema de saúde tão grave, que os pais podem até ser responsabilizados pelo excesso de peso dos filhos. Na revista inglesa, Local Government

Chronicle de 18 de Agosto de 2008, vem um artigo, apelando para um debate nacional sobre a medida em que a extrema obesidade em crianças pode ser considerada um factor que contribui para a negligência parental. Como refere Sarmiento, (2007: 14) «é certo que a protecção das crianças, a par dos progressos inegáveis da modernidade, tem garantido uma melhoria muito substancial, ainda que parcial, das condições de vida da maioria das crianças e são incomensuráveis os avanços verificados em indicadores como as taxas de mortalidade infantil, a libertação de formas opressivas e ignominiosas de trabalho, o usufruto da informação e da cultura escrita e o acesso a bens de primeira necessidade (educação, saúde, habitação)». Do nosso ponto de vista, importa, no entanto, frisar que além destes progressos não serem universais, no que diz respeito ao forte aumento da obesidade infantil em todo mundo, questionamos sobre o papel das famílias e da sociedade em geral no que diz respeito ao avanço desta doença, uma vez que para além de todos os malefícios que ela causa ao nível da saúde das crianças, pode também em última instância levar à sua morte. Parece-nos um paradoxo da sociedade moderna em que ao mesmo tempo que promove a longevidade também cria e promove produtos e estilos de vida que levam exactamente ao oposto.

2.7 - Imagem corporal

Desde sempre, que o corpo e a imagem corporal surgem revestidos de grande importância social, o corpo tem-se transformado numa questão política, sendo mesmo considerado como uma consequência de um intrincado processo de elaboração social, «nesta linha, poderia dizer-se que intervir sobre o corpo é, também, construir uma sociedade e assegurar a sua continuidade. Por outro lado, adoptar um estilo corporal homogéneo é evidenciar a circunstância de se pertencer e estar ligado aos valores e condutas que distinguem uma sociedade» (Crespo, J. 1990: 573).

Do ponto de vista da Sociologia da Infância, (Prout, A., 2000), refere que nos últimos anos a infância e o corpo são temas que têm tido um enorme crescimento no interesse sociológico e são reconhecidos como temas legítimos de investigação sociológica. Uma das questões da investigação refere-se à imagem que as crianças obesas têm de si próprias, e neste sentido, o mesmo autor, alerta-nos para o facto de que a compreensão que a criança tem do corpo não pode ser tratada como uma imperfeita ou incompleta versão do adulto. Daí que entrar no seu mundo, é um passo necessário para uma adequada sociologia relacionada com o corpo na infância.

Os estudos realizados sobre o corpo no domínio da Sociologia tornam-se cada vez mais proeminentes nas sociedades actuais, «o corpo porque é transdutor dos códigos, transforma-se no pensamento primitivo, no modelo da representação do Universo; representação que surge como uma espécie de resultado, de expressão derradeira de actividade de tradução múltipla que exerce – como se a linguagem assumindo a função metáforo-metonímica do corpo a aplicasse a este, transformando-o, como o manifestam as teorias indígenas, em referente, o Código-Chave do sentido dos códigos – enquanto ele é apenas o transdutor» (Gil, J. 1997: 44).

A imposição mediática de um corpo idealizado tem implicações ao nível das relações que se estabelecem socialmente, sendo de destacar que «os novos valores de beleza, felicidade ou juventude identificam-se com um corpo que se transforma em objecto de cuidados e desassossegos. O projecto de libertação do corpo está presente em cada momento, exprimindo-se numa dinâmica multifacetada e atingindo a imensa teia das relações sociais» (Crespo, J. 1990: 7).

Os meios de comunicação de massas, em particular a televisão, veiculam a imagem de um corpo perfeito relativamente às suas mensurações e às suas apresentações. É com bastante frequência que esta definição imposta de corpo delgado e perfeito «muitas vezes se associa a imagens de popularidade, inteligência e atracção. Esta conotação de corpo longilíneo e delgado, com êxito e forma ideal de aceitação, parece influenciar cada vez mais adolescentes e jovens, particularmente do sexo feminino, tornando-os receosos de engordar» (Moreira, P. 2000: 439).

Tendo em conta que os meios de comunicação, a família e os amigos condicionam os indivíduos a cuidar cada vez mais do corpo até atingirem o padrão socialmente estabelecido é necessário não esquecer que a imagem corporal é uma construção multidimensional. Assim sendo, «o processo de formação da imagem corporal pode ser influenciado pelo sexo, idade, meios de comunicação, bem como pela relação do corpo com os processos cognitivos como crenças, valores e atitudes inseridos numa cultura» (Damasceno *et al.*, 2005: 181).

Num artigo da Revista Digital - Buenos Aires, a definição de Imagem Corporal surge como sendo a figuração do próprio corpo formada e estruturada na mente do mesmo indivíduo, ou seja, a maneira pela qual o corpo se apresenta para si próprio. É o conjunto de sensações cinestésicas construídas pelos sentidos (audição, visão, tacto, paladar), oriundos de experiências vivenciadas pelo indivíduo, onde o referido cria um referencial do seu corpo, para o seu corpo e para o outro, sobre o objecto elaborado. Num outro artigo desta mesma revista, vem referenciado que o interesse e atenção das pessoas que nos cercam exercem

muita influência na elaboração da nossa imagem corporal, o que nos leva a concluir que no processo de estruturação da imagem corporal as experiências e sensações obtidas por acções e reacções dos outros em nossas relações sociais são parte integrante do processo e da construção da imagem corporal.

A questão da imagem corporal é de grande importância num grupo etário de particulares características, a adolescência, e para o qual a mensagem a transmitir pode vir a chocar com os estereótipos fotográficos de magreza e com as mensagens publicitárias de vários produtos dietéticos em contraponto com a publicidade de produtos altamente calóricos mas ao mesmo tempo altamente apetecíveis. Daí que sendo a imagem corporal «um aspecto central da identidade pessoal e social na nossa sociedade de consumo. O corpo e a aparência moldam a forma de estar e de interagir em sociedade, constituindo-se como factores fundamentais para a construção da auto-imagem do indivíduo logo desde a infância, passando por fases determinantes como a adolescência» (Cunha, M. 2004: 13).

Tendo em conta que a adolescência é uma etapa de vida que apresenta intensas transformações no processo de crescimento e desenvolvimento, não podemos esquecer que a obesidade se torna ainda mais problemática quando surge ou se agrava nesta etapa. Pois, «a Imagem Pessoal está relacionada com a percepção do corpo. Nos adolescentes, o corpo é um factor de extrema importância e influencia o peso desejado pelos adolescentes» (Matos, M. *et al.* 1998: 73).

Numa sociedade em que a imagem pessoal pode ditar os relacionamentos e os contactos sociais, a aparência física pode ser classificada como um factor de sucesso e bem-estar, aliás, «a imagem corporal positiva pode ser entendida como significando atracção física, um certo somatipo, musculatura, magreza, entre outras características. Para os adolescentes, o somatipo e o peso parecem ser os aspectos mais importantes, e subjacente estará a influência do sexo, idade, desenvolvimento pubertário e valores sociais que são transmitidos na família, pelos colegas e pela sociedade. A auto-estima é aceite como um indicador do bem-estar mental e um mediador do comportamento humano» (Anastácio, Z. Carvalho, G. 2006: 49). O trabalho das autoras teve como objectivo conhecer o grau de satisfação com a imagem corporal e a auto-estima de adolescentes que frequentavam desde o 7.º ao 12.º anos de escolaridade e relacioná-los com factores contextuais. Os resultados que obtiveram sugeriram que o ano de escolaridade e a idade dos adolescentes, assim como a idade do pai, a habilitação da mãe e a religião são factores com influência significativa na imagem corporal e na auto-estima dos adolescentes.

Na adolescência os aspectos físicos e emocionais não se manifestam de forma paralela, uma vez que «o desenvolvimento físico é na adolescência de uma importância fundamental, na medida em que estão em curso grandes transformações, bem visíveis e evidentes, motivadas por alterações físicas e hormonais características de processos acelerados em curso na puberdade» (Silva, M. 2002: 89). No entanto, convém lembrar que como indicam as leituras sobre o assunto, a construção da identidade corporal não termina na adolescência, pois é um processo em construção que se prolonga por toda a vida. Além disso, o desenvolvimento da imagem corporal encontra paralelismo no desenvolvimento do próprio corpo, tendo relações com os aspectos fisiológicos, afectivos e sociais.

Todas as transformações atrás referidas, principalmente no caso das raparigas, fazem com que «por vezes, a adolescente experimente a sensação angustiante, mas transitória, que o seu corpo se lhe tornou estranho. A busca da identidade está ao mesmo tempo em continuidade com a da criança e em ruptura com ela» (Chaby, L. 1997: 65).

Os cuidados com o corpo, o vestuário, o penteado, ganham significado próprio numa faixa etária como a adolescência, onde os cuidados corporais, quer sejam excessivos quer insuficientes, da busca inquieta pela beleza, são um meio de expressão simbólica dos conflitos emocionais próprios da adolescência. Daí que para contrariar esta tendência homogénea de comportamentos estereotipados de beleza, é necessário ter em conta que «a existência corporal está imbuída no contexto social e cultural, o canal pelo qual as relações são elaboradas e vivenciadas. Diante disso, a sociologia está perante um campo com inúmeras possibilidades de pesquisas entre elas, as que investigam acerca das representações e dos imaginários, no âmbito individual e colectivo, que os actores constroem acerca do corpo» (Le Breton, D. 2006).

É sabido que as identidades individuais e colectivas se constroem a partir de uma imagem corporal publicitada pela sociedade de consumo, daí que «desde o corpo como objecto e instrumento de trabalho, até ao corpo como repositório pleno de desejo e de estilo, passando pelo corpo torturado pela moda, é certo que está sempre ligado à existência, à vida e à identidade. Por isso, praticamente todo o tipo de actividades e de estilizações subsequentes que caracterizam as sociedades modernas se dirige ao cuidado, à preservação e ao rejuvenescimento do corpo (Araújo, E. 2007: 42).

A beleza varia de sociedade para sociedade. No cinema indiano valorizam-se as atrizes bem constituídas fisicamente. Aliás, numa sociedade com uma taxa de pobreza elevada o corpo reflecte o sinal de riqueza. Pelo contrário, nas sociedades desenvolvidas, pode-se afirmar que «a beleza na sociedade actual faz-se por um corpo magro. Este dado,

facilmente comprovado empiricamente, assusta, pois qualquer pessoa com o mínimo sobrepeso ou mesmo com ‘uma pequena gordurinha fora do lugar’, pois corre o sério risco de ser denominada de gorda ou obesa» (Almeida, A. *et al.*, 2006: 794).

No fundo, vivemos numa sociedade em que a busca pelo ideal de beleza e pelo culto do corpo, nunca pára, parece que as pessoas estão constantemente insatisfeitas com o seu aspecto físico, daí o crescente número de cirurgias plásticas, a enorme variedade de dietas milagrosas, o crescente mercado de produtos farmacêuticos de emagrecimento. E quando na realidade as pessoas com peso a mais conseguem diminuir o seu peso, parece que nunca estarão satisfeitas, pois, «os juízos relativos ao aspecto corporal são quase sempre negativos. Na verdade, a obesidade é aviltada mas quando emagrece, o obeso fica decepcionado, persistindo insatisfeito com a sua aparência, não conseguindo integrar as mudanças surgidas, continuando com a mesma gestualidade acautelada e lenta» (Apfeldorfer, G. 1995: 102-103).

A importância que as sociedades e os indivíduos dão ao culto do corpo e do belo vai sendo alterada de acordo com a moda ditada cultural e economicamente e os meios de comunicação social são o meio privilegiado da sua publicitação. Sendo de destacar a ambiguidade que se verifica, uma vez que «nas últimas décadas, enquanto o estilo de vida, alicerçado nos avanços tecnológicos, tem contribuído para um aumento da gordura corporal em decorrência da diminuição dos níveis de actividade física e do aumento do consumo de alimentos hipercalóricos, os padrões de beleza têm exigido perfis antropométricos cada vez mais magros. A busca incessante por um padrão de corpo ideal, associada às realizações pessoais e à felicidade, está entre as principais causas de alterações da percepção da imagem corporal, em especial, para o género feminino» (Graup, S. *et al.*, 2008: 129).

Infelizmente, na nossa opinião, vivemos numa sociedade hedonista, em que o culto do corpo e do belo ultrapassa e muito, a consagração da alma e dos valores morais e em que a sua compreensão só se pode realizar «no entrecruzamento dos múltiplos elementos económicos, políticos e culturais de uma totalidade» (Crespo, J. 1990: 8).

2.8 - Implicações da obesidade infantil nas relações sociais

A obesidade é particularmente, estigmatizante na sociedade actual, para (Goffman, 1988), existem três tipos de estigma e a obesidade encaixa-se no primeiro tipo, que diz respeito às abominações do corpo, entre elas, as várias deformidades físicas. A sua transcendência em termos de saúde deve-se às importantes repercussões no desenvolvimento psicossocial da

criança e do jovem. Pois este factor também pode ser significado de discriminação social, auto-imagem negativa que persiste na adolescência e que se pode arrastar até à vida adulta, acarretando problemas de aprendizagem e de comportamento. Aliás, «a discriminação das crianças com excesso de peso, pelos adultos e pares, começa muito cedo na infância e torna-se progressivamente institucionalizada» (Vilça, M. & Carvalho, G. 2000: 474). O que torna a situação ainda mais grave, para além disso, «nas crianças dos seis aos dez anos a obesidade é muitas vezes associada a características negativas, tais como a preguiça e o desleixo» (ibid.). Frequentemente, a criança obesa é uma criança com baixa auto-estima, pois há uma discriminação por parte dos colegas que normalmente as excluem de jogos e brincadeiras de agilidade motora, o que faz com que vivam sentimentos de inadaptação e de rejeição social, que as fazem recolher por vergonha e também porque fisicamente não conseguem realizar essas tarefas. (Goffman, 1988: 42) menciona que «frequentemente se assinala o ingresso na escola pública como a ocasião para a aprendizagem do estigma, experiência que às vezes se produz de maneira bastante precipitada no primeiro dia de aula, com insultos, caçoadas, ostracismo e brigas». Isto porque a criança deixa a protecção da família e passa a estar vulnerável, esta situação varia consoante a classe social, o lugar de residência e o tipo de estigma. No entanto, é de salientar que «certas obesidades estão associadas a um estado depressivo que vai largamente para além da tristeza induzida pelas zombarias» (Frelut, M. 2004: 54). A autora refere ainda que «por vezes as crianças obesas utilizam estratégias de forma a esconderem as suas dificuldades e fazem-no através de atitudes de afirmação: fazer de palhaço na aula ou deixar de aprender as lições».

Tendo em conta que apesar de haver crianças vítimas de discriminação por parte dos colegas e dos adultos, que são capazes de arranjar estratégias para colmatar esta desagradável situação. Goffman (1988), menciona que «quando na infância, o estigmatizado consegue atravessar os seus anos de escola ainda com algumas ilusões, o estabelecimento de relações ou a procura de trabalho irão colocá-lo amiúde, frente ao momento da verdade». Segundo o mesmo autor, a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. E os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm probabilidade de serem neles encontradas.

Para combater estas desigualdades sociais, pré-estabelecidas pela sociedade que categoriza e diferencia a variedade dos membros que a constituem é necessário que a mudança de mentalidades tenha início na educação familiar e na educação escolar.

É sabido que as crianças passam a maior parte do seu tempo em ambiente escolar, contactando e convivendo com funcionários, professores, colegas e amigos. Todos reconhecemos a importância dos amigos na vida pessoal de cada um de nós, aliás, é através das relações que se estabelecem entre o grupo de pares que se regulam comportamentos, é sobejamente conhecido o provérbio português «diz-me com quem andas dir-te-ei quem és», uma vez que o desenvolvimento de determinados valores e atitudes são gerados a partir do grupo de amigos. Neste sentido, Almeida, A. (2000: 22), refere que «valores como a igualdade, a reciprocidade e a lealdade ganham uma significação afectiva e social na relação que a criança estabelece com os pares. O grupo será também o palco onde emergirão os diferentes papéis sociais, o dominador e o submisso, e as regras que estruturam as actividades cooperativas e a competição».

Se considerarmos a importância que o grupo de amigos assume em relação a estas questões atrás referidas, então, podemos considerar que a sua intervenção vai também «progressivamente assumindo importância como factor de grande influência para a formação e modificação de valores e atitudes no que concerne à alimentação, especialmente na adolescência» (Silva, M. 2002: 33).

A actual sociedade de consumo define com padrão estético vigente, o culto por um corpo extremamente delgado, de tal forma que, «de acordo com as convenções sociais do momento, pode-se considerar que a obesidade e mesmo o sobrepeso são discriminados» (Almeida, A. *et al.* 2006: 796).

Actualmente, a busca incessante por um padrão de beleza e corpo ideal, está intimamente associada às realizações pessoais e à felicidade. De tal forma que «o excesso de peso no mundo ocidental de hoje é claramente associado à fealdade. As pessoas com boa aparência, homens e mulheres, são objecto de pré-juízos favoráveis da parte dos seus congéneres: são melhor tratados, melhor considerados, vistos *a priori* como mais amáveis e mais dotados» (Apfeldorfer, G. 1995: 82-83).

No mundo ocidental em que vivemos, estamos perante um paradoxo em que ao mesmo tempo que há uma oferta preponderante de alimentos altamente calóricos, convivendo com um estilo de vida que incentiva o sedentarismo, há também uma valorização da magreza como forma preferencial de estética. Neste sentido, a grande contradição com que se depara a sociedade actual com o aumento da obesidade a nível global, é que «a par de um ambiente obesogénico que promove o sedentarismo e o consumo de alimentos gordos e altamente calóricos, figura uma sociedade que proclama a magreza enquanto ideal-tipo de beleza e a obesofobia» (Silva, S. 2006: 53).

2.9 – Estratégias de interação no relacionamento entre pares

Como refere Serrano, J. (2003: 76), «embora não tenha o mesmo carácter estruturado e institucionalizado da família ou da escola, o contacto com o grupo de pares é mesmo assim nas sociedades ocidentais um meio privilegiado de desenvolvimento sócio-espacial. À medida que se desenvolvem e vão crescendo, as crianças vão alargando os seus mundos sociais, construindo uma rede dinâmica e complexa de relações mútuas com os seus amigos».

Desde cedo, se verifica que as crianças demonstram ter mais preferência por este ou por aquele colega, na nossa definição de amigo, mesmo antes de as crianças poderem verbalizar essa expressão é evidente a sua concretização. No meu caso concreto, que trabalho com crianças de 1 ano de idade, através da observação que vamos realizando no dia a dia conseguimos verificar sem dificuldade quais os amigos preferidos de uns e outros. Por exemplo, quando estamos no recreio, uma determinada criança anda em cima de uma mota e quando outra se aproxima demonstrando ter interesse em andar na mesma mota, a que lá está não permite, seja chorando ou usando da força, no entanto, se for uma outra criança, que do nosso ponto de vista podemos considerar como sendo da sua preferência, ela já não se importa que este amigo ande na mota e cede-lhe o lugar. Segundo Bukowski *et al.* (1996: 1) «as relações sociais das crianças e dos adolescentes está centrada nos seus amigos tal como nas suas famílias. A palavra *amigo* aparece no vocabulário da maioria das crianças por volta dos quatro anos de idade e o *melhor amigo* está omnipresente na experiência social durante a meia infância e a adolescência».

Com certeza, todos nós nos lembramos da influência que os nossos amigos exerciam sobre nós, fosse na escolha de um penteado, de uma roupa, incluindo até, sobre o que havíamos de comer no bar da escola quando estávamos de intervalo. Aliás, «o grupo de amigos tende a substituir gradualmente a família nas suas influências sobre as atitudes e condutas, procurando-se desta forma, uma sociedade própria que satisfaça as necessidades dos seus componentes» (Serrano, J. 2003: 79).

A grande questão que se coloca é porque razão umas crianças são mais preferidas pela maioria dos colegas e outras são as menos preferidas desses mesmos colegas, na opinião de Almeida, A. (2000: 77) «as diferenças entre crianças populares e rejeitadas não são exclusivamente explicáveis a partir do comportamento social e podemos mesmo considerar que essas diferenças derivam do modo como as crianças processam a informação social, das significações que atribuem à situação, das expectativas que mantêm sobre o comportamento dos outros e dos objectivos sociais».

No fundo, quais serão as principais características que levam à preferência social das crianças, citado por (Almeida, A. 2000: 33), Coie (1990) reitera que, «muito embora se possa atribuir a factores como a aparência física, rendimento académico e capacidades atléticas algum peso na avaliação dos pares, as causas que levam as crianças a preferir este ou aquele companheiro não se prendem com a presença ou a ausência de qualquer uma dessas características». Para este autor, «as bases da preferência social residem fundamentalmente no modo como a criança se relaciona com os seus pares, no modo como lida com as situações sociais e com as questões que dizem directamente respeito ao grupo e com a forma como reage às solicitações dos companheiros. Tome-se o exemplo da criança obesa. Esta característica pode ocasionalmente ser motivo de troça dos colegas da turma, mas é sobretudo a forma como ela reage às troças dos colegas que determinará o seu estatuto social no grupo. Onde, obesidade não equivale a rejeição e não é uma condição que exclua a popularidade da criança».

Outra questão que se pode colocar é como começa e como termina uma relação de amizade, quais são os factores que contribuem para estas situações, na opinião de Krappmann, L. (1996: 19) «um aspecto proeminente da relação chamada de amizade é que é uma relação voluntária. Este voluntariado é visto no processo de iniciação, mantendo e terminando a amizade, tal como as expectativas que os amigos têm uns sobre os outros».

A escola é o local privilegiado de contactos pessoais e sociais entre colegas, «as inter-relações que se estabelecem na escola levam a que as crianças desenvolvam trocas de várias ordens, estabeleçam novas amizades, encontrem obrigações e prazeres dos até então sentidos, tenham acesso a uma grande diversidade de papéis e um alargamento progressivo do campo das suas relações interpessoais» (Serrano, J. 2003: 74). Estas relações interpessoais constituem um factor importante no desenvolvimento de competências sociais a longo prazo.

É muito importante a função socializadora que os pares estabelecem entre si nas suas relações diárias na escola, os professores têm também que estar atentos às relações sociais dos seus alunos, pois como refere Almeida A. (2000: 218), «o desajustamento da criança no grupo de pares surge frequentemente relacionado com os sinais de desadaptação escolar, nomeadamente com o abandono precoce e a emergência de condutas desviantes. O valor preditivo da rejeição social entre pares em idade escolar é ainda tido como um dos indicadores mais fiáveis de dificuldades adaptativas a distúrbios psicopatológicos na adolescência e na idade adulta».

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1 - População, amostra e recolha de dados

Após ter identificado o campo de estudo e definido o seu enquadramento, neste capítulo vamos descrever e contextualizar o processo metodológico.

3.1.1- População e amostra

3.1.2- População

Comunidade educativa da Escola E.B. 2/3 Egas Moniz, Guimarães, compreendeu com a participação de uma turma do 6º ano do 2º ciclo do ensino básico, constituída por 21 alunos e de dois Professores, a Professora de Educação Física e a de Formação Cívica. A turma com quem realizamos o estudo, foi seleccionada pela própria escola, tendo em conta os objectivos que referimos quando enviamos o requerimento com o pedido de autorização para realizar o estudo.

3.1.3- Amostra

Para levarmos a cabo o nosso estudo, escolhemos como população alvo as crianças pertencentes a três grupos etários, 11,12 e 13 anos de idade. A amostra é constituída por um total de 21 crianças, todas elas provenientes do meio urbano residindo na cidade de Guimarães.

Esta turma conta com uma criança com necessidades educativas especiais, com paralisia cerebral. O grupo de crianças interage normalmente com esta criança, sem registo de qualquer tipo de discriminação negativa relativamente à sua deficiência. Pelo contrário, o grupo demonstra ser altamente cooperativo, ajudando-o em algumas tarefas como por exemplo passar da sua cadeira de rodas para a cadeira da mesa de trabalho, incentivando-o também a andar sozinho. É na aula de Educação Física que este incentivo é mais visível, pois parece tarefa de todos os colegas que esta criança consiga andar sozinha e sempre que ele consegue por breves momentos, toda a turma o aplaude e elogia pelo esforço. Não se verificou nenhum problema de integração desta criança no seu grupo de pares. Aliás, sempre que algum colega faz anos convidam-no sempre e optam por um lugar de diversão que seja acessível à sua deslocação com a cadeira de rodas. Inclusive, apercebi-me que os colegas lhe

contam segredos, pois durante algum tempo a turma realizava à quinta-feira a entrega e distribuição de cartas do amigo secreto e com alguma frequência, apercebi-me que alguns colegas perguntavam a esta criança se ele sabia quem tinha escrito a carta, o que demonstra que sabiam que os colegas desabafam com ele os seus segredos.

A amostra foi seleccionada numa Escola do Segundo e Terceiro Ciclo do Ensino Básico, e frequenta o 6º ano de escolaridade.

Quadro 1 – Sexo

Sexo	f	%
Feminino	7	33,3%
Masculino	14	66,7%

Quadro 2 – Idade

Idade	f	%
11	14	66,7
12	5	23,8
13	2	9,5

Relativamente ao sexo, como apresenta o quadro 1, o sexo feminino é representado por 7 crianças e o masculino por 14 crianças.

Como referi anteriormente o grupo de crianças da amostra tem idades compreendidas entre os 11 e os 13 anos, sendo de referir que como apresenta o quadro 2, 14 crianças têm 11 anos, 5 têm 12 anos e apenas 2 têm 13 anos.

3.2 - Caracterização do local do estudo e razões justificativas da sua escolha

O estudo foi desenvolvido na Escola Básica do 2º e 3º Ciclos Egas Moniz, situada na freguesia de S. Sebastião, Concelho de Guimarães, Distrito de Braga. O Agrupamento de Escolas Egas Moniz - Guimarães foi criado no final do ano lectivo de 2000/2001 por Despacho da D.R.E.N., datado de seis de Junho de dois mil e um, sendo constituído pelas Escolas E.B. 2,3 Egas Moniz, sede do Agrupamento, Jardim de Infância., E.B. 1 Santa Luzia - Azurém e E.B. 1Guimarães Pegada-Azurém.

Guimarães é sede de Concelho com 258 Km² e cerca 160 000 habitantes. Primeira capital do país, cuja imagem de marca é o seu Centro Histórico, situa-se na bacia do Rio Ave – Vale do Ave. Integra-se na região do Minho, no Noroeste de Portugal e está localizada aos pés do Monte da Penha, que domina toda a paisagem.

O local escolhido para recolha da amostra foi a cidade de Guimarães pelas seguintes razões:

- Interesse pessoal pela realização do estudo na cidade onde nasci, vivo e trabalho;
- Proximidade desta escola com o meu local de trabalho o que facilitou em termos de horários e as deslocações para a escola;
- Ser uma escola do 2º e 3º Ciclos e portanto, frequentada por alunos de uma faixa etária que nos interessava para o estudo.

3.3- O método

Recolha de dados sociodemográficos, peso, altura, índice de massa corporal, actividade física, níveis de sedentarismo e hábitos alimentares e avaliação da satisfação corporal através da escala de silhueta.

3.4- As técnicas

A partir dos questionários, das observações, do teste sociométrico, da antropometria e das medidas da imagem corporal que realizamos com as crianças o nosso objectivo foi verificar, com o teste sociométrico as suas relações preferenciais, adquirindo um melhor conhecimento das relações entre pares, tentando assim, perceber o porquê destas preferências. Com os questionários, os hábitos alimentares, o nível de actividade física e sedentarismo, a sua autonomia em termos de circulação e mobilidade. Com a antropometria e as medidas de imagem corporal a nossa intenção era verificar até que ponto as crianças da mostra se sentiam bem ou não com a imagem que têm delas próprias. Com o cruzamento de todos estes dados, o objectivo principal do nosso estudo era perceber um pouco melhor as implicações que a obesidade infantil podem causar no dia a dia das crianças e quais as incompatibilidades no seu relacionamento com os outros. É portanto, necessária uma triangulação de estratégias de investigação de forma a obter o máximo de informação possível. A própria observação deve ser feita de diferentes formas pois, observar de muitos ângulos e muitas maneiras diferentes fornece-nos uma descrição mais completa da parte do mundo social que está a ser investigada (Graue, M. Walsh, D. 2003: 100). Como refere, Ferreira, V. (1986: 195), «só a multiplicidade de fontes empíricas, cada uma com a validade que lhe é própria, pode devolver-nos a multidimensionalidade das relações sociais».

3.4.1- Os questionários

No sentido de poder responder àquilo que nos propusemos investigar, optamos por basear os nossos questionários a partir dos questionários utilizados por (Serrano, J. 2003), na sua Dissertação de Doutoramento em Motricidade Humana na especialidade de Ciências da Motricidade, cujo tema é *Mudanças Sociais E Estilos De Vida No Desenvolvimento Da Criança. Estudo do nível de independência de mobilidade e da actividade física nas rotinas da vida quotidiana em crianças de 8,10 e 12 anos de idade no meio urbano*. Os questionários do autor que adaptamos referem-se essencialmente ao programa de actividade física das crianças, questionando-as sobre a liberdade de brincar dentro de casa, a quantidade de horas que brincam dentro de casa durante a semana e ao fim de semana. Quais os jogos mais praticados dentro de casa e que actividades realizam dentro de casa, o tempo que passam em frente ao televisor durante os dias da semana e ao fim de semana. O tempo diário que passam a jogar computador durante os dias da semana e ao fim de semana. A satisfação face à influência de espaços de actividade física no bairro, os espaços preferidos para a actividade física no bairro e que actividades não podem realizar no bairro. Quantidade de horas que passam em actividade lúdica diária durante os dias da semana e ao fim de semana. O sexo e idade dos amigos da prática da actividade lúdica e os jogos mais praticados fora de casa. As outras questões dizem respeito à independência de mobilidade das crianças e refere-se ao limite geográfico de brincadeira concedido fora de casa, identificação do local onde moram os amigos de brincadeira. Visitas a amigos durante as últimas duas semanas, o trajecto nas visitas aos amigos. Caminhadas a pé com crianças nas últimas duas semanas, o local das caminhadas a pé com outras crianças nas últimas duas semanas. Permissão para atravessamento das ruas sozinho, mesmo quando acompanhados por adultos. Acompanhamento preferencial nos passeios a pé e o local mais distante e tempo de percurso das crianças nas deslocações a pé, sozinhos ou com amigos da mesma idade, nas últimas duas semanas no meio urbano. Caracterização do trajecto casa/clubes, caso pratiquem uma actividade desportiva num clube.

No que diz respeito aos questionários sobre alimentação, estes foram adaptados de (Silva, S. 2007), da sua Dissertação de Mestrado em Educação, Área de Especialização em Supervisão Pedagógica em Ensino das Ciências, cujo tema é *Alimentação Saudável na Escola: um Estudo efectuado em Escolas que integram a RNEPS e em escolas não pertencentes à Rede*. Os questionários utilizados fornecem-nos dados sobre os conhecimentos dos alunos sobre a frequência com que se deve ingerir os alimentos, sobre a frequência com

que se devem fazer algumas refeições. E por fim, o conhecimento das opiniões dos alunos sobre a alimentação saudável.

Relativamente à linguagem utilizada e ao conteúdo das questões, não esquecendo que eram dirigidas às crianças. Tivemos o cuidado de utilizar uma linguagem, clara, directa e adequada à população em estudo. Pois como refere Ferreira, V. (1986: 181), «a formulação das perguntas não pode evidentemente perder de vista as características da população a inquirir».

No que diz respeito à forma de aplicação dos questionários, estes foram sempre aplicados durante a aula de Formação Cívica e era distribuída a cada criança uma folha com o questionário em questão.

O questionário n.º 1 teve como objectivo conhecer melhor as crianças do estudo, foram colocadas questões sobre o nome, a idade, o sexo e também algumas questões sobre a prática desportiva. Onde era questionado às crianças se praticavam alguma actividade desportiva, e qual o desporto que praticavam, em que dias da semana e em que horários o realizavam. Também questionamos se havia alguma elemento na família que também praticava desporto, e qual o desporto. Caso as crianças tivessem respondido negativamente às questões acima referidas, eram questionadas sobre se já alguma vez tinham praticado desporto, qual e porque razão deixaram de o praticar, caso nunca tenham praticado porque razão nunca o fizeram.

O questionário n.º 2 visava conhecer a frequência com que as crianças costumam consumir alguns alimentos ou grupos de alimentos e ainda, com que frequência é que eles acham que esses alimentos ou grupos de alimentos devem ser consumidos, pois o objectivo aqui, é saber se as crianças inquiridas têm consciência dos alimentos que consomem e se acham que o fazem da forma mais correcta.

O questionário n.º 3 tinha como principal objectivo perceber os conhecimentos dos alunos sobre a frequência com que se devem fazer algumas refeições.

O questionário n.º 4 tinha por objectivo perceber os conhecimentos dos alunos sobre uma alimentação saudável.

O questionário n.º 5 tinha como objectivo conhecer as actividades das crianças dentro de casa, as actividades fora de casa, e ainda, a independência de mobilidade.

O questionário n.º 6 tinha como objectivo perceber através de um conjunto de silhuetas a imagem que cada criança tem de si própria e a imagem que gostaria de ter.

3.4.2- O teste sociométrico

O sociograma é uma técnica de análise das interacções que consiste no registo das mesmas. Sintetizando a definição de vários autores, a sociometria pode ser conceituada como sendo a análise dos fenómenos psicossociais, pela aplicação de métodos quantitativos, visando atingir todas as relações interpessoais em todos os seus quadros e processos.

Segundo, Almeida, A. (2000: 64), «metodologicamente, a utilização de diferentes procedimentos sociométricos vem a reflectir-se na inconsistência das relações que se estabelecem entre a aceitação e a rejeição social e os comportamentos sociais de natureza diversa. Estas questões apontam para várias linhas de investigação. Em primeiro, estudar a possibilidade de analisar um leque de comportamentos sociais positivos e negativos relacionados com a aceitação e rejeição social e, de forma mais diferenciada, com os diferentes tipos de estatuto social. Numa linha relacionada com esta, colocamos em segundo lugar a possibilidade de analisar a estabilidade dos padrões comportamentais relacionados com os diferentes tipo de estatuto social e começar por delinear os antecedentes comportamentais que, ao longo do desenvolvimento, exercem uma influência determinante na aquisição e manutenção dos estatutos sociais».

Tendo em conta que um dos nossos objectivos na investigação é verificar se a obesidade infantil tem como consequência o estigma, através do teste sociométrico vai ser possível fazer esta observação, pois como refere Moreno, o teste sociométrico é «um instrumento que estuda as estruturas sociais em função das atracções e repulsas manifestadas no seio de um grupo» (Alves, D. 1974: 14). Se for aplicada com os cuidados necessários, esta técnica permite obter com bastante precisão, a posição que cada um dos componentes ocupa no grupo, assim como a posição que cada indivíduo julga ocupar; as relações de afinidade, de conflito, assim como a neutralidade ou inexistência de relações; a estrutura sociométrica do grupo: a trama de comunicações, os focos de tensão, os subgrupos, as barreiras étnicas, religiosas, raciais, etc., e também a dinâmica dos grupos: as modificações dos quadros e a evolução dos processos no seio do grupo. O teste sociométrico ajuda «a avaliar o grau de integração duma criança no grupo; a descobrir a maneira como ela está a integrar-se; e a ver se a sua experiência social se está a realizar dum modo salutar ou não» (Northway, M., Weld, L. 1999: 8).

As mesmas autoras, referem que «a aplicação do teste pode ser colectiva ou individual, o tempo de aplicação é de aproximadamente 15 minutos e o material necessário

consta apenas de papel e lápis, eu optamos por aplicar o teste individualmente no nosso entender as crianças são mais sinceras se estiverem sozinhas a responder e sofrem menos a influência dos colegas nas suas escolhas». Alguns dos pontos – chaves do teste sociométrico são: a motivação, a confiança no sociometrista, o manejo do grupo, os limites da área de indicações, o estabelecimento de critérios, entre outros. Uma das grandes vantagens da utilização destes testes é que um teste sociométrico dá a todas e a cada uma das crianças dum grupo a oportunidade de nos dizer com quem gosta de brincar, trabalhar ou estar em determinada situação.

Para Almeida, A. (2000: 43) «os estudos sociométricos mais recentes evidenciam que a preferência social e a rejeição são dimensões do estatuto social bastante independentes, reiterando o interesse em usar combinadamente as duas dimensões do estatuto social de modo a identificar os diferentes tipos de estatuto».

Para a realização deste estudo utilizamos 4 testes sociométricos, cuja finalidade era perceber por um lado, as preferências sociais, e por outro, a rejeição social. Cada teste tinha 3 questões, e em cada questão cada criança tinha que escolher 3 colegas, que dependendo da questão que lhe era colocada podia corresponder a 3 colegas de preferência social ou de rejeição. Na opinião de Almeida, A. (2000: 217) «no conjunto das medidas de ajustamento social, as medidas sociométricas têm um papel de destaque sendo aquelas que revelam melhores índices de previsão do comportamento social e da adaptação psicológica na adolescência e na idade adulta».

3.4.3- Antropometria

A técnica que utilizamos para avaliar a obesidade das crianças do estudo foi a antropometria que consiste num conjunto de técnicas que são utilizadas para medir o corpo humano ou as suas partes. A antropometria trata das medidas físicas do corpo humano.

Segundo, Camolas, J. (2008), os procedimentos para a medição da estatura são:

- A medição da altura implica o recurso a instrumentos adequados, os estadiómetros ou craveiras.
- O indivíduo que está a ser medido deve estar descalço e usar roupas leves, para que seja visível o posicionamento do corpo.

- Deve posicionar-se sobre uma superfície plana, com os calcanhares juntos e o peso equitativamente distribuído por ambos os pés.
- Os braços devem estar pendentes, lateralmente ao corpo, e a cabeça, costas, nádegas e calcanhares devem estar em contacto com a régua vertical do estadiómetro.
- A cabeça deve estar posicionada segundo o plano horizontal de Frankfurt, que consiste no alinhamento entre o topo superior do pavilhão auricular e o canto externo do olho, linha que deve formar um plano horizontal com o solo.
- A estatura deve ser medida ao 0,1 cm mais próximo.

O mesmo autor sugere como procedimento de medição do peso corporal o seguinte:

- O indivíduo deve posicionar-se no centro da plataforma da balança (que deve ser calibrada periodicamente) com o peso distribuído, equitativamente, por ambos os pés, vestindo apenas roupa leve e sem sapatos.
- Idealmente, o peso deve ser obtido sempre nas mesmas condições, i.e., à mesma hora, com a mesma roupa, após dejectão e micção.
- O peso deverá ser registado aos 100g mais próximos.

Para realizarmos o nosso trabalho seguimos algumas destas orientações, para a obtenção dos valores do peso utilizamos uma balança, onde os alunos foram pesados descalços, vestindo o respectivo equipamento (camisola e calça de treino/calção de treino). Para avaliar a altura as crianças utilizamos um instrumento de medição da altura em madeira, em que as crianças descalças subiam para a estrutura e foram tiradas as medidas entre o vértex (ponto superior da cabeça no plano mediano sagital) e o plano de referência do solo. Esta actividade foi realizada por nós numa aula de Educação Física. A avaliação da obesidade será realizada através do Índice de Massa Corporal (IMC) que foi adoptado internacionalmente para classificar a obesidade e foi calculado através da fórmula: $\text{Peso}/\text{Altura}^2$, expresso em kg/m^2 , ou seja dividindo o peso (expresso em quilos) pela altura (expressa em metros) elevada ao quadrado. Segundo o Programa Nacional de Combate à Obesidade que está integrado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, o valor do IMC em idade pediátrica deve ser percentilado tendo como base tabelas de referência. Ou seja, valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 95 permitem fazer o diagnóstico de obesidade.

Para o diagnóstico da situação de excesso de peso/obesidade em crianças e adolescentes e pese embora haver uma série de métodos passíveis de utilização, tais como: a) determinação da espessura das pregas cutâneas, tricipital e abdominal; b) meios imagiológicos; c) consulta de tabelas antropométricas específicas; e) determinação das relações entre peso e

altura (P/A), a relação entre o peso em kg e o quadrado a relação entre o peso em kg e o quadrado da altura em metros (Índice de Massa Corporal - IMC) e relação entre peso e altura ao cubo (Índice de Rohrer), é considerado o estudo do IMC o método mais válido em estudos epidemiológicos. A determinação do IMC é facilmente realizável e aplicável em larga escala, não dependendo da experiência individual na colheita dos valores a avaliar (Santiago, L. *et al.* 2002).

Com o objectivo de desenvolver uma definição internacionalmente aceite de crianças com excesso de peso e obesas, Cole *et al.* (2000), realizaram um estudo especificando os pontos de corte para cada idade e sexo, entre os 2 e os 18 anos e que está representado no quadro 4. Utilizaram uma amostra heterogénea constituída por indivíduos de seis países diferentes, com idades compreendidas do nascimento até aos 25 anos. Tendo em consideração as características do estudo, esta definição de excesso de peso e obesidade, tornou-se menos arbitrária e mais aceite internacionalmente do que todas as outras.

Quadro 3 – Índice de massa corporal dos alunos da amostra

Alunos	Idade	Peso kg	Altura m	IMC
Alexandre	11	38	1,50	16,9
Ana Beatriz	11	37	1,50	16,4
Catarina	11	53	1,55	22,1
Ana Raquel	11	41	1,44	19,8
Bruno	12	30	1,41	15,1
Débora	11	48	1,56	19,7
Diogo	13	55	1,46	25,8
Fernando	11	40	1,58	16,0
Flávio	12	39	1,53	16,7
Francisco	11	61	1,57	24,7
Henrique	11	35	1,50	15,6
José Diogo	12	41	1,57	16,6
José Pedro	13	50	1,64	18,6
Manuel	11	75	1,59	29,7
Maria Inês	11	53	1,62	20,2
Maria João	11	48	1,55	20,0
Paulo	12	32	1,50	14,2
Pedro	11	42	1,49	18,9
Ricardo	11	50	1,47	23,1
Sílvia	12	45	1,48	20,5
Vasco	11	33	1,44	15,9

Se compararmos os dados obtidos no quadro 3, que correspondem ao índice de massa corporal das crianças da amostra com os do quadro 4, que correspondem aos pontos de corte

para o excesso de peso e obesidade através do IMC, para ambos os sexos dos 2 aos 18 anos, adaptado de Cole *et al.*, (2000). Verifica-se que apesar de haver 4 crianças da amostra com excesso de peso, sendo que uma é do sexo feminino e as outras 3 são do sexo masculino, apenas um elemento do sexo masculino é que apresenta valores que indicam que tem obesidade.

Quadro 4 – Pontos de Corte para o excesso e obesidade através do IMC, para ambos os sexos dos 2 aos 18 anos (adaptado de Cole *et al.*, 2000).

Idade (anos)	Excesso de peso		Obesidade	
	Rapazes	Raparigas	Rapazes	Raparigas
2	18,41	18,02	20,09	19,81
2,5	18,13	17,76	19,80	19,55
3	17,89	17,56	19,57	19,36
3,5	17,69	17,40	19,39	19,23
4	17,55	17,28	19,29	19,15
4,5	17,47	17,19	19,26	19,12
5	17,42	17,15	19,30	19,17
5,5	17,45	17,20	19,47	19,34
6	17,55	17,34	19,78	19,65
6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
7	17,92	17,75	20,63	20,51
7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
8	18,44	18,35	21,60	21,57
8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
9	19,10	19,07	22,77	22,81
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
10	19,84	19,86	24,00	24,11
10,5	20,20	20,29	24,57	24,77
11	20,55	20,74	25,10	25,42
11,5	20,89	21,20	25,58	26,05
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,58	26,84	27,76
13,5	22,27	22,98	27,25	28,20
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	22,96	23,66	27,98	28,87
15	23,29	23,94	28,30	29,11
15,5	23,60	24,17	28,60	29,29
16	23,90	24,37	28,88	29,43
16,5	24,19	24,54	29,14	29,56
17	24,46	24,70	29,41	29,69
17,5	24,73	24,85	29,70	29,84
18	25	25	30	30

3.4.5- Medidas da imagem corporal

São vários os métodos para avaliar a imagem corporal. Os mais simples utilizam um conjunto de silhuetas que consistem numa série de figuras ou desenhos de corpos representando vários tamanhos corporais e, geralmente, contêm silhuetas que vão das mais magras até as mais obesas. Há conjuntos de silhuetas com imagens de crianças, adolescentes e adultos.

Para verificação da imagem corporal actual e ideal das crianças em estudo foi utilizada a escala de silhuetas proposta por Stunkard *et al.* (figura 1). Entregamos a cada criança uma folha com o conjunto de silhuetas e com as seguintes perguntas: Indica a silhueta que melhor representa a tua aparência física actualmente; Indica a silhueta que gostarias de ter. Para verificar a insatisfação corporal utilizou-se a diferença entre a silhueta actual (SA) e a silhueta ideal (SI), apontadas pelas crianças.

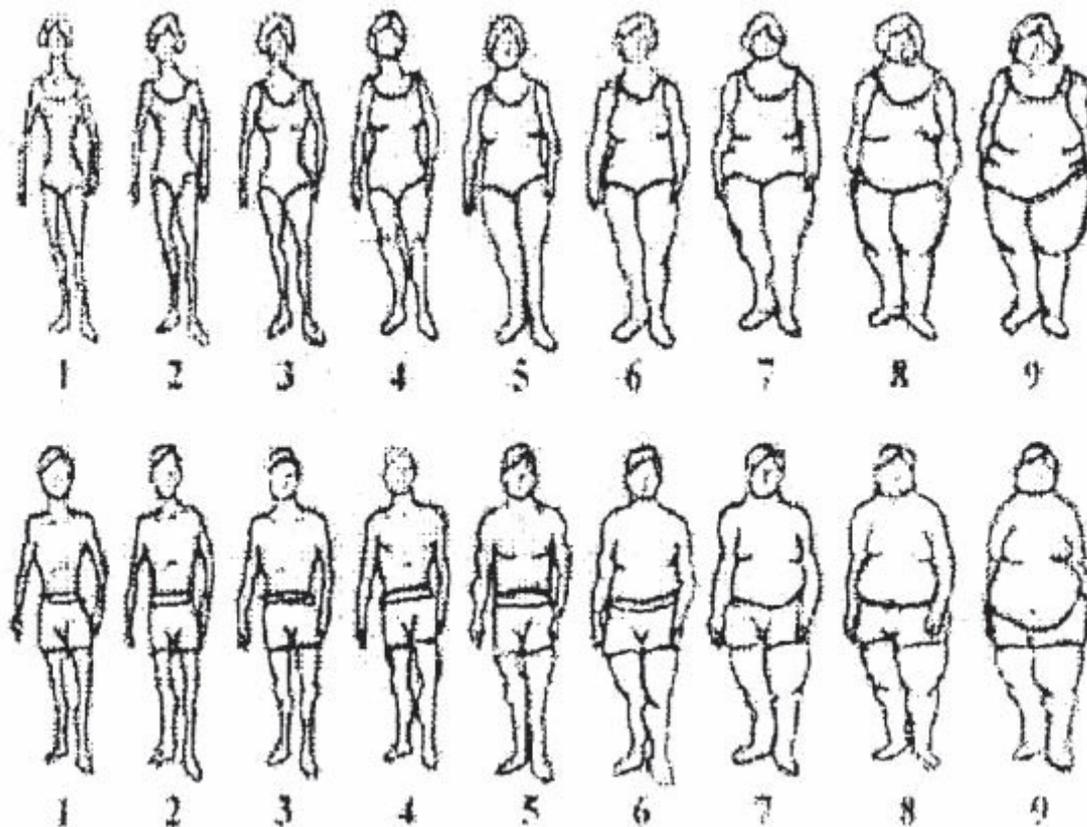


Figura 1 – Conjunto de silhuetas proposto por Stunkard *et al.*

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

4. 1- Análise dos dados

Após a recolha e organização dos dados, procedemos ao seu tratamento, sendo este efectuado de acordo com as finalidades e objectivos que nortearam este estudo. Partindo das respostas expressas pelas crianças nos questionários, foi construída uma base de dados em suporte informático, utilizando para tal o programa “ Microsoft Excel”.

A análise dos dados permite uma maior compreensão dos materiais recolhidos ao longo da investigação, uma vez que, “ *a análise envolve o trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes e do que deve ser aprendido e a decisão do que vai ser transmitido aos outros*” (BOGDAN, Robert e BIKLEN Sari 1994: 205).

4.1.1 - Programa de actividade física da criança

Actualmente, nas sociedades modernas, o ritmo diário da vida quotidiana das crianças e a sua gestão é um problema sério, pois divide-se entre o tempo que passam em actividade escolar, actividade extra curricular, seja a praticar algum desporto ou a aprender algum instrumento musical e o tempo que passam em casa. Para além destes hábitos diários, as crianças ocupam uma parte significativa do seu dia a dia em actividades de tempo livre. Neste sentido, e tendo em conta a variedade económica, cultural e social, da actual sociedade «verifica-se que o nível de importância atribuído pelos Pais na escolha das actividades para o preenchimento dos tempos livres dos filhos, está dependente de vários factores: habilitação académica, classe social, constituição da família, experiências anteriores, local de habitação, distância do local de trabalho, horários referentes à prática das actividades e dificuldades económicas» (Neto, C. 1997: 13).

É sobre as actividades desenvolvidas durante o tempo livre, dentro ou fora de casa, e sobre as formas de deslocamento que nos vamos debruçar, procurando assim, um melhor conhecimento das variáveis nas rotinas de vida das crianças da amostra. Para tal, começamos por fazer uma análise dos dados descritivos da amostra em termos percentuais, tomando por

base os resultados obtidos pela recolha efectuada através dos questionários aplicados às crianças, onde se procura conhecer a sua actividade física e independência de mobilidade.

4.1.2– Informação sobre a prática desportiva das crianças da amostra e da sua família

Como podemos observar a partir do quadro 5, do total da amostra a que correspondem 21 inquiridos, 15 responderam que praticavam desporto, o que corresponde a 71,4% dos inquiridos e 6 responderam que não, o que corresponde a apenas 28,6%.

Quadro 5 – Prática desportiva

Pratica desporto	f	%
Sim	15	71,4
Não	6	28,6

A partir da observação do quadro 6, verifica-se que a maioria, 47,6% dos inquiridos pratica desporto durante a semana e apenas 23,8% pratica desporto ao fim de semana, o que nos leva a concluir que praticam desporto depois das aulas.

Quadro 6 – Em que dias praticam desporto

Quando praticam	fi	%
Durante a semana	10	47,6
Fim-de-semana	5	23,8

Como se pode constatar a partir da observação dos resultados apresentados no quadro 7, os desportos que os inquiridos praticam são: futsal, natação, basquetebol, dança, badmington e futebol.

O basquetebol surge como sendo o desporto mais praticado pelos inquiridos o que corresponde a 23,8%, em seguida surge o futsal e a natação com 19,0%, depois surge a dança com 9,5% e por fim o futebol e o badmington com 4,8%.

Quadro 7 – Qual o tipo de desporto

Tipo de desporto	Fi	%
Futsal	4	19,0
Natação	4	19,0
Basquetebol	5	23,8
Dança	2	9,5
Badmington	1	4,8
Futebol	1	4,8

No quadro 8, quando questionamos as crianças da amostra sobre a prática desportiva dos elementos do agregado familiar, 15 responderam que os seus familiares não praticavam um desporto, o que corresponde a 71,4 %, das respostas e 6 responderam que sim, o que corresponde a 28,6% das respostas. Fazendo uma comparação dos dados representados no quadro 5, sobre a prática desportiva das crianças da amostra, com os resultados apresentados no quadro 8, sobre a prática desportiva dos elementos do agregado familiar, chegamos à conclusão que os dados são exactamente o oposto em termos de percentagem relativamente às respostas afirmativas e negativas. Ou seja, ao mesmo número de crianças que responderam que praticam um desporto corresponde o mesmo número de crianças que responderam que nenhum dos elementos do agregado familiar também pratica. O mesmo sucedendo em termos de percentagem com as que responderam negativamente às questões do quadro 5 e do quadro 8. A partir destes dados pretendíamos saber até que ponto o facto de algum familiar praticar desporto podia influenciar ou não a prática desportiva das crianças da amostra. Os dados obtidos indicam-nos que neste caso específico essa situação não se verifica.

Quadro 8 – Alguém na família pratica desporto

	f	%
Sim	6	28,6
Não	15	71,4

4.2 – Liberdade e tempo para brincar dentro de casa

Os resultados expressos no quadro 9, demonstraram que a liberdade que as crianças da amostra têm para brincar em todas as divisões da casa, está dividida entre 52,4% de respostas afirmativas e 47,6% de respostas negativas. Ou seja, mais ou menos metade das crianças pode brincar em todas as divisões da casa e a outra metade não, a diferença percentual é mínima. No que diz respeito ao número de horas que as crianças passam a brincar no dia útil, 57,1% respondeu que brinca menos de duas horas, 33,3% 2 a 4 horas e 9,5% mais de 4 horas. Relativamente ao fim-de-semana 14,3% das crianças da amostra referem que brincam menos de 2 horas, 28,6% 2 a 4 horas e 57,1% mais de 4 horas. Comparando o número de horas que brincam no dia útil e ao fim de semana, constata-se que como é natural, uma vez que não têm escola, é durante o fim-de-semana que brincam mais horas.

Quadro 9 – Liberdade para brincar em casa e tempo dedicado à brincadeira

	Total	
	Fi	%
Liberdade para brincar em todas as divisões da casa		
Sim	11	52,4
Não	10	47,6
Nº de horas que a criança brinca no dia útil		
Menos de 2 horas	12	57,1
De 2 a 4 horas	7	33,3
Mais de 4 horas	2	9,5
Nº de horas que a criança brinca no fim-de-semana		
Menos de 2 horas	3	14,3
De 2 a 4 horas	6	28,6
Mais de 4 horas	12	57,1

4.2.1 – Jogos preferidos das crianças da amostra dentro de casa

No que concerne aos dados expressos no quadro 10, que dizem respeito aos jogos preferidos das crianças da amostra dentro de casa, verifica-se que o jogo preferido é o do computador com 66,7% de respostas, seguido da Playstation/Nintendo com 52,4%, jogos de futebol e basquetebol com 47,6%, visionamento de televisão 28,6%, e depois com 9,5% das preferências encontram-se dançar/cantar, jogar às escondidas, jogar damas/cartas e internet, por fim com 4,8% de preferência surge tocar guitarra, desenhar/pintar, trivial, ouvir música, jogar aos dados e fazer vídeos.

Quadro 10 – Jogos preferidos das crianças dentro de casa

Jogos	Total	
	fi	%
Tocar guitarra	1	4,8
Desenhar/pintar	1	4,8
Dançar/cantar	2	9,5
Trivial	1	4,8
Ouvir música	1	4,8
Jogar damas/cartas	2	9,5
Jogar computador	14	66,7
Internet	2	9,5
Ver televisão	6	28,6
Jogar aos dados	1	4,8
Playstation/Nintendo	11	52,4
Jogar futebol/basquetebol	10	47,6
Fazer vídeos	1	4,8
Jogar às escondidas	2	9,5

4.2.2 – Actividades realizadas pelas crianças da amostra dentro de casa

Quanto às actividades realizadas dentro de casa, como vem expresso no quadro 11, ver televisão ou vídeo surge com 81,0% das respostas, seguido de estudos/T.P.C. e ouvir música/tocar instrumentos com 76,2% das respostas, computador 66,7%, ajudar nas tarefas domésticas 57,1%, ler 42,9%, pintar/desenhar 14,3% e 33,3% responderam outras.

Quadro 11 – Actividades realizadas pelas crianças dentro de casa

Actividades	Total	
	fi	%
Computador	14	66,7
Ouvir música/tocar instrumentos	16	76,2
Estudos/T.P.C	16	76,2
Ajudar nas tarefas domésticas	12	57,1
Ver Tv. ou vídeo	17	81,0
Ler	9	42,9
Pintar desenhar	3	14,3
Outras	7	33,3

Os resultados expressos no quadro 12, dizem respeito ao tempo de visionamento televisivo das crianças. No dia útil 81,0% das crianças da amostra respondeu que vê televisão menos de duas horas e 19,0 entre 2 e 4 horas. Ao, fim-de-semana 23,8% vê menos de 2 horas, 61,9% entre 2 e 4 horas e 14,3% mais de 4 horas. Comparando-se o número de horas de visionamento de televisão durante o dia útil e o fim-de-semana verifica-se um aumento substancial do número de horas de visionamento de televisão ao fim-de-semana.

4.2.3 – Visionamento televisivo das crianças da amostra

Quadro 12 – Visionamento televisivo das crianças

Nº de horas de visionamento televisivo no dia útil	f_i	%
Menos de 2 horas	17	81,0
De 2 a 4 horas	4	19,0
Mais de 4 horas	0	0,0
Nº de horas de visionamento televisivo ao fim de semana		
Menos de 2 horas	5	23,8
De 2 a 4 horas	13	61,9
Mais de 4 horas	3	14,3

4.2.4 – Actividade lúdica da criança no computador

O quadro 13 representa os resultados de actividade lúdica das crianças da amostra no computador, 71,4% respondeu que joga computador durante o dia útil e 28,6% respondeu que não.

Quanto ao número de horas que jogam computador durante o dia útil, 42,9% respondeu menos de 2 horas, 19,0 de 2 a 4 horas e 9,5% mais de 4 horas. Ao fim-de-semana 42,9% respondeu menos de 2 horas, 23,8% de 2 a 4 horas e 28,6% mais de 4 horas. A partir destes dados e comparando número de horas a jogar computador no dia útil com o fim-de-semana verifica-se que as crianças da amostra passam mais horas a jogar computador ao fim-de-semana

Quadro 13 – Actividade lúdica das crianças no computador

Joga computador durante o dia útil	Fi	%
Sim	15	71,4
Não	6	28,6
Joga computador ao fim de semana		
Sim	20	95,2
Não	1	4,8
Nº de horas de jogo de computador no dia útil		
Menos de 2 horas	9	42,9
De 2 a 4 horas	4	19,0
Mais de 4 horas	2	9,5
Nº de horas de jogo de computador no dia útil		
Menos de 2 horas	9	42,9
De 2 a 4 horas	5	23,8
Mais de 4 horas	6	28,6

4.3- Relação das crianças da amostra com o seu bairro

Ao indagar as crianças sobre a satisfação face aos espaços de actividade física que o bairro onde mora lhe oferece, verificamos através dos dados expressos no quadro 14, que a maioria está satisfeita 76,2%, enquanto que 23,8% respondeu que não está satisfeita.

Relativamente aos espaços que gostariam de ter no bairro para desenvolverem a sua actividade física, a maioria 76,2% respondeu que gostaria que houvesse um Espaço para desportos radicais, 71,4% Espaços de aventuras, 66,7% Espaços multi-desportivos, 33,3% Espaços verdes, jardim público e outro tipo de espaços 19,0%, por fim, apenas 4,8% respondeu que gostaria que houvesse um parque infantil. A partir da análise destes dados constata-se que os preferidos são os Espaços para desportos radicais e os Espaços de aventuras, enquanto que o menos preferido é o parque infantil, na nossa opinião estas escolhas

devem-se essencialmente ao facto de sendo próprio da idade, a descoberta e a vontade de ser radical, além disso, porque também são raros estes espaços. Quanto à pouca preferência sobre o parque infantil, a explicação pode-se prender com a idade pois como são pré-adolescentes podem associar este tipo de parques para crianças mais novas, além de que também este é o espaço mais comum nos bairros e talvez por isso, menos apetecível.

Quadro 14 – Relação das crianças com o seu bairro (satisfação/preferências/limitações)

	Total	
	fi	%
O bairro tem espaço suficiente para desenvolver a A.F		
Sim	16	76,2
Não	5	23,8
Espaços que gostaria de ter no bairro para desenvolver a A.F		
Espaços verdes	7	33,3
Espaços de aventura	15	71,4
Espaços multi-desportivos	14	66,7
Espaços livres abertos	5	23,8
Espaços para desportos radicais	16	76,2
Parque infantil	1	4,8
Jardim público	4	19,0
Outros tipos de espaços	4	19,0
Actividades que gostaria de fazer no bairro mas não podem		
Andar de bicicleta	4	19,0
Jogar certos jogos desportivos c/ bola	4	19,0
Correr com os amigos	1	4,8
Praticar desportos radicais	15	71,4
Outras actividades	1	4,8

4.3.1- Tempo diário de actividade lúdica na rua, sexo e idade dos amigos das crianças da amostra

Relativamente ao número de horas no dia útil que as crianças da amostra passam em actividade lúdica na rua, como se pode observar a partir do quadro 15, a maioria 76,2% respondeu menos de 2 horas, 19,0% de 2 a 4 a horas e 4,8% mais de 4 horas. Ao fim-de-semana 42,9% responderam menos de 2 horas e 38,1% de 2 a 4 horas. É de salientar que as crianças brincam mais tempo na rua ao fim-de-semana do que no dia útil, contudo há 3 crianças que não responderam a esta questão, pois referem que não brincam na rua ao fim-de-semana. Quanto ao sexo dos amigos que com eles praticam actividade lúdica na rua a maioria 42,9% respondeu amigos de ambos os sexos, 33,3% do mesmo sexo e apenas 9,5% do sexo oposto. Quanto à idade a maioria 66,7% respondeu da mesma idade, 23,8% mais velhos e 19,0% mais novos.

Quadro 15 – Tempo diário de actividade lúdica na rua, sexo e idade dos amigos

	Total	
Nº de horas passadas em Actividades Lúdicas na rua no dia útil	fi	%
Menos de 2 horas	16	76,2
De 2 a 4 horas	4	19,0
Mais de 4 horas	1	4,8
Nº de horas passadas em Actividades Lúdicas na rua no fim-de-semana		
Menos de 2 horas	9	42,9
De 2 a 4 horas	8	38,1
Sexo dos amigos de prática na actividade lúdica na rua		
Do mesmo sexo	7	33,3
De sexo oposto	2	9,5
De ambos os sexos	9	42,9
Idade dos amigos de prática na actividade lúdica na rua		
Mais novos	4	19,0
Da mesma idade	14	66,7
Mais velhos	5	23,8

4.3.2 – Jogos preferidos das crianças da amostra fora de casa

Relativamente aos jogos preferidos das crianças da amostra fora de casa, como podemos observar a partir do quadro 16, a maioria 71,4% respondeu futebol, 57,1% jogar às escondidas, 23,8% andar de bicicleta e jogar à apanhada, 19,0% basquetebol e com 4,8% das respostas surgem o voleibol, o jogo da macaca, andar de skate, correr, andar de patins, saltar à corda, jogar andebol, rugby e brincar com os amigos.

Quadro 16 – Jogos preferidos das crianças fora de casa

Jogos	Total	
	fi	%
Futebol	15	71,4
Voleibol	1	4,8
Escondidas	12	57,1
Bicicleta	5	23,8
Jogar à macaca	1	4,8
Skate	1	4,8
Correr	1	4,8
Patins	1	4,8
Saltar à corda	1	4,8
Apanhada	5	23,8
Andebol	1	4,8
Basquetebol	4	19,0
Rugby	1	4,8
Brincar com os amigos	1	4,8

4.3.3 – Limite geográfico de brincadeira concedido e morada dos amigos

No que diz respeito ao limite geográfico de brincadeira concedido e que vem representado no quadro 17, verifica-se que nem todas as crianças podem brincar no espaço exterior à sua habitação. Embora sejam a minoria, pois apenas 19,0% das crianças da amostra responderam que apenas brinca em casa, enquanto que 38,1% brinca até aos limites do quarteirão, 28,6% até aos limites do bairro e 14,3% sem limite.

Quanto à morada dos amigos das crianças da amostra a maioria reside no quarteirão, 33,3% no bairro e 23,8% fora do bairro.

Quadro 17 – Limite geográfico de brincadeira concedido e morada dos amigos

	Total	
	fi	%
Limite geográfico de brincadeira concedido		
Apenas em casa	4	19,0
Até aos limites do quarteirão	8	38,1
Até aos limites do bairro	6	28,6
Sem limite	3	14,3
Morada dos amigos de brincadeira		
No quarteirão	9	42,9
No bairro	7	33,3
Fora do bairro	5	23,8

4.3.4 – Visitas a amigos, forma de deslocação e acompanhantes no trajecto

Os resultados expressos no quadro 18, revelam que a maioria das crianças diz ter visitado amigos nas últimas duas semanas, correspondendo a 71,4% das respostas, enquanto que 28,6% respondeu que não.

Reflectindo sobre os resultados podemos dizer que a maioria das crianças da amostra se desloca de automóvel quando visita os amigos correspondendo a 71,4% das respostas, 14,3% respondeu que se desloca de bicicleta e 4,8% a pé.

No que diz respeito aos acompanhantes no trajecto nas visitas aos amigos a maioria, 85,7%, respondeu que vai habitualmente com adultos, o que é natural uma vez que a maioria tinha respondido que se deslocava de automóvel aquando das visitas. Apenas 14,3% responderam que se faz acompanhar por outras crianças e 9,5% sozinhos.

Quadro 18 – Visitas a amigos, forma de deslocação e acompanhantes no trajecto

	Total	
Visitou amigos	fi	%
Sim	15	71,4
Não	6	28,6
Deslocação nas visitas a amigos fora do bairro		
A pé	2	9,5
Bicicleta	3	14,3
Automóvel	15	71,4
Transporte público	1	4,8
Acompanhantes no trajecto nas visitas a amigos		
Sozinho	2	9,5
Com crianças	3	14,3
Com adultos	18	85,7

4.3.5- Deslocações a pé com outras crianças e motivo de deslocação

Os resultados do quadro 19 demonstram que a maioria, 66,7%, referiu ter andado a pé com outras crianças, nas últimas duas semanas, enquanto que 33,3% respondeu que não. O que demonstra que as crianças apresentam níveis de independência de mobilidade que se podem considerar elevados quando acompanhadas por outras crianças.

Quanto ao motivo da deslocação, a maioria das crianças, 42,9%, refere que foi essencialmente para ir ao cinema, 38,1% para passear, 19,0% para visitar amigos ou familiares e para se deslocar a espaços para jogar, 14,3% para assistir a espectáculos desportivos, 9,5% para ir às compras e 4,8% para ir à missa/catequese, ir a pé para casa e deslocar-se até ao trabalho da mãe.

Quadro 19 – Deslocações a pé com outras crianças e motivo de deslocação

	Total	
	fi	%
Deslocou-se a pé com crianças		
Sim	14	66,7
Não	7	33,3
Motivação da deslocação		
Passear	8	38,1
Visitas (amigos/familiares)	4	19,0
Visitas (museus, exposições)	1	4,8
Ida ao cinema	9	42,9
Ida à missa/ catequese	1	4,8
Espectáculos desportivos	3	14,3
Ida a espaços para jogar	4	19,0
Ida às compras	2	9,5
Ir para casa a pé	1	4,8
Ir para o trabalho da mãe	1	4,8

4.3.6- Independência na travessia de ruas e companhia preferencial nos passeios a pé

Os resultados expressos no quadro 20, mostram-nos que a maioria, 61,9%, das crianças da amostra têm liberdade para atravessar as ruas sozinhos enquanto que 38,1% respondeu que não. Nos deslocamentos a pé, a maioria 38,1%, das crianças preferem andar sozinhas, 19,0% com outras crianças e apenas 4,8% com adultos.

Quadro 20 – Independência na travessia de ruas e companhia preferencial nos passeios a pé

	Total	
Liberdade para atravessar as ruas	fi	%
Sim	13	61,9
Não	8	38,1
Preferência de companhia nos deslocamentos a pé		
Sozinho	8	38,1
Com crianças	4	19,0
Com adultos	1	4,8

4.3.7- Maior distância percorrida a pé sozinho ou com crianças e tempo de percurso

Uma das preocupações do nosso estudo foi conhecer as distâncias percorridas pelas crianças quando lhes é conferida autonomia nos seus percursos.

A análise dos dados representados no quadro 21, referentes ao local mais longe de deslocamento a pé, sozinho ou com outras crianças, permite-nos constatar que a grande maioria dos trajectos está dividida pelos dois extremos, ou seja, 28,6% das crianças da mostra referem que se deslocam nas proximidades do bairro e a mesma percentagem de crianças referem que se deslocam para lugares mais longe na cidade, enquanto que 19,0% responderam que não se deslocam a nenhum local e outros tantos, que se deslocam apenas no bairro.

Quanto ao tempo gasto pelas crianças nos percursos efectuados sozinhos ou com outras crianças, podemos constatar que a maioria demorou nesses trajectos, entre 15 e 30 minutos, 28,6% e mais de 30 minutos com a mesma percentagem de respostas, enquanto que 14,3% referem que demoraram entre 5 e 15 minutos e apenas 9,5% menos de 5 minutos.

Quadro 21 – Maior distância percorrida a pé sozinho ou com crianças e tempo de percurso

Local de deslocamento mais longe sozinho ou com crianças	Total	
	fi	%
Nenhum local	4	19,0
Apenas no bairro	4	19,0
Nas proximidades do bairro	6	28,6
Lugares mais longe na cidade	6	28,6
Tempo de percurso na deslocação mais longa a pé		
Menos de 5 minutos	2	9,5
Entre 5 e 15 minutos	3	14,3
Entre 15 e 30 minutos	6	28,6
Mais de 30 minutos	6	28,6

4.3.8- Trajecto casa/escola (distância, transporte e acompanhantes no percurso)

Para além dos limites geográficos concedidos para a brincadeira e dos percursos efectuados sozinho ou acompanhados por outras crianças para deslocações das visitas a amigos ou familiares ou ainda para se deslocar para ir a diferentes locais no meio urbano, foi do nosso interesse conhecer o trajecto casa/escola, a distância, o transporte e os acompanhantes no percurso.

Procuramos então, saber o trajecto que vai de casa até à escola, a distância percorrida, o transporte utilizado e os acompanhantes. A partir do quadro 22, verifica-se que a maioria, 47,6%, das crianças da amostra reside a mais de 1000 metros de distância da escola, 28,65 entre 500 e 1000 metros e 23,8% a menos de 500 metros.

O transporte mais utilizado é o automóvel, 57,1%, o transporte público 28,6% e 33,3% a pé. Provavelmente estes dados resultam da distância que as crianças residem da escola.

Quanto aos acompanhantes no percurso a maioria, 76,25, das crianças da amostra respondeu que vai sozinha o que contraria as respostas anteriores, 42,9% com outras crianças e 14,3% com adultos.

Quadro 22 – Trajecto casa/escola (distância, transporte e acompanhantes no percurso)

	Total	
Distância	fi	%
Menos de 500 metros	5	23,8
Entre 500 metros e 1000 metros	6	28,6
Mais de 1000 metros	10	47,6
Transporte usado no percurso		
A pé	7	33,3
Bicicleta	0	0,0
Automóvel	12	57,1
Transporte público	6	28,6
Acompanhantes no percurso		
Sozinha	16	76,2
Com crianças	9	42,9
Com adultos	3	14,3

4.3.9- Trajecto casa/clube (distância, transporte e acompanhantes no percurso)

Os resultados expressos no quadro 23, mostram-nos que a maioria das crianças frequenta um clube desportivo, pois num universo de 21 crianças, 15 frequentam um clube. Quanto à distância casa/clube a maioria, 42,9%, das crianças da amostra respondeu entre 500 a 1000 metros, 19,0% mais de 1000 metros e 9,5% menos de 500 metros. O transporte mais utilizado no percurso foi o automóvel, 52,4% e as restantes crianças responderam que fazem o percurso a pé. Os acompanhantes no percurso são, sozinhas 61,9% e com outras crianças 19,0%, nenhuma criança respondeu que ia acompanhada por adultos o que é estranho uma vez

que a maioria respondeu que fazia o percurso para o clube de automóvel daí, ter que ser acompanhada por um adulto.

Quadro 23 – Trajecto casa/clube (distância, transporte e acompanhantes no percurso)

	Total	
	fi	%
Distância		
Menos de 500 metros	2	9,5
Entre 500 metros e 1000 metros	9	42,9
Mais de 1000 metros	4	19,0
Transporte usado no percurso		
A pé	4	19,0
Bicicleta	0	0,0
Automóvel	11	52,4
Transporte público	0	0,0
Acompanhantes no percurso		
Sozinha	13	61,9
Com crianças	4	19,0
Com adultos	0	0,0

4.4 - Opiniões das crianças da amostra relativamente à sua aparência física

Relativamente à opinião que as crianças da amostra possuem acerca da sua aparência física foi utilizada a escala de silhuetas proposta por Stunkard *et al.* Este conjunto de silhuetas consistem numa série de figuras representando vários tamanhos corporais que vão das mais magras até as mais obesas, sendo a sua numeração de 1 a 9.

Para avaliar a imagem corporal que as crianças da amostra têm de si próprias e a imagem que gostariam de ter, apresentamos um questionário com o conjunto de silhuetas e colocamos duas questões, na primeira tinham que indicar a silhueta que melhor representa a sua aparência física actual e na segunda, qual a silhueta que gostariam de ter.

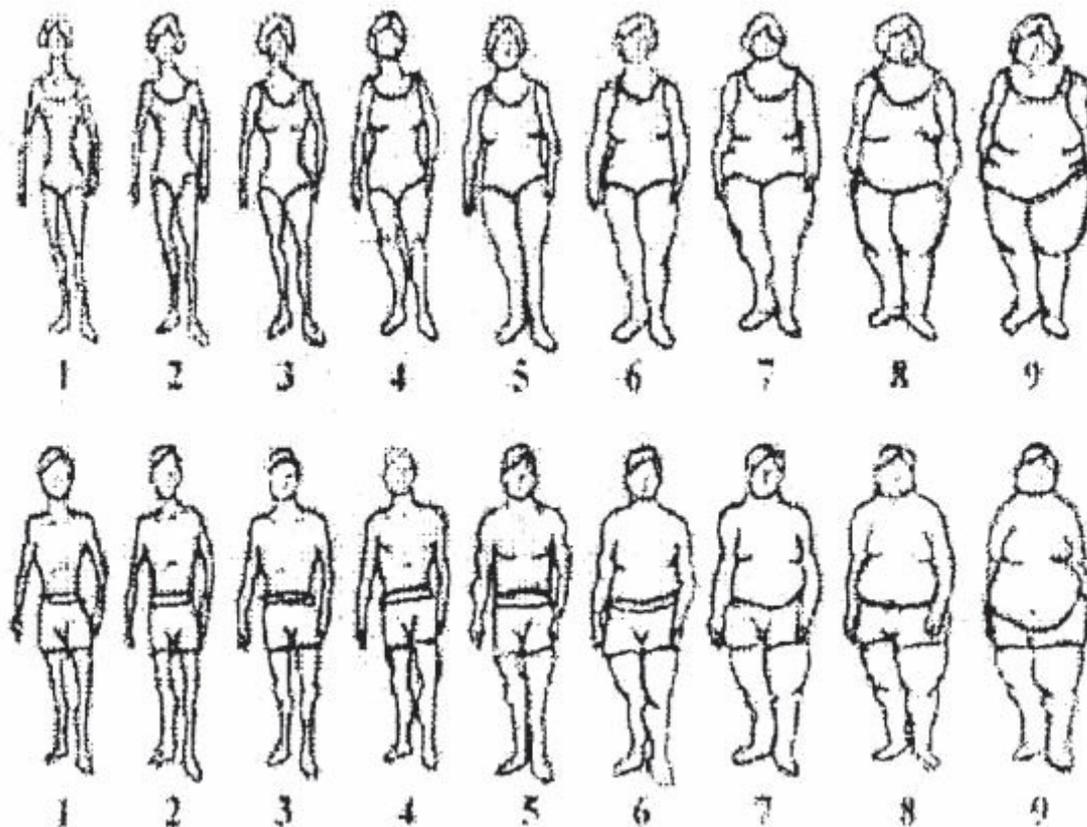


Figura 1 – Conjunto de silhuetas proposto por Stunkard *et al.*

No quadro 24 estão representadas as respostas das crianças da amostra acerca da silhueta que melhor representa a sua aparência física actual, 62,5% dos inquiridos do sexo feminino respondeu que se identifica com a imagem corporal representada pela imagem 4, 12,5% com a imagem 5 e 12,5% com a imagem 6. Quanto ao sexo masculino 7,7% dos inquiridos respondeu que se identifica com a imagem corporal representada pela imagem 2, 15,4% com a imagem 3, 53,8% com a imagem 4, e 30,8% com a imagem 6.

Quadro 24 – Qual a silhueta que melhor representa a tua aparência física actualmente?

Silhueta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Feminino	0	0	0	0	0	0	5	62,5	1	12,5	1	12,5	0	0	0	0	0	0	0
Masculino	0	0	1	7,7	2	15,4	7	53,8	4	30,8	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0,0

No quadro 25 estão representadas as respostas das crianças da amostra acerca da silhueta que gostariam de ter, 25% dos inquiridos do sexo feminino respondeu que gostaria de ter uma silhueta como a que vem representada pela imagem 3 e 62,5% com a imagem 4. Quanto aos inquiridos do sexo masculino, 7,69% respondeu que gostaria de ter uma silhueta como a que vem representada pela imagem 2, 15,4% pela imagem 3, 53,85 pela imagem 4 e 30,8% pela imagem 5.

Comparando os dados do quadro 24 e do quadro 25, verifica-se que da parte do sexo feminino a maior parte dos inquiridos está satisfeito com a sua imagem corporal, contudo alguns gostariam de se identificar com uma imagem menor que aquela que consideram ter. Relativamente aos inquiridos do sexo masculino as variações na escolha da imagem que gostariam de ter são maiores do que as do sexo feminino, contudo, em termos percentuais os resultados do sexo masculino obtidos no quadro 12 são exactamente os mesmos da tabela 13.

Quadro 25 – Qual a silhueta que gostarias de ter?

Silhueta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Feminino	0	0	0	0	2	25	5	62,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Masculino	0	0	1	7,69	2	15,4	7	53,8	4	30,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0

4.5- Conhecimentos das crianças da amostra sobre alimentação saudável

O que caracteriza as crianças como seres biopsicossociais é o facto de pertencerem a um grupo etário determinado, a criança tem uma limitação etária, a Convenção dos Direitos da Criança considera como criança todo o ser humano até aos 18 anos, salvo se, nos termos da lei, atingir a maioridade mais cedo (Artigo 1º da Convenção). Para Sarmiento, (2007: 10) «a infância é, simultaneamente, uma categoria social, do tipo geracional, e um grupo social de sujeitos activos, que interpretam e agem no mundo. Nessa acção estruturam e estabelecem padrões culturais. As culturas infantis constituem com efeito, o mais importante aspecto na diferenciação da infância». Segundo, Pinto, M. e Sarmiento, M. (1999: 9), «a infância é um grupo social geracional constituído por crianças e sobre o qual existe um grupo de normas, além disso, tem em si mesma, traços de intemporalidade e traços de variação sincrónica: é, simultaneamente, um, por incorporar a totalidade de uma geração, e vária, por nela coexistirem vários estatutos e papéis sociais. A construção da infância tem a ver com o modo como a sociedade faz as representações do que é ser criança».

De forma a compreendermos melhor de que forma é que as crianças da amostra se alimentam e quais os conhecimentos que têm acerca do que entendem por alimentação saudável, tivemos sempre em conta, que «interpretar as representações e modos de vida no dia a dia das crianças, constitui um precioso meio de acesso à infância como categoria social, mas também às próprias estruturas e dinâmicas sociais que a envolvem» (Serrano, J. 2003: 6). Além disso, como refere o mesmo autor, «uma metodologia que incida na recolha da informação directamente junto das crianças e onde se solicite a sua intervenção de forma participada, assume um grande valor uma vez que permite recolher a expressão da sua acção e respectiva monitorização reflexiva». Foi sempre com esta consciência que desenvolvemos a parte prática da nossa investigação, pois quando o estudo sobre crianças parte delas próprias e sobre as suas rotinas diárias e as interpretações que delas fazem, por vezes acabam por revelar factos sociais que os adultos têm dificuldade em desvendar.

Na nossa opinião é muito importante que ao realizar uma investigação com e sobre crianças é imprescindível ter em consideração que tem que haver «sempre a preocupação e a percepção de que tentar pensar nas crianças sem tomar em consideração as situações da vida real é despir de significado tanto as crianças como as suas acções» (Graue, M. e Walsh, D. 2003: 24-25). Através dos questionários que realizamos com as crianças da amostra percebemos melhor os conhecimentos que elas têm sobre a prática de uma alimentação saudável

4.5.1- Conhecimento sobre a frequência com que ingerem os alimentos

O quadro 26, diz respeito aos conhecimentos das crianças da amostra sobre a frequência com que ingerem alguns alimentos.

Verifica-se através dos dados representados que a maioria dos alunos bebem leite mais do que uma vez por dia, pois, 71,4% das crianças referem que bebem leite mais do que uma vez por dia e 28,6% que bebem leite diariamente, o que demonstra que todas as crianças consomem leite diariamente.

No que respeita ao consumo de carne, cerca de 9,5% dos inquiridos respondeu que consome carne mais do que uma vez por dia, 47,6% diariamente, 38,1% 3 a 4 por semana e apenas 4,8% raramente. Estes dados revelam-nos que a maioria das crianças consome carne com bastante frequência.

No que concerne ao consumo de peixe, 14,3% dos inquiridos respondeu que consomem peixe mais do que uma vez por dia, 47,6%, diariamente, 38,1% respondeu que consome peixe, 3 a 4 vezes por semana. Se compararmos o consumo de carne com o de peixe verificamos que os valores são muito idênticos, a única diferença é que relativamente ao consumo de carne uma das crianças respondeu que raramente consome, enquanto que no consumo de peixe, há uma resposta a mais relativamente ao consumo de peixe mais do que uma vez por dia.

Quanto ao consumo de rissóis 4,8% dos inquiridos respondeu que consome rissóis diariamente, 14,3% 3 a 4 vezes por semana, 71,4% raramente e 9,5% nunca. A partir destes dados torna-se evidente que a maioria das crianças raramente consome rissóis.

Respeitante ao consumo de hambúrgueres 61,9% respondeu que raramente consome hambúrgueres e 38,1% nunca consome. Através destes dados verifica-se que o consumo de hambúrgueres é bastante reduzido, ainda mais reduzido que o consumo de rissóis.

Relativamente ao consumo de salsichas 9,5% dos inquiridos respondeu que consome salsichas 3 a 4 vezes por semana, 81,0% raramente consome e 9,5% nunca consome salsichas.

Em relação ao consumo de pizzas 71,4% dos inquiridos respondeu que raramente consome pizzas e 9,5% nunca consome. Através da análise destes dados e comparando com os dados do consumo de salsichas, verifica-se que o consumo de ambos os alimentos é reduzido, sendo que o consumo de pizzas é um pouco inferior ao das salsichas.

No que diz respeito ao consumo de batatas fritas 9,5% dos inquiridos respondeu que consome batatas fritas 3 a 4 vezes por semana, 76,2% respondeu que raramente consome e 14,3% respondeu que nunca consome batatas fritas.

Quanto ao consumo de batatas 4,8% dos inquiridos respondeu que consome batatas mais do que uma vez por semana, 33,3% diariamente, 47,6% 3 a 4 vezes por semana e 14,3% responderam que raramente consome batatas. Comparando estes dados com os do consumo de batatas fritas, verifica-se que o consumo de batatas é mais frequente do que o consumo de batatas fritas.

No que concerne ao consumo de arroz 4,8% dos inquiridos respondeu que consome arroz diariamente, 47,6% diariamente, 42,9% 3 a 4 vezes por semana e 4,8% raramente.

No respeitante ao consumo de massa 4,8% dos inquiridos respondeu que consome massa mais do que uma vez por dia, 28,6% diariamente, 52,4% 3 a 4 vezes por semana e 14,3% raramente. Comparando os dados do consumo de arroz e massa verifica-se que o consumo de arroz é ligeiramente mais frequente do que o consumo de massa.

Em relação ao consumo de legumes 33,3% dos inquiridos respondeu que consome mais do que uma vez por dia, 57,1% diariamente, 4,8% 3 a 4 vezes por semana e 4,8% raramente.

Quanto ao consumo de sopa 47,6% dos inquiridos respondeu que consome mais do que uma vez por dia, 38,1% diariamente, 9,5% 3 a 4 vezes por semana e 4,8% raramente. Comparando os dados do consumo de legumes com os dados do consumo de sopa verifica-se que a maioria dos inquiridos os consomem com bastante frequência sendo de salientar que a frequência de consumo de sopa é ligeiramente superior ao do consumo de legumes.

No que diz respeito ao consumo de fruta 66,7% dos inquiridos respondeu que consome fruta mais do que uma vez por dia e 33,3% diariamente. a partir destes dados verifica-se que o consumo de fruta é muito frequente.

Relativamente ao consumo de pão 4,8% dos inquiridos respondeu que consome mais do que uma vez por dia, 61,9% diariamente, 14,3% 3 a 4 vezes por semana e 19,0% raramente.

No que concerne ao consumo de bolachas 42,9% dos inquiridos respondeu que consome bolachas 3 a 4 vezes por semana e 57,1% raramente. Comparando os dados obtidos da frequência do consumo de pão e da frequência de consumo de bolachas, verifica-se que o consumo de pão é muito mais frequente do que o de bolachas.

No respeitante ao consumo de bebidas alcoólicas 9,5% dos inquiridos respondeu raramente e 90,5% respondeu que nunca consomem bebidas alcoólicas.

Quanto aos consumo de refrigerantes 4,8% dos inquiridos respondeu que consome mais do que uma vez por dia, 9,5% 3 a 4 vezes por semana, 66,7% raramente e 19,0% nunca.

Em relação ao consumo de sumos naturais 19,0% dos inquiridos respondeu que consome mais do que uma vez por dia, 42,9% diariamente, 33,3% 3 a 4 vezes e 4,8% raramente. Comparando os dados obtidos da frequência de bebidas alcoólicas, refrigerantes e sumos naturais, verifica-se que o consumo de bebidas alcoólicas só muito raramente é consumido, sendo que a grande maioria dos inquiridos respondeu que nunca consome, quanto aos refrigerantes o seu consumo é menos frequente do que o dos sumos naturais.

Para finalizar, o consumo de guloseimas, doces, etc., 4,8% dos inquiridos respondeu mais do que uma vez por dia, 52,4% raramente e 42,9% nunca. Através destes dados verifica-se que o consumo de guloseimas, doces, etc. é bastante reduzido.

Quadro 26 – Conhecimento sobre a frequência com que ingerem os alimentos

Alimentos	Mais do que uma vez por dia		Diariamente		3 a 4 vezes por semana		Raramente		Nunca	
	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
N=21										
Leite	71,4	15	28,6	6	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Carne	9,5	2	47,6	10	38,1	8	4,8	1	0,0	0
Peixe	14,3	3	47,6	10	38,1	8	0,0	0	0,0	0
Rissóis	0,0	0	4,8	1	14,3	3	71,4	15	9,5	2
Hambúrgueres	0,0	0	0,0	0	0,0	0	61,9	13	38,1	8
Salsichas	0,0	0	0,0	0	9,5	2	81,0	17	9,5	2
Pizzas	0,0	0	0,0	0	0,0	0	71,4	15	28,6	6
Batatas fritas	0,0	0	0,0	0	9,5	2	76,2	16	14,3	3
Batatas	4,8	1	33,3	7	47,6	10	14,3	3	0,0	0
Arroz	4,8	1	47,6	10	42,9	9	4,8	1	0,0	0
Massa	4,8	1	28,6	6	52,4	11	14,3	3	0,0	0
Legumes	33,3	7	57,1	12	4,8	1	4,8	1	0,0	0
Sopa	47,6	10	38,1	8	9,5	2	4,8	1	0,0	0
Fruta	66,7	14	33,3	7	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Pão	4,8	1	61,9	13	14,3	3	19,0	4	0,0	0
Bolachas	0,0	0	0,0	0	42,9	9	57,1	12	0,0	0
Bebidas alcoólicas	0,0	0	0,0	0	0,0	0	9,5	2	90,5	19
Refrigerantes	4,8	1	0,0	0	9,5	2	66,7	14	19,0	4
Sumos naturais	19,0	4	42,9	9	33,3	7	4,8	1	0,0	0
Guloseimas, doces, etc.	4,8	1	0,0	0	0,0	0	52,4	11	42,9	9

4.5.2- Conhecimento sobre a frequência com que devem ingerir os alimentos

O quadro 27, diz respeito aos conhecimentos das crianças da amostra sobre a frequência com que devem ingerir alguns alimentos.

Verifica-se através dos dados representados no quadro 27, que 42,9% dos inquiridos referem que deviam beber leite mais do que uma vez por dia, 38,1% responderam que deviam beber leite diariamente, 9,5% 3 a 4 vezes por semana, 4,8% raramente e 4,8% nunca. A partir dos dados obtidos, verifica-se que todas as crianças apesar do que vem representado no quadro 26, que indica que a maioria dos inquiridos consome leite mais do que uma vez por dia e as restantes diariamente, os inquiridos demonstram sérias dúvidas quanto à importância da frequência com que devem consumir o leite.

No que respeita à opinião dos inquiridos relativamente ao consumo de carne, cerca de 9,5% dos inquiridos respondeu que se devia consumir carne mais do que uma vez por dia, 19,0% diariamente, 61,9% 3 a 4 vezes por semana. Comparando estes dados com os dados do quadro 27, verifica-se que a maioria dos inquiridos, apesar da diferença ser ligeira, considera que se deve consumir carne com menos frequência do que frequentemente consomem.

No que concerne à opinião dos inquiridos relativamente ao consumo de peixe, 4,8% dos inquiridos respondeu que se devia consumir peixe mais do que uma vez por dia, 47,6%, diariamente, 61,9% respondeu 3 a 4 vezes por semana e 14,3% respondeu raramente. Comparando estes resultados com os dados obtidos no quadro 26, verifica-se que em termos percentuais os resultados manifestam algumas dúvidas em relação ao seu consumo de peixe e à frequência com que devem consumir.

Quanto à opinião dos inquiridos relativamente ao consumo de rissóis 9,5% dos inquiridos respondeu que se deve consumir rissóis diariamente, 14,3% 3 a 4 vezes por semana, 66,7% raramente e 9,5% nunca. A partir destes dados torna-se evidente que alguns inquiridos continuam um pouco confusos quanto à frequência com que se deve consumir rissóis, contudo, a maioria dos inquiridos demonstrou ter conhecimento sobre a frequência com que se deve consumir rissóis.

Respeitante à opinião dos inquiridos quanto ao consumo de hambúrgueres 81,0% respondeu que raramente se deve consumir hambúrgueres e 19,0% considera que nunca se deve consumir. Através destes dados verifica-se que a maioria dos inquiridos tem uma boa percepção sobre a frequência com que devem consumir hambúrgueres.

Relativamente à opinião dos inquiridos quanto ao consumo de salsichas 4,8% dos inquiridos respondeu que se deve consumir salsichas mais do que uma vez por dia, 14,3% 3 a

4 vezes por dia, 76,2% raramente e 4,8% respondeu que nunca se deve consumir salsichas. De uma maneira geral a maioria dos inquiridos tem uma boa opinião formada quanto à frequência com que devem consumir salsichas, contudo, ainda há alguns inquiridos um pouco confusos.

Em relação à opinião dos inquiridos quanto ao consumo de pizzas 85,7% dos inquiridos respondeu que raramente se deve consumir pizzas e 14,3% respondeu que nunca se deve consumir. Através da análise destes dados verifica-se que todos os inquiridos têm consciência da frequência com que devem consumir pizzas.

No que diz respeito à opinião dos inquiridos quanto ao consumo de batatas fritas 4,8% dos inquiridos respondeu mais do que uma vez por dia, 14,3% diariamente, 38,1% 3 a 4 vezes por semana e 42,9% raramente. A partir da análise deste dados verifica-se que as opiniões estão divididas, mais ou menos metade dos inquiridos tem consciência da frequência do consumo de batatas fritas e os restantes não.

Quanto à opinião dos inquiridos no que diz respeito ao consumo de batatas 19,0% dos inquiridos respondeu que se deve consumir batatas diariamente, 61,9% 3 a 4 vezes por semana e 19,0 raramente. Através destes dados verifica-se apesar de alguns inquiridos apresentarem dúvidas relativamente à frequência com que se deve consumir batatas a maioria dos inquiridos tem uma boa percepção.

No que concerne à opinião dos alunos quanto ao consumo de arroz 9,5% dos inquiridos respondeu que se deve consumir arroz mais do que uma vez por dia, 47,6% diariamente, 42,9% 3 a 4 vezes por semana. Através dos dados verifica-se que apesar de algumas dúvidas, a maioria dos inquiridos tem uma opinião bem formada quanto à frequência com que devem consumir arroz.

No respeitante à opinião dos inquiridos quanto ao consumo de massa 9,5% dos inquiridos respondeu que se deve consumir massa mais do que uma vez por dia, 23,8% diariamente, 47,6% 3 a 4 vezes por semana e 19,0% raramente. Verifica-se através dos dados obtidos que apesar de algumas dúvidas, a maioria dos inquiridos tem uma opinião bem formada quanto à frequência com que devem consumir massa.

Em relação à opinião dos inquiridos quanto ao consumo de legumes 9,5% dos inquiridos respondeu que se deve consumir mais do que uma vez por dia, 23,8% diariamente, 42,9% 3 a 4 vezes por semana, 14,3% raramente e 9,5% raramente. A partir da análise destes dados verifica-se que mais de metade dos inquiridos apresenta algumas dúvidas quanto à frequência com que se deve consumir legumes. Aliás, se compararmos estes dados com os do quadro 26, constata-se que em termos percentuais a frequência com que ingerem legumes é superior à opinião que têm sobre a frequência com que acham que deve consumir.

Quanto à opinião dos inquiridos no que diz respeito ao consumo de sopa 9,5% dos inquiridos respondeu que se deve consumir mais do que uma vez por dia, 57,1% diariamente, 19,0% 3 a 4 vezes por semana e 14,3% raramente. De uma maneira geral verifica-se que mais de metade dos inquiridos tem consciência da frequência do consumo da sopa, contudo, comparando estes dados com os do quadro 26, constata-se que em termos percentuais a frequência com que ingerem sopa é superior à opinião que têm sobre a frequência com que acham que deve consumir.

No que diz respeito à opinião dos inquiridos quanto ao consumo de fruta 19,0% dos inquiridos respondeu que se deve consumir fruta mais do que uma vez por dia e 57,1,3% diariamente e 23,8% 3 a 4 vezes por dia. A partir destes dados verifica-se que a opinião sobre o consumo de fruta é muito frequente, contudo, comparando estes dados com os do quadro 26, constata-se que em termos percentuais a frequência com que ingerem fruta é superior à opinião que têm sobre a frequência com que acham que deve consumir.

Relativamente à opinião dos inquiridos quanto ao consumo de pão 23,8% dos inquiridos respondeu que se deve consumir mais do que uma vez por dia, 47,6% diariamente, 14,3% 3 a 4 vezes por semana e 9,5% raramente e 4,5% nunca. A partir destes dados verifica-se que a opinião sobre o consumo de pão é muito frequente, contudo, comparando estes dados com os do quadro 26, constata-se que em termos percentuais a frequência com que ingerem pão é ligeiramente superior à opinião que têm sobre a frequência com que acham que deve consumir.

No que concerne à opinião que os inquiridos têm quanto ao consumo de bolachas 4,8% dos inquiridos respondeu que se deve consumir mais do que uma vez por dia, 66,7% diariamente, 14,3% 3 a 4 vezes por semana e 14,3% raramente. Através dos dados obtidos verifica-se que a opinião dos inquiridos relativamente à frequência do consumo de bolachas, não é a ideal, pois referem que se deve consumir com bastante frequência, contraditoriamente às respostas que deram relativamente ao consumo que fazem de bolachas, que era bastante reduzido.

No respeitante à opinião dos inquiridos quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, foram unânimes, 100% dos inquiridos respondeu que nunca se deve consumir bebidas alcoólicas. A partir destes dados verifica-se que todos os inquiridos têm consciência que não devem consumir bebidas alcoólicas

Quanto à opinião dos inquiridos relativamente ao consumo de refrigerantes 14,3% dos inquiridos respondeu que se deve consumir mais do que uma vez por dia, 14,3% diariamente, 19,0% 3 a 4 vezes por semana, 47,6% raramente e 4,8% nunca. A partir dos dados obtidos

verifica-se que mais ou menos metade dos inquiridos defendem que se deve consumir refrigerantes com alguma frequência enquanto que a outra metade defende que raramente se deve consumir.

Em relação à opinião dos inquiridos quanto ao consumo de sumos naturais 14,3% dos inquiridos respondeu que se deve consumir mais do que uma vez por dia, 14,3% diariamente, 38,1% 3 a 4 vezes, 28,6% raramente e 4,8% raramente. Verifica-se a partir destes dados que os inquiridos não têm uma boa percepção quanto ao consumo de sumos naturais, contrariamente a estes resultados, os dados obtidos através do quadro 26, indicam que o consumo de sumos naturais é superior à opinião que têm em relação à frequência com que devem consumir.

Para finalizar, o consumo de guloseimas, doces, etc., 4,8% dos inquiridos respondeu mais do que uma vez por dia, 19,0% 3 a 4 vezes por semana, 66,7% raramente e 9,5% nunca. Através destes dados verifica-se que a opinião dos inquiridos quanto ao consumo de guloseimas, doces, etc. é bastante reduzido. No entanto, comparando com os resultados obtidos no quadro 26, verifica-se que o consumo é menos frequente do que a opinião que têm sobre a frequência de consumo.

Quadro 27 – Conhecimento sobre a frequência com que devem ingerir os alimentos

Alimentos	Mais do que uma vez por dia		Diariamente		3 a 4 vezes por semana		Raramente		Nunca		
	N=21	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
Leite		42,9	9	38,1	8	9,5	2	4,8	1	4,8	1
Carne		9,5	2	28,6	6	61,9	13	0,0	0	0,0	0
Peixe		4,8	1	19,0	4	61,9	13	14,3	3	0,0	0
Rissóis		0,0	0	9,5	2	14,3	3	66,7	14	9,5	2
Hambúrgueres		0,0	0	0,0	0	0,0	0	81,0	17	19,0	4
Salsichas		4,8	1	0,0	0	14,3	3	76,2	16	4,8	1
Pizzas		0,0	0	0,0	0	0,0	0	85,7	18	14,3	3
Batatas fritas		4,8	1	14,3	3	38,1	8	42,9	9	0,0	0
Batatas		0,0	0	19,0	4	61,9	13	19,0	4	0,0	0
Arroz		9,5	2	47,6	10	42,9	9	0,0	0	0,0	0
Massa		9,5	2	23,8	5	47,6	10	19,0	4	0,0	0
Legumes		9,5	2	23,8	5	42,9	9	14,3	3	9,5	2
Sopa		9,5	2	57,1	12	19,0	4	14,3	3	0,0	0
Fruta		19,0	4	57,1	12	23,8	5	0,0	0	0,0	0
Pão		23,8	5	47,6	10	14,3	3	9,5	2	4,8	1
Bolachas		4,8	1	66,7	14	14,3	3	14,3	3	0,0	0
Bebidas alcoólicas		0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	100,0	21
Refrigerantes		14,3	3	14,3	3	19,0	4	47,6	10	4,8	1
Sumos naturais		14,3	3	14,3	3	38,1	8	28,6	6	4,8	1
Guloseimas, doces, etc.		4,8	1	0,0	0	19,0	4	66,7	14	9,5	2

Fazendo uma comparação entre os dados obtidos no quadro 26 que se referem à frequência com que as crianças da amostra consomem alguns alimentos com os dados obtidos no quadro 27, que se referem à opinião das crianças da amostra quanto à frequência com que acham que devem consumir esses alimentos. De uma maneira geral os inquiridos conseguiram distinguir ambas as questões, no entanto, há alguns alimentos em que os inquiridos apresentaram algumas dúvidas.

Constatamos que há algumas incongruências quanto ao consumo de alguns alimentos e à frequência com que os devem consumir. Por exemplo no caso do consumo de bolachas ou de guloseimas e doces, verifica-se que o consumo é menor do que a opinião que têm em relação à frequência com que devem consumir. Na nossa opinião os inquiridos responderam, não em termos de alimentação saudável mas de vontade de consumir com mais frequência esses alimentos.

4.5.3- Conhecimentos das crianças da amostra sobre a frequência com que fazem algumas refeições

No quadro 28 está representado o conhecimento das crianças da amostra quanto à frequência com que fazem algumas refeições, são elas, o pequeno-almoço, suplemento matinal, almoço, lanche e jantar. Através dos dados representados no quadro 28, verifica-se que a maioria das refeições se realiza com frequência excepto o suplemento matinal que apresenta apenas uma taxa de 23,8%.

Relativamente à frequência com que os inquiridos tomam pequeno-almoço 76,2% respondeu diariamente e 23,8% 4 a 5 vezes por semana. O que quer dizer que apesar da maioria dos inquiridos tomar o pequeno-almoço diariamente ainda há inquiridos que não fazem esta refeição, o que é de lamentar, uma vez que é uma das mais importantes do dia.

No que diz respeito à frequência com que os inquiridos fazem a refeição do suplemento matinal, 23,8% respondeu diariamente, 42,9% 4 a 5 vezes por semana, 23,8% raramente e 9,5% nunca. A partir da análise destes dados verifica-se que a frequência desta refeição é menor do que o que seria desejável uma vez que se devem fazer várias refeições ao longo do dia.

Quanto à frequência com que os inquiridos almoçam as respostas foram unânimes, 100% respondeu que almoça diariamente, o que é um óptimo indicador.

No que concerne à frequência com que os inquiridos lancham 71,4% respondeu diariamente, 23,8% 4 a 5 vezes por semana e 4,8% raramente. Apesar da maioria dos inquiridos lanchar ainda há inquiridos que nem sempre lancham, o que é de lamentar uma vez que se devem fazer várias refeições por dia incluindo o lanche.

Em relação à frequência com que os inquiridos jantam a maioria, 95,2% respondeu diariamente e 4,8% 4 a 5 vezes por semana.

Quadro 28 – Conhecimento sobre a frequência com que fazem algumas refeições

Refeições	Frequência							
	Diariamente		4 a 5 vezes por semana		Raramente		Nunca	
N=21	%	f	%	f	%	f	%	f
Pequeno-almoço	76,2	16	23,8	5	0,0	0	0,0	0
Suplemento matinal	23,8	5	42,9	9	23,8	5	9,5	2
Almoço	100,0	21	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Lanche	71,4	15	23,8	5	4,8	1	0,0	0
Jantar	95,2	20	4,8	1	0,0	0	0,0	0

4.5.4- Conhecimentos das crianças da amostra sobre a frequência com que devem fazer algumas refeições

No quadro 29 está representado o conhecimento das crianças da amostra quanto à frequência com que devem fazer algumas refeições, são elas, o pequeno-almoço, suplemento matinal, almoço, lanche e jantar. Através dos dados representados no quadro 10, verifica-se que todos os inquiridos consideram que a maioria das refeições se deve realizar diariamente excepto o suplemento matinal que apresenta 85,7% de respostas para diariamente e 9,5% 4 a 5 vezes por semana.

Comparando os dados obtidos no quadro 28 sobre a frequência com que as crianças da amostra realizam as suas refeições ao longo do dia com os dados obtidos através do quadro 29, sobre a frequência com que as crianças da mostra devem realizar as refeições ao longo do dia. Verifica-se que as crianças têm consciência da importância de fazer várias refeições ao longo do dia.

Quadro 29 – Conhecimento sobre a frequência com que devem fazer algumas refeições

Refeições	Frequência							
	Diariamente		4 a 5 vezes por semana		Raramente		Nunca	
N=21	%	f	%	f	%	f	%	F
Pequeno-almoço	100,0	21	0,0	0	0,0	0	0	0
Suplemento matinal	85,7	18	9,5	2	4,8	1	0	0
Almoço	100,0	21	0,0	0	0,0	0	0	0
Lanche	100,0	21	0,0	0	0,0	0	0	0
Jantar	100,0	21	0,0	0	0,0	0	0	0

4.5.6- Opiniões das crianças da amostra relativamente a uma alimentação saudável

Para medir a opinião das crianças da amostra sobre uma alimentação saudável utilizamos um conjunto de itens representados no quadro 30, adaptado de Silva, S. (2007), da sua Dissertação de Mestrado em Educação, Área de Especialização em Supervisão Pedagógica em Ensino das Ciências, cujo tema é *Alimentação Saudável na Escola: um Estudo efectuado em Escolas que integram a RNEPS e em escolas não pertencentes à Rede*. Os inquiridos pronunciaram-se relativamente a cada afirmação usando a escala de concordância (Likert) que se segue: 1. Discordo totalmente; 2. Discordo; 3. Não concordo nem discordo; 4. Concordo; 5. Concordo totalmente.

De uma forma geral podemos constatar a partir do quadro 29, que as crianças da amostra possuem opiniões favoráveis relativamente à prática de uma alimentação saudável sendo que a maioria das respostas tem uma média entre 4,0 e 4,9. A única afirmação que suscitou um maior número de respostas erradas foi a número 11 que reuniu uma média inferior a 3, cuja afirmação era *uma alimentação saudável não sabe tão bem como uma alimentação menos saudável*.

Quadro 30 – Opiniões sobre alimentação saudável

Afirmações N=21	Média
1. Uma alimentação equilibrada faz com que as pessoas sejam mais saudáveis	4,9
2. A alimentação saudável ajuda a evitar alguns cancros	4,1
3. Se comermos de forma equilibrada teremos um melhor rendimento físico	4,2
4. Uma alimentação contribui para o desenvolvimento das crianças	4,8
5. O rendimento intelectual não depende do tipo de alimentação	3,1
6. O tipo de alimentação não afecta a aparência das pessoas	3,4
7. O estado de saúde das pessoas não depende do tipo de alimentação	3,7
8. Uma saudável reduz as possibilidades de vir a ser gordo	4,2
9. É difícil fazer uma alimentação saudável	3,6
10. Uma alimentação saudável é mais cara do que uma alimentação menos saudável	3,1
11. Uma alimentação saudável não sabe tão bem como uma alimentação menos saudável	2,6
12. Preocupo-me com a minha alimentação	4,6
13. Não me preocupo com o meu aspecto físico	4,3
14. Preocupo-me com o meu rendimento físico	4,7
15. Preocupo-me com a minha saúde	4,8
16. Não me preocupo com o meu peso	4,0

Nota: A escala de Likert nas questões 5,6,7,9,10,11,13 e 16 foi invertida.

4.6- O teste sociométrico

O sociograma é uma técnica de análise das interações que consiste no registo das mesmas. Tendo em conta que um dos nossos objectivos na investigação é verificar se a obesidade infantil tem como consequência o estigma, através do teste sociométrico vai ser possível fazer esta observação, pois como refere Moreno, o teste sociométrico é «um instrumento que estuda as estruturas sociais em função das atracções e repulsas manifestadas no seio de um grupo» (Alves, D. 1974: 14).

Uma das grandes vantagens da utilização destes testes é que um teste sociométrico dá a todas e a cada uma das crianças dum grupo a oportunidade de nos dizer com quem gosta de brincar, trabalhar ou estar em determinada situação. Para a aplicação do teste sociométrico, e de forma a manter a confidencialidade dos dados, os nomes das crianças da amostra foram substituídas por letras do alfabeto, além disso, todos os testes foram aplicados individualmente para que as crianças se sentissem mais à vontade para responder às questões.

4.6.1- O teste sociométrico nº 1

Relativamente ao teste sociométrico nº1, representado no quadro 31, pretendíamos saber na questão nº1, o seguinte: *Se mudasses de turma e pudesses escolher três alunos desta turma para irem contigo, quais escolhias?* Os resultados obtidos indicam-nos que relativamente a esta questão os três alunos que obtiveram mais votos na primeira hipótese foram: com 5 votos, o aluno que corresponde à letra N, com 3 votos, os alunos que correspondem às letras G, U e L, por fim, com 2 votos, o aluno que corresponde à letra O.

Na segunda hipótese, o aluno que obteve mais votos foi o que corresponde à letra C, com 4 votos, o segundo com mais votos foi o que corresponde à letra U com 3 votos, e os terceiros com 2 votos foram os que correspondem às letras O, H, T e F.

Na terceira hipótese, o aluno que obteve mais votos foi o que corresponde à letra G com 6 votos, em segundo lugar com 4 votos encontra-se o aluno que corresponde à letra V e em terceiro lugar com 3 votos os alunos que correspondem às letras L e T.

Quanto à segunda questão, *Supõe que tens três bilhetes a mais para ir ao cinema, quem eram os três alunos da turma que tu convidavas para irem contigo?* Os resultados obtidos indicam-nos que os três alunos que obtiveram mais votos na primeira hipótese foram:

com 4 votos, o aluno que corresponde à letra N, com 3 votos os alunos que correspondem às letras G e U, e com 2 votos, o aluno que corresponde à letra O.

Na segunda hipótese, o aluno que obteve mais votos foi o que corresponde à letra U com 4 votos, o segundo com mais votos foi o aluno que corresponde à letra T com 3 votos e em terceiro lugar os alunos que correspondem às letras G, L, C e F com 2 votos .

Na terceira hipótese, os alunos que obtiveram mais votos foram os que correspondem às letras O e U, com dois votos os alunos que correspondem às letras G, B, T, V e F, os restantes alunos obtiveram 1 voto correspondem às letras N, L, C, A e Q.

No que diz respeito à terceira questão, *se estivesses a trabalhar num projecto na aula quais eram os três alunos da turma que escolhias para trabalharem contigo?* Os resultados obtidos, indicam-nos que relativamente à primeira hipótese, os alunos que obtiveram mais votos correspondem às letras G, U e V.

Na segunda hipótese, o aluno que obteve mais votos corresponde à letra N, com 2 votos os alunos que obtiveram mais votos foram os que correspondem às letras G, J, T e C e com 1 voto os alunos que correspondem às letras O, U, L, H e V.

Na terceira hipótese, o aluno que obteve mais votos foi o que corresponde à letra V com 5 votos, com 3 votos os alunos que correspondem às letras L e H e com dois votos os alunos que correspondem às letras G e U.

Como conclusão de análise destes dados verifica-se que as escolhas estão bastante divididas verificando-se contudo, que há uma variedade de escolhas no que corresponde às três questões o que significa por exemplo que o colega que eles escolhem para ir ao cinema não corresponde necessariamente à escolha que fazem para trabalhar, num projecto escolar. De salientar também que no conjunto das três questões os alunos que obtiveram mais votos foram, com 23 votos os alunos que correspondem às letras G e U, com 17 votos os alunos que correspondem às letras N e V. Pelo contrário, os alunos que obtiveram menos votos foram, com 1 voto o aluno que corresponde à letra I e com 2 votos os alunos que correspondem às letras R, Q e M.

Para a realização deste teste sociométrico as crianças da amostra não apresentaram dúvidas quanto às respostas que iam dar.

Quadro 31 – Teste sociométrico nº 1

Teste sociométrico 1	O	G	B	N	U	J	L	D	H	S	T	C	V	R	I	A	F	Q	M
1 1)	2	3	1	5	3	1	3	1	1	1									
1 2)	2			1	3			1	2		2	4	1	1	1		2		
1 3)	1	6			1		3				3	1	4			1	1		
2 1)	2	3	1	4	3	1	1	1	2	1	1						1		
2 2)		2		1	4		2	1	1	1	3	2	1			1	2		
2 3)	3	2	2	1	3		1				2	1	2			1	2	1	
3 1)	1	3	1	2	3		2	2	2	1			3	1					
3 2)	1	2		3	1	2	1		1		2	2	1						1
3 3)	1	2	1		2		3		3		1		5			1		1	1

4.6.2- O teste sociométrico nº 2

Relativamente ao teste sociométrico nº2, representado no quadro 32, pretendíamos saber na questão nº1, o seguinte: *Se mudasses de turma e pudesses escolher três alunos desta turma para não irem contigo, quais escolhias?* Os resultados obtidos indicam-nos que relativamente a esta questão o aluno que obteve mais votos na primeira hipótese foi o aluno a que corresponde a letra F com 10 votos, em seguida, o aluno que corresponde à letra j com 6 votos, o alunos que corresponde à letra E com 4 votos e por fim, com 1 voto o aluno que corresponde à letra I, os restantes alunos não obtiveram votos.

Na segunda hipótese, o aluno que obteve mais votos foi o que corresponde à letra E, com 8 votos, o segundo com mais votos foi o que corresponde à letra J com 6 votos, e o terceiro com 3 votos fora o que corresponde à letra A.

Na terceira hipótese, o aluno que obteve mais votos foi o que corresponde à letra F com 5 votos, em segundo lugar com 4 votos encontram-se os alunos que correspondem às letras J, I e E, em terceiro lugar com 1 ponto os alunos que correspondem às letras L, S, A e Q.

Quanto à segunda questão, *Supõe que tens muitos bilhetes a mais para ir ao cinema, quem eram os três alunos da turma que tu não convidavas para irem contigo?* Os resultados obtidos indicam-nos que o aluno que obteve mais votos na primeira hipótese foi o aluno que

corresponde à letra J com 4 votos, com 3 votos o aluno que corresponde à letra M e com 2 votos, o aluno que corresponde à letra E.

Na segunda hipótese, o aluno que obteve mais votos foi o que corresponde à letra J com 6 votos, o segundo com mais votos foi o aluno que corresponde à letra E com 4 votos e em terceiro lugar os alunos que correspondem às letras F e I com 2 votos.

Na terceira hipótese, os alunos que obtiveram mais votos foram os que correspondem às letras F e E, com 6 votos, com 3 votos o aluno que corresponde à letra R, e com 2 votos os alunos que correspondem às letras J e I.

No que diz respeito à terceira questão, *se estivesses a trabalhar num projecto na aula quais eram os três alunos da turma que não escolhias para trabalharem contigo?* Os resultados obtidos, indicam-nos que relativamente à primeira hipótese, o aluno que obteve mais votos corresponde à letra F com 12 votos, o aluno que corresponde à letra E obteve 3 votos e o aluno que corresponde à letra J obteve 2 votos.

Na segunda hipótese, o aluno que obteve mais votos corresponde à letra J, com 7 votos, com 4 votos, os alunos que correspondem às letras A e E e com 1 voto os alunos que correspondem às letras L, S, F e M.

Na terceira hipótese, os alunos que obtiveram mais votos foram os que correspondem às letras J e F com 6 votos, com 4 votos o aluno que corresponde à letra E e com 3 votos o aluno que corresponde à letra R.

Como conclusão de análise destes dados verifica-se que as escolhas estão mais concentradas nos mesmos alunos do que no teste sociométrico nº 1, verificando-se por exemplo, que há alunos que nunca foram votados no que corresponde às três questões, como é exemplo, os alunos que correspondem às letras O, G, N, U e V. De salientar também que no conjunto das três questões os alunos que obtiveram mais votos foram, com 45 votos o aluno que corresponde à letra F e com 43 votos o aluno que corresponde à letras J e com 39 votos o aluno que corresponde à letra E.

Para a realização deste teste sociométrico as crianças da amostra apresentaram-se bastante reticentes, só depois de lhes garantir que os dados eram confidenciais e que não eram para partilhar com mais ninguém é que se sentiram à vontade para responder. Quanto a estas resposta gostaríamos de salientar que os resultados que correspondem a uma maior número de votos não estão associados à questão da obesidade, ou seja, não correspondem directamente aos alunos que apresentam um peso superior à média, portanto, não se verifica neste caso que haja discriminação por parte dos colegas baseando-se no peso corporal.

Quadro 32 – Teste sociométrico nº 2

Teste sociométrico2		O	G	B	N	U	J	L	D	H	S	T	C	V	R	I	A	F	Q	M	E
1	1)						6									1		10			4
1	2)						6									1	3	2		1	8
1	3)						4	1			1					4	1	5	1		4
2	1)						4	1	1			1	1			1				3	2
2	2)			1			6		1			2				3	1	3			4
2	3)						2				1				3	2		6			6
3	1)						2						1		1	1	1	12			3
3	2)						7	1		1							4	1		1	4
3	3)						6								3	1	1	6			4

4.6.3- O teste sociométrico nº 3

Relativamente ao teste sociométrico nº3, que está representado no quadro 33, pretendíamos saber na questão nº1, o seguinte: *Se mudasses de turma indica três alunos desta turma que tu achas que gostariam de ir contigo.* Os resultados obtidos indicam-nos que relativamente a esta questão os alunos que obtiveram mais votos na primeira hipótese foram os alunos a quem correspondem as letras O e H com 3 votos, em seguida, os aluno que correspondem às letras B, N, U, T e Q com 2 votos, e por fim, com 1 voto os alunos que correspondem às letras G, L, J, D, C e I, os restantes alunos não obtiveram votos.

Na segunda hipótese, os alunos que obtiveram mais votos foram os que correspondem às letras G, S e C, com 2 votos foram os que correspondem às letras N, L e V e com 1 voto foram os que correspondem às letras B, U, S, C e P, os restantes alunos não obtiveram votos.

Na terceira hipótese, os alunos que obtiveram mais votos foram os que correspondem às letras O, G, L e T com 3 votos, em segundo lugar com 2 votos encontram-se os alunos que correspondem às letras N e F e em terceiro lugar com 1 voto os alunos que correspondem às letras B, U, S, C e P, os restantes alunos não obtiveram votos.

Quanto à segunda questão, *supõe que tens três bilhetes a mais para ir ao cinema, quem eram os três alunos da turma que tu achas que gostavam de ir contigo?* Os resultados obtidos indicam-nos que o aluno que obteve mais votos na primeira hipótese foi o aluno que

corresponde à letra V com 4 votos, com 3 votos o aluno que corresponde à letra U e com 2 votos, os alunos que correspondem às letras S e T.

Na segunda hipótese, o aluno que obteve mais votos foi o que corresponde à letra G com 4 votos, com 3 votos foram os alunos que correspondem às letras O, B e L e com 2 votos o aluno que corresponde à letra U.

Na terceira hipótese, o aluno que obteve mais votos foi o que corresponde à letra F com 3 votos, com 3 votos os alunos que correspondem às letras O, G, N e T, e com 1 voto os alunos que correspondem às letras B, U, L, H, S, V, R, A, E e P, os restantes não obtiveram votos.

No que diz respeito à terceira questão, *se estivesses a trabalhar num projecto na aula quais eram os três alunos da turma que tu achas que gostariam de trabalhar contigo?* Os resultados obtidos, indicam-nos que relativamente à primeira hipótese, os alunos que obtiveram mais votos correspondem às letras N e U com 3 votos, os alunos que correspondem às letras O, B, D e H obtiveram 2 votos, os alunos que correspondem às letras G, L, S, T, V, I, A e F obtiveram 1 voto, os restantes alunos não obtiveram votos.

Na segunda hipótese, os alunos que obtiveram mais votos correspondem às letras L e Q com 3 votos, com 2 votos os alunos que correspondem às letras G, N, D, A e N, com 1 voto os alunos que correspondem às letras O, H, C e E, os restantes não obtiveram votos.

Na terceira hipótese, o aluno que obteve mais votos foi o que corresponde à letra V com 4 votos, com 3 votos o aluno que corresponde à letra T e com 2 votos os alunos que correspondem às letras O, G e F.

Como conclusão de análise destes dados verifica-se que as escolhas são mais variadas, tal como aconteceu no teste sociométrico nº 1, verificando-se por exemplo, que não há alunos que não tenham sido votados. De salientar também, que no conjunto das três questões os alunos que obtiveram mais votos foram, com 19 votos o aluno que corresponde à letra G e com 16 votos os alunos que correspondem às letras O, N e L. Para a realização deste teste sociométrico as crianças da amostra apresentaram-se menos reticentes para responder.

Quadro 33 – Teste sociométrico nº 3

Teste sociométrico 3		O	G	B	N	U	J	L	D	H	S	T	C	V	R	I	A	F	Q	M	E	P
1	1)	3	1	2	2	2	1	1	1	3	1	2	1			1			2			
1	2)		3	1	2	1	1	2	1		3		3	2				1				1
1	3)	3	3	1	2	1		3			1	3	1					2				1
2	1)		1	1	1	3	1	1	1		2	2	1	4		1					1	
2	2)	3	4	3	1	2		3	1		1						1	1			1	
2	3)	2	2	1	2	1		1		1	1	2		1	1		1	3			1	1
3	1)	2	1	2	3	3		1	2	2	1	1		1		1	1	1				
3	2)	1	2		2			3	2	1			1				2	1	3	2	1	
3	3)	2	2	1	1			1		1		3		4		1	1	2			1	

4.6.4- O teste sociométrico nº 4

Relativamente ao teste sociométrico nº4, que está representado no quadro 34, pretendíamos saber na questão nº1, o seguinte: *Se mudasses de turma indica três alunos desta turma que tu achas que não gostariam de ir contigo.* Os resultados obtidos indicam-nos que relativamente a esta questão os alunos que obtiveram mais votos na primeira hipótese foram o aluno a quem corresponde a letras N com 5 votos, em seguida, os aluno que correspondem às letras G, U e L com 3 votos, e por fim, com 2 votos o aluno que corresponde à letra O.

Na segunda hipótese, os alunos que obtiveram mais votos foram: o que corresponde à letra C, com 4 votos, em seguida, com 3 votos, o aluno que corresponde à U, por fim, com 2 votos os alunos que correspondem às letras O, H, T e F.

Na terceira hipótese, o aluno que obteve mais votos foi o que corresponde à letra G com 6 votos, em segundo lugar com 4 votos, o aluno que corresponde à letra V e em terceiro lugar com 3 votos os alunos que correspondem às letras L e T.

Quanto à segunda questão, *supõe que tens três bilhetes a mais para ir ao cinema, quem eram os três alunos da turma que tu achas que não gostariam de ir contigo?* Os resultados obtidos indicam-nos que os alunos que obtiveram mais votos na primeira hipótese foram os alunos que correspondem às letras J e P com 5 votos, com 2 votos os alunos que

correspondem às letras D e E, com 1 voto, os alunos que correspondem às letras O, G, L, T, C, R e A.

Na segunda hipótese, o aluno que obteve mais votos foi o que corresponde à letra I com 4 votos, com 3 votos o aluno que corresponde à letra J, e com 2 votos os alunos que correspondem às letras D, Q e E.

Na terceira hipótese, os alunos que obtiveram mais votos foram os que correspondem às letras I e P com 5 votos, com 3 votos o aluno que corresponde à letra E, e com 2 voto os alunos que correspondem às letras U e R.

No que diz respeito à terceira questão, *se estivesses a trabalhar num projecto na aula quais eram os três alunos da turma que tu achas que não gostariam de trabalhar contigo?* Os resultados obtidos, indicam-nos que relativamente à primeira hipótese, os alunos que obtiveram mais votos correspondem às letras J e P com 4 votos, o aluno que corresponde à letra E obteve 3 votos, os alunos que correspondem às letras D e R obtiveram 2 votos.

Na segunda hipótese, o aluno que obteve mais votos corresponde à letra J com 5 votos, com 3 votos o aluno que corresponde à letra P, com 2 votos os alunos que correspondem às letras Q e E.

Na terceira hipótese, o aluno que obteve mais votos foi o que corresponde à letra I com 5 votos, com 4 votos os alunos que correspondem às letras E e P e com 3 votos os alunos que correspondem às letras J e A.

Como conclusão de análise destes dados verifica-se que as escolhas são mais variadas, tal como aconteceu no teste sociométrico nº 1 e no teste sociométrico nº 3, verificando-se por exemplo, que neste caso não há alunos que nunca foram votados no que corresponde às três questões. De salientar também que no conjunto das três questões os alunos que obtiveram mais votos foram, com 23 votos o aluno que corresponde à letra J, com 22 votos o aluno que corresponde à letra P e com 16 votos os alunos que correspondem às letras E e I.

Para a realização deste teste sociométrico as crianças da amostra apresentaram-se com algumas dúvidas para responder.

Quadro 34 – Teste sociométrico nº 4

Teste sociométrico4		O	G	B	N	U	J	L	D	H	S	T	C	V	R	I	A	F	Q	M	E	P
1	1)	2	3	1	5	3	1	3	1	1	1											
1	2)	2			1	3			1	2		2	4	1	1	1		2				
1	3)	1	6			1		3				3	1	4			1	1				
2	1)	1	1				5	1	2			1	1		1		1				2	5
2	2)		1	1		1	3		2			1	1		1	4			2	1	2	1
2	3)						2	1				1			2	5		1		1	3	5
3	1)		1	1	1		4		2						2		1			1	3	4
3	2)	1		1			5		1	1	1		1			1	1		2	1	2	3
3	3)					1	3								1	5	3				4	4

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

5.1 – Principais conclusões

Como refere Trevisan, G (2006: 79), «o trabalho com crianças exige uma mudança paradigmática relativamente às suas capacidades e possibilidades, bem como aos constrangimentos da sua acção. Do investigador, exigirá flexibilidade e atenção, capacidade de deslocamento dos seus modos de pensar e agir e, mais que tudo, competências de relacionamento com as crianças para que possam ser encaradas como verdadeiros sujeitos de investigação». Foi neste sentido, que tentamos desenvolver a nossa investigação, daí que toda a informação sobre o que se relacionava com as crianças partiu tudo da informação que elas próprias nos deram através das respostas dos questionários.

No estudo Nacional Da Rede Europeia HBSC/OMS (1998) orientado por (Matos, M. *et al.*) relativamente aos estilos de vida saudáveis, referenciam que «a experiência dos indivíduos e factores relacionados com o seu envolvimento físico e social favorecem que estes desenvolvam comportamentos de risco ou, por outro lado, actuam como factores de protecção. Assim reforçar nos indivíduos escolhas saudáveis em termos de estilos de vida tem de passar por uma reorganização do ambiente físico, social, cultural e económico». No nosso ponto de vista só tendo em conta esta abrangência de factores é que se poderá efectivamente contribuir para a melhoria da saúde da população promovendo uma alimentação saudável aliada à prática de exercício físico contribuindo assim, para a adopção de estilos de vida mais saudáveis.

O objectivo deste estudo consistiu em recolher dados sobre a actividade física e autonomia de circulação e mobilidade das crianças da amostra e ainda verificar quantas refeições realizam por dia, a frequência com que consomem determinados alimentos, os conhecimentos que têm sobre alimentação saudável e ainda medir através dos testes sociométricos de forma compreender o grau de amizade entre o grupo de pares.

Os nossos resultados relativamente às crianças da amostra sugerem o seguinte quadro de conclusões:

- ❖ A maioria pratica um desporto extra-escolar;
- ❖ A maioria da família não pratica desporto;
- ❖ Praticam mais desporto durante a semana do que ao fim-de-semana;
- ❖ O desporto mais praticado é o basquetebol;

- ❖ 52,4% tem liberdade para brincar em todas as divisões da casa e as restantes, não;
- ❖ A maioria brinca mais ao fim-de-semana do que durante a semana;
- ❖ Os jogos de computador são os preferidos dentro de casa;
- ❖ A actividade que mais praticam dentro de casa é ver televisão e vídeo;
- ❖ Vêm mais televisão ao fim-de-semana do que durante a semana;
- ❖ Jogam mais computador ao fim-de-semana do que durante a semana;
- ❖ A maioria está satisfeita com o espaço que o bairro possui para a prática de actividade física;
- ❖ O espaço que gostariam de ter no bairro para a prática de actividade física é o espaço para os desportos radicais;
- ❖ A actividade que gostariam de fazer no bairro mas não podem é a prática de desportos radicais;
- ❖ A maioria brinca mais tempo na rua ao fim-de-semana do que durante a semana;
- ❖ A maioria brinca com crianças da mesma idade e de ambos os sexos;
- ❖ O jogo preferido fora de casa é o futebol;
- ❖ A maioria tem liberdade para brincar até aos limites do quarteirão;
- ❖ A maioria dos amigos reside no quarteirão;
- ❖ A maioria desloca-se a pé com outras crianças essencialmente para ir ao cinema;
- ❖ A maioria referiu que tem liberdade para atravessar as ruas sozinho e nos seus deslocamentos a pé preferem fazê-los sozinhos;
- ❖ O tempo gasto nos percursos efectuados sozinhos ou com outras crianças varia entre 15 e 30 minutos;
- ❖ A maioria reside a mais de 1000 m de distância da escola, o transporte mais utilizado na deslocação casa/escola é o automóvel e quanto aos acompanhantes a maioria referiu que vai sozinho, o que é impossível, tendo em conta, que o adulto é que conduz o automóvel;
- ❖ A maioria referiu que a distância casa/clubes varia entre os 500 e os 1000 m, deslocam-se essencialmente de automóvel e que vão sozinhos no percurso, tal como foi referido anteriormente, esta situação não é possível, a não ser que refiram que vão sozinhos por não irem mais crianças com eles;
- ❖ A maioria dos elementos do sexo feminino está satisfeita com a sua aparência física;
- ❖ Os elementos do sexo masculino apresentaram mais variações na escolha da imagem que gostariam de ter do que os elementos do sexo feminino;

- ❖ Apesar de apresentarem alguns conhecimentos sobre a frequência com que devem ingerir alguns alimentos e à frequência com que os devem consumir;
- ❖ A maioria possui opiniões favoráveis relativamente à prática de uma alimentação saudável;
- ❖ Quanto aos testes sociométricos verifica-se que as escolhas ou repulsas não dizem respeito à questão do peso corporal;

Para Finalizar, gostaríamos de salientar que tendo em conta as leituras que realizamos para a elaboração desta investigação e os dados obtidos através dos questionários, urge desenvolver a nível, regional, nacional e internacional, estratégias de intervenção precoce no que diz respeito ao combate da obesidade infantil. Para prevenir o avanço progressivo e diminuir a incidência da doença é necessário que todos os intervenientes que contactam e intervêm no mundo infantil, unam esforços e em conjunto criem condições para que tal aconteça.

Também gostaríamos de realçar que talvez pelo facto de vivermos numa cidade como Guimarães, que não é de grande dimensão, as crianças da amostra, apresentam ter alguma liberdade de circulação no meio urbano, sendo autónomas em alguns percursos que realizam sozinhas ou com outras crianças.

No que diz respeito à alimentação as crianças da amostra apesar de apresentarem algumas dúvidas em relação ao consumo de certos alimentos, de uma maneira geral demonstraram estar conscientes da importância de uma alimentação saudável para o seu bem-estar físico.

Numa breve reflexão sobre o projecto, e tendo em conta que um dos objectivos era verificar se existia algum tipo de estigma no grupo de pares do estudo relacionado com o excesso de peso. Podemos afirmar que relativamente às crianças da amostra, contrariando, o estigma social que tantas vezes está associado à obesidade, pois muitas vezes as crianças com sobrepeso e obesidade estão sujeitas a ser ridicularizadas e alvo de chacota por parte dos colegas, e ainda a sofrer atitudes negativas por parte de professores e funcionários. No nosso caso específico, felizmente, tal situação não se verificou, sendo de salientar que a única criança que apresenta um IMC que corresponde ao nível de obesidade, além de ser boa aluna de uma forma geral a todas as disciplinas, na disciplina de educação física destaca-se pelo bom desempenho que apresenta apesar do seu peso.

5.2 - Sugestões para estudos futuros

Gostaríamos de sugerir um aprofundar do estudo das consequências psicológicas, físicas, emocionais e sociais, da obesidade infantil, no dia a dia das crianças. Pois parece-nos importante compreender a dimensão psicológica e emocional das crianças em relação ao modo como as mesmas percebem a obesidade infantil. Desta forma os adultos passariam a ter mais consciência das consequências que a obesidade infantil pode ter nos diferentes contextos da vida das crianças. Além disso, também consideramos pertinente que se realizem mais estudos nos seguintes temas:

- Educação para a saúde (fomentar estilos de vida saudáveis desde a infância);
- Educação alimentar (fomentar uma boa alimentação desde a infância);
- Estudos que determinem as razões que levam as escolas a escolherem os produtos alimentares;
- Estudos que esclareçam os motivos que levam os alunos a optarem por produtos alimentares considerados inadequados para uma alimentação saudável;
- Estudos sobre a caracterização dos hábitos alimentares das crianças portuguesas;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADEXO (Associação de Doentes Obesos e Ex-obesos de Portugal) (2009), <http://www.adexo.pt/index.php?pagina=news>

ALMEIDA, Ana Maria Tomás de (2000), *As Relações Entre Pares Em Idade Escolar*. Braga: Coleção infans, Centro de Estudos da Criança. Universidade do Minho.

ALMEIDA, Ana Carolina Neto de *et al.* (2006), «Corpo, Estética e Obesidade: Reflexões Baseadas No Paradigma Da Indústria Cultural». *Estudos*, Goiânia, V. 33, N.9/10, pp. 789 – 812.

ALMEIDA, Kátia Margareth Teixeira de (2005), *Actividade Física e Desenvolvimento da Independência de Mobilidade em Crianças de Contextos Diferenciados*. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia do Desporto. Braga: Universidade do Minho.

ALVES, Danny José (1974), *O Teste Sociométrico. Sociogramas*. Porto Alegre: Editora Globo.

ANASTÁCIO, Zélia Caçador, CARVALHO, Graça Simões de (2006), «Saúde Na Adolescência: Satisfação Com A Imagem Corporal E A Auto-Estima». In PEREIRA, Oliveira Beatriz, CARVALHO, Graça Simões de (coord.). (2006), *Actividade Física, Saúde e Lazer. A Infância e Estilos de Vida Saudáveis*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda., pp. 49-61.

APFELDORFER, Gérard (1995), *Anorexia, Bulimia, Obesidade*. Lisboa: Instituto Piaget.

ARAÚJO, Emília Rodrigues (2007), *Introdução à sociologia dos estilos de vida*. Braga: Núcleo de Estudos em Sociologia.

ARMSTRONG, Neil (1998), «O Papel Da Escola Na Promoção De Estilos De Vida Activos», in Sociedade Portuguesa de Educação Física (1998), *Educação para a Saúde – O papel da educação física na promoção de estilos de vida saudáveis*. Lisboa: Omniserviços, Representações E Serviços LDA, pp. 5-17.

BAPTISTA, Fernando (2008), *Etiologia e Prevalência*. In TELES, Alberto Galvão, DIAS, Teresa, REIS, José Pedro Lima (coordenação), (2008), *Obesidade, Prevenção e Terapêutica*. Lisboa: Editorial Presença, pp. 32-35.

BAPTISTA, Maria Isabel Machado (DGIDC – NES), (2006), *Educação Alimentar em Meio Escolar. Referencial para uma Oferta Alimentar Saudável*. Ministério da Educação, Direcção – Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, Direcção – Geral da Saúde, Ministério da Saúde.

BOGDAN, Robert, BIKLEN, Sari (1994), *Investigação Qualitativa em Educação. Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.

BUKOWSKI, William M. *et al.* (1996), *The company they keep. Friendship in childhood and adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press.

CABRITA, Ana Maria Gil Santos (2005), *Recreio – Espaço de Lazer/Tempo de Aprender*. Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique.

CAMOLAS, José (2008), «Antropometria». In CARMO, Isabel do, SANTOS, Osvaldo; CAMOLAS, José; VIEIRA, João (2008), *Obesidade em Portugal e no Mundo*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, pp. 37-45.

CARVALHAL, Isabel Mourão; SILVA, António (2006), «A Obesidade Infantil E Os Estilos De Vida Sedentários Das Crianças Portuguesas». In PEREIRA, Oliveira Beatriz; CARVALHO, Graça Simões de (coord.) (2006), *Actividade Física, Saúde e Lazer. A Infância e Estilos de Vida Saudáveis*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda., pp. 103-116.

CARMO, Isabel do (2001), *Doenças Do Comportamento Alimentar*. Lisboa: Instituto Superior De Psicologia Aplicada.

CARMO, Isabel do; SANTOS, Osvaldo; CAMOLAS, José; VIEIRA, João (2008), *Obesidade em Portugal e no Mundo*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

CASTRO, Alberto Gomes de (coord.) (2001), *Alimentação E Saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.

COLE, T.J.; Bellizzi, M. C.; FLEGAL, K. M. & DIETZ, W.H. (2000), «Establishing a standard definition for child overweight and worldwide: international survey». *British Medical Journal*, 320, pp.1-6.

COSTA, Paulo Alexandre Barros da (2005), *Promoção de uma Alimentação Saudável na Escola: Um Estudo Comparativo entre Escolas do Concelho de Braga Pertencentes à RNEPS e Não Pertencentes*. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Educação na Área de Especialização em Educação Para a Saúde. Braga: Universidade do Minho.

COSTA, Rita Maria Brandão do Nascimento e (2006), *O Trabalho De Projecto Como Estratégia Para A Promoção Da Educação Alimentar No 6º Ano De Escolaridade*. Tese de Mestrado Em Educação Área de Especialização: Supervisão Pedagógica em Ensino das Ciências da Natureza. Braga: Universidade do Minho.

CONSTANTINO, José Manuel (1998), «A Actividade Física E A Promoção Da Saúde Das Populações». In *Sociedade Portuguesa de Educação Física (1998) Educação para a Saúde – O papel da educação física na promoção de estilos de vida saudáveis*. Lisboa: Omniserviços, Representações E Serviços LDA, pp. 21-38.

CUNHA, Maria João (2004), *A Imagem Corporal - Uma abordagem sociológica à importância do corpo e da magreza para as adolescentes*. Azeitão: autonomia 27.

CRESPO, J. (1990), *A História do Corpo, Colecção Memória e Sociedade*. Lisboa: Difel.

CHABY, Lucien (1997), *A Adolescente E O Seu Corpo*. Lisboa: Colecção Biblioteca Básica de Ciência e Cultura. Instituto Piaget.

DAMASCENO, Vinicius Oliveira *et al.* (2005), «Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada». *Revista Brasileira Med Esporte* _ Vol. 11, Nº 3, pp. 181- 186.

DIRECÇÃO – GERAL DA SAÚDE <http://www.dgs.pt>

Direcção-Geral da Saúde (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Volume I – Prioridades, Ministério da Saúde.

DIRECÇÃO GERAL da SAÚDE (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Mais Saúde para Todos*. Volume II Orientações Estratégicas, Ministério da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde (2005), *Programa Nacional de Combate à Obesidade.*, Circular Normativa Nº: 03/DGCG de 17/03/05, Direcção - Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde (2006), *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série). Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho. Ministério da Saúde. Direcção – Geral da Saúde. Divisão de Saúde Escolar.

DOWNIE, R. *et al.* (1996), *Health Promotion. Modes and Values*. 2ª ed., Oxford University Press.

FERNANDES, Sara; PEREIRA, Beatriz (2006), «A Prática Desportiva Dos Jovens E A Sua Importância Na Aquisição De Hábitos De Vida Saudáveis». In PEREIRA, Oliveira Beatriz; CARVALHO, Graça Simões de (coord.). (2006), *Actividade Física, Saúde e Lazer. A Infância e Estilos de Vida Saudáveis*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda., pp. 39-48.

FERREIRA, Virgínia (1986), *O Inquérito Por Questionário Na Construção De Dados Sociológicos*. In SILVA, Augusto Santos, PINTO, José Madureira (org.) (1986), *Metodologia Das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.

FRELUT, Marie-Laure (2004), *A Obesidade da Criança e do Adolescente*. Mem Martins: Edições CETOP.

GIL, José (1997), *Metamorfoses do Corpo*. Lisboa: Relógio D`Água Editores.

GOFFMAN, Erving (1988), *Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, Rio de Janeiro: Guanabara.

GRAUE, M. Elizabeth, WALSH, Daniel J. (2003), *Investigação Etnográfica Com Crianças: Teorias, Métodos e Ética*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

GRAUP, Susane *et al.* (2008), «Associação entre a percepção da imagem corporal e indicadores antropométricos de escolares». *Rev. bras. Educ. Fís. Esp.*, São Paulo, V.22, Nº2, pp.129-38.

INTERNATIONAL ORGANIZATION TASK FORCE www.iotf.org

INTERNATIONAL JOURNAL OF OBESITY (2004) 28, 1189-1196. DOI: 10.1038/sj.ijo.0802787 www.iotf.org

KRAPPMANN, Lothar (1996), «Amiticia, drujba, shin-yu, philia, freundschaft, friendship: On the cultural diversity of a human relationship». In BUKOWSKI, William M. *et al.*, (1996) *The company they keep. Friendship in childhood and adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 19-65.

LE BRETON, David (2006), *A Sociologia Do Corpo*. Petrópolis: Editora Vozes.

LEMOS, Dulce Maria Mota Pinto (2000), «Alimentação E Adolescência Uma Questão De Educação!...» In PRECIOSO, J. (org.) *et al.* (2000), *Educação Para A Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, 2ª edição, pp.453-459.

LOUREIRO, Isabel; MIRANDA, Natércia (1993), *Manual De Educação Para A Saúde Em Alimentação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

LOUREIRO, Isabel (1999), «A Importância da Educação Alimentar na Escola». In SARDINHA, L.B.; MATOS, M.G. & LOUREIRO, I. (eds.) (1999), *Promoção da Saúde: Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana, pp. 57-84.

LOUREIRO, Isabel (2004), «A importância da educação alimentar: o papel das escolas promotoras de saúde». *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, VOL. 22, N.º 2, pp.43-55.

MASCARENHAS, Maria Paula de Vilhena (2007), *A Cultura Alimentar nos Grupos Domésticos: Cascais 1960-2005*. Tese de Doutoramento em Sociologia, Ramo de Sociologia. Braga. Instituto de Ciências Sociais/Universidade do Minho.

MATARUNA, Leonardo (2004), «Imagem Corporal: noções e definições». *Revista Digital. Buenos Aires*, Ano 10, N° 71, <http://www.efdeportes.com/>

MATOS, Margarida Gaspar de *et al.* (1998), *Aventura Social & Saúde. A Saúde Dos Adolescentes Portugueses. Estudo Nacional Da Rede Europeia HBSC/OMS (1998)*. Faculdade de Motricidade Humana/Programa de Educação Para Todos – Saúde.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (1998), *A Rede Europeia e Portuguesa das Escolas Promotoras de Saúde*. 1.ª ed., Editorial do Ministério da Educação.

MOREIRA, P. (2000), «Modelo Alimentar Para Adolescentes Escolares E Jovens Universitários». In PRECIOSO, J. (org.) *et al.*, (2000), *Educação Para A Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, 2ª edição, pp.437-451.

MOTA, Jorge; SALLIS, James F. (2002), *Actividade Física e Saúde. Factores de Influência da Actividade Física nas Crianças e nos Adolescentes*. Porto: Campo das Letras – Editores, S.A.

NAVARRO, Maria Fernanda (2000), «Educar Para A Saúde Ou Para A Vida? Conceitos E Fundamentos Para Novas Práticas». In PRECIOSO, J. (org.) *et al.* (2000), *Educação Para A Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, 2ª edição, pp.13-27.

NETO, Carlos (1997), *Jogo e Desenvolvimento da Criança*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.

NORTHWAY, Mary L.; WELD, Lindsay (1999), *Testes Sociométricos. Um Guia para Professores*. Lisboa: Livros Horizonte.

PADEZ, Cristina (2002), «Actividade física, obesidade e saúde: uma perspectiva evolutiva». *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, VOL. 20, pp.11-20.

PADEZ, Cristina *et al.* (2004), «Prevalence of Overweight and Obesity in 7-9-Year Old Portuguese Children: Trends in Body Mass Index From 1970-2002». *American Journal of Human Biology*, 16: 670-678.

PADEZ, Cristina; FERNANDES, T.; MOURÃO, Inês; MOREIRA, Pedro; ROSADO, V. (2008), «Prevalência da Pré-obesidade e Obesidade em Crianças Portuguesas de 7-9 Anos». In CARMO, Isabel do; SANTOS, Osvaldo; CAMOLAS, José; VIEIRA, João (2008), *Obesidade em Portugal e no Mundo*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, pp.163-172.

PEREIRA, Beatriz (Coord.) (1999), *Espaços de Lazer para a infância na Região Norte: Alto Trás-os-Montes (NUTS III) – vol.2*. Comissão de Coordenação da Região do Norte (CCRN).

PEREIRA, Beatriz (Coord.) (2002), *Espaços de Lazer para a infância na Região Norte: Sub-regiões Ave e Cávado*. Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente e Comissão de Coordenação da Região do Norte (CCRN).

PEREIRA, Oliveira Beatriz; CARVALHO, Graça Simões de (coord.) (2006), *Actividade Física, Saúde e Lazer. A Infância e Estilos de Vida Saudáveis*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda.

PIMENTEL, Maria Helena (2006), «Obesidade infantil: um desafio para a família e para a escola». In COSTA, Manuel da Silva e; LEANDRO, Maria Engrácia (org.) (2006), *Participação Saúde e Solidariedade. Riscos e Desafios*, Braga: Universidade do Minho, Edições da Associação Ibero – Americana de Sociologia das Organizações (AISO), Instituto de Ciências Sociais (ICS), Núcleo de Estudos em Sociologia (NES), pp. 971-976.

PINTO, Manuel; SARMENTO, Manuel Jacinto (1999), *Saberes Sobre As Crianças. Para uma Bibliografia Sobre a Infância e as Crianças em Portugal (1974-1998)* Braga: Centro de Estudos da Criança – Universidade do Minho.

PLATAFORMA CONTRA A OBESIDADE (sd.), *Obesidade Infantil – uma nova Epidemia*
<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/conteudo.aspx?menuid=167&exmenuid=-1>

PRECIOSO, J.; SILVA, S. (2004), «As Escolas Promotoras De Saúde Na Educação Alimentar: Um Estudo Efectuado Em Alunos do 2º Ciclo». *Revista Alimentação Humana*, VOL.10, N.º 2, pp.88-98.

PROUT, Alan (2005), *The Body, Childhood and Society*. London. MacMillan Press.

RABOT, Jean-Martin (2009), «Os comportamentos de risco nas sociedades pós-modernas», in *Estudos Culturais*, Aveiro, Universidade de Aveiro, Departamento de Línguas e Culturas, 26 páginas, no prelo.

REGO, C. ;SIVA, D. ; GUERRA, A.; FONTOURA, M.; MOTA, J.; FONSECA, H.& MATOS, M. (2004), *Obesidade Pediátrica: A doença que ainda não teve direito a ser reconhecida. A propósito do 1º Simpósio Português sobre Obesidade Pediátrica*. <http://www.adexo.pt/pdfs/conclusoes2004.pdf>.

REVISTA Notícias Magazine, nº 878, 22 de Março de 2009

ROCHA, José da Silva (2000), «A Educação Para A Saúde Nas Escolas Portuguesas. “Do Projecto Viva A Escola Às Escolas Promotoras de Saúde» In PRECIOSO, J. (org.) *et al.* (2000), *Educação Para A Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, 2ª edição, pp.42-52.

SANTIAGO, L. M. *et al.* (2002b), «Curvas de percentil para o diagnóstico de obesidade em crianças e adolescentes baseados no índice de massa corporal». *Revista Portuguesa Clínica Geral*. Vol. 18, pp. 147-152.

SANTIAGO, L. M. *et al.* (2002), «Tabelas de percentil baseadas no Índice de Massa Corporal para crianças e adolescentes em Portugal e sua aplicação no estudo da obesidade». *Revista Portuguesa Clínica Geral*. Vol. 18, pp. 147-152.

SANTOS, Osvaldo; CARMO, Isabel; CAMOLAS, José; VIEIRA, João (2008), «Quanto É Que Pesa? E Quanto Mede De Altura?» Estudo De Validade Do Peso E Altura Auto-Percebidos Na População Adulta Portuguesa». In CARMO, Isabel do; SANTOS, Osvaldo; CAMOLAS, José; VIEIRA, João (2008), *Obesidade em Portugal e no Mundo*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, pp. 229-255.

SARMENTO, Manuel Jacinto; PINTO, Manuel (1997), «As crianças e a infância: definindo conceitos, delimitando o campo». In PINTO M.; SARMENTO M. J. (coord.) *As Crianças: Contextos e Identidades*. (9-30). Braga. Centro de Estudos da Criança da Universidade do Minho, pp. 7-30.

SARMENTO, Manuel Jacinto (2004), «Essa Criança que se desdobra...» *Pátio-Educação Infantil*. Porto Alegre, Brasil, Ano II. Nº6, pp. 14-17.

SARMENTO, Manuel Jacinto; ABRUNHOSA, Albertina; FERNANDES, Natália (2005), «Participação Infantil na Organização Escolar». *Administração Educacional*, nº5, pp.73-88.

SARMENTO, Manuel Jacinto (2007), «Visibilidade social e estudo da infância» In Vera Vasconcellos; SARMENTO M. J. (org.), “*(In)visibilidade da Infância*”. Araraquara, Ed. Junqueiro e Marin, pp.25-49.

SERRANO, J. (2003), *Mudanças Sociais e Estilos de Vida no Desenvolvimento da Criança. Estudo do nível de independência de mobilidade e da actividade física nas rotinas de vida quotidiana em crianças de 8,10 e 12 anos de idade no meio urbano*. Dissertação de Doutoramento em Motricidade Humana na especialidade de Ciências da Motricidade. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.

SILVA, Domingos J. Lopes da (2006), «Benefícios E Riscos Da Actividade Física Regular». In PEREIRA, Oliveira Beatriz; CARVALHO, Graça Simões de (coord.) (2006), *Actividade*

Física, Saúde e Lazer. A Infância e Estilos de Vida Saudáveis. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda., pp. 117-128.

SILVA, Luísa Ferreira da (2006), *A saúde e o saudável nas racionalidades leigas: o caso da alimentação*, in CARAPINHEIRO, G. (Org.) (2006), *Sociologia Da Saúde Estudos E Perspectivas*. Coimbra: Pé de Página Editores.

SILVA, Maria Teresa Santos Soares da (2002), *Alimentação Saudável Na Escola. Um projecto integrado de intervenção numa comunidade do Ensino Básico*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia/Universidade do Minho.

SILVA, Sara Catarina Freitas Pereira da (2007), *Alimentação Saudável na Escola: um Estudo efectuado em Escolas que integram a RNEPS e em escolas não pertencentes à Rede*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia/Universidade do Minho.

SILVA, Sílvia (2006), «Entre a cultura da magreza e as sociedades da abundância: O corpo obeso». Lisboa: *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia. Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção*. Atelier: Contextos Organizacionais e Organizações, pp. 48-54.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA DA OBESIDADE – SPCO (2005). Médicos de Portugal. In *Obesidade (on-line)*: <http://www.medicosdeportugal.pt/>

SOCIEDADE PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE
http://www.speoobesidade.pt/Files/Noticias/Files/brochura_DGS_plataforma_obesidade.pdf

STROEBE, Wolfgang; STROEBE, Margaret S. (1995), *Psicologia Social e Saúde. Social psychology and health*. Lisboa: Instituto Piaget.

TREVISAN, Gabriela de Pina (2006), *A amizade é a melhor coisa do mundo apesar do amor. Afectos e amores entre crianças - a construção de sentimentos na interacção de pares*. Dissertação de Mestrado, Braga: Instituto de Estudos da Criança – Universidade do Minho.

VIAMONTE, Isabel Cristina Fontes Ferreira (2002), *O Papel da Televisão no quotidiano infantil*. Braga: Instituto de Estudos da Criança – Universidade do Minho.

VILAÇA, M. Teresa Machado & CARVALHO, Graça Simões de (2000), «KIT'S Experimentais No Âmbito Da Educação Para A Saúde: Uma Proposta De Aplicação No 1º Ciclo», in PRECIOSO (org.) (2000), *Educação Para A Saúde*. Braga: Universidade do Minho, Departamento de Metodologias da Educação, pp. 461-481.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998), *Healthy Nutrition: An Essential Element of a Health – Promoting School*. Geneva: WHO.

ANEXOS

Pedido de solicitação de autorização para a realização do estudo

De: Maria João Mendes de Oliveira
Residente na Rua Padre Gaspar Roriz, 63,
3.º Dto.
4810-429 Guimarães
Telemóvel 933536802

Guimarães, 29 de Outubro de 2008

Para:

Exmº Senhor

Presidente do Conselho Executivo do
Agrupamento da Escola E.B. 2,3, Egas Moniz,
Guimarães

Para os fins tidos por convenientes, incluso remeto a Vossa Excelência a carta do Excelentíssimo Senhor Professor Auxiliar, Jean-Martin Rabot, na qual se solicita autorização, dentro da maior urgência possível, da realização de uma série de observações e entrevistas, da signatária, junto de uma turma do 2.º ou 3º. Ciclo do Ensino Básico, dessa Escola, no sentido de se proceder à dissertação de Mestrado em Sociologia da Infância, no Instituto de Estudos da Criança, conforme melhor se vê na carta acima referenciada.

Pede deferimento.

A signatária,

(Maria João Mendes de Oliveira)

Questionário nº 1

Questionário nº 2

Questionário n.º 2

Nome _____

2.1 Assinala com um X a frequência com que costumás consumir os seguintes alimentos ou grupo de alimentos.

	Mais do que uma vez por dia	Diariamente	3 a 4 vezes por semana	Raramente	Nunca
Leite					
Carne					
Peixe					
Rissóis					
Hambúrgueres					
Salsichas					
Pizas					
Batatas fritas					
Batatas					
Arroz					
Massa					
Legumes					
Sopa					
Fruta					
Pão					
Bolachas					
Bebidas alcoólicas					
Refrigerantes					
Sumos naturais					
Guloseimas, doces, etc.					

2.2 Assinala com um X a frequência com que deves consumir os seguintes alimentos ou grupo de alimentos.

	Mais do que uma vez por dia	Diariamente	3 a 4 vezes por semana	Raramente	Nunca
Leite					
Carne					
Peixe					
Rissóis					
Hambúrgueres					
Salsichas					
Pizas					
Batatas fritas					
Batatas					
Arroz					
Massa					
Legumes					
Sopa					
Fruta					
Pão					
Bolachas					
Bebidas alcoólicas					
Refrigerantes					
Sumos naturais					
Guloseimas, doces, etc.					

(adaptado de Silva, S. 2007)

Questionário nº 3

Questionário n.º 3

Nome _____

3.1 Assinala com um X a frequência com que costumás fazer as seguintes refeições.

	Diariamente	4 a 5 vezes por semana	Raramente	Nunca
Pequeno-almoço				
Suplemento matinal				
Almoço				
Lanche				
Jantar				

3.2 Assinala com um X a frequência com que deves fazer as seguintes refeições.

	Diariamente	4 a 5 vezes por semana	Raramente	Nunca
Pequeno-almoço				
Suplemento matinal				
Almoço				
Lanche				
Jantar				

(adaptado de Silva, S. 2007)

Teste sociométrico nº 1

Teste sociométrico n.º1

Nome _____

Data _____

1. Se mudasses de turma e pudesses escolher três alunos desta turma para irem contigo, quais escolhias?

(1) _____

(2) _____

(3) _____

2. Supõe que tens três bilhetes a mais para ir ao cinema, quem eram os três alunos da turma que tu convidavas para irem contigo?

(1) _____

(2) _____

(3) _____

3. Se estivesses a trabalhar num projecto na aula quais eram os três alunos da turma que escolhias para trabalharem contigo?

(1) _____

(2) _____

(3) _____

Obrigada pela colaboração!

Teste sociométrico nº 2

Teste sociométrico n.º2

Nome _____

Data _____

4. Se mudasses de turma e pudesses escolher três alunos desta turma para não irem contigo, quais escolhias?

(4) _____

(5) _____

(6) _____

5. Supõe que tens muitos bilhetes a mais para ir ao cinema, quem eram os três alunos da turma que tu não convidavas para irem contigo?

(4) _____

(5) _____

(6) _____

6. Se estivesses a trabalhar num projecto na aula quais eram os três alunos da turma que tu não escolhias para trabalharem contigo?

(4) _____

(5) _____

(6) _____

Obrigada pela colaboração!

Teste sociométrico nº 3

Teste sociométrico n.º 3

Nome _____

Data _____

7. Se mudasses de turma indica três alunos desta turma que tu achas que gostariam de ir contigo?

(7) _____

(8) _____

(9) _____

8. Supõe que tens três bilhetes a mais para ir ao cinema, quem eram os três alunos da turma que tu achas que gostavam de ir contigo?

(7) _____

(8) _____

(9) _____

9. Se estivesses a trabalhar num projecto na aula quais eram os três alunos da turma que tu achas que gostariam de trabalhar contigo?

(7) _____

(8) _____

(9) _____

Obrigada pela colaboração!

Teste sociométrico nº 4

Teste sociométrico n.º4

Nome _____

Data _____

10. Se mudasses de turma indica três alunos desta turma que tu achas que não gostariam de ir contigo.

(10) _____

(11) _____

(12) _____

11. Supõe que tens três bilhetes a mais para ir ao cinema, quem eram os três alunos da turma que tu achas que não gostariam de ir contigo?

(10) _____

(11) _____

(12) _____

12. Se estivesses a trabalhar num projecto na aula quais eram os três alunos da turma que tu achas que não gostariam de trabalhar contigo?

(10) _____

(11) _____

(12) _____

Obrigada pela colaboração!

Cálculo do IMC

Índice de massa corporal das crianças da amostra

Alunos	Idade	Peso kg	Altura m	IMC
Alexandre	11	38	1,50	16,9
Ana Beatriz	11	37	1,50	16,4
Catarina	11	53	1,55	22,1
Ana Raquel	11	41	1,44	19,8
Bruno	12	30	1,41	15,1
Débora	11	48	1,56	19,7
Diogo	13	55	1,46	25,8
Fernando	11	40	1,58	16,0
Flávio	12	39	1,53	16,7
Francisco	11	61	1,57	24,7
Henrique	11	35	1,50	15,6
José Diogo	12	41	1,57	16,6
José Pedro	13	50	1,64	18,6
Manuel	11	75	1,59	29,7
Maria Inês	11	53	1,62	20,2
Maria João	11	48	1,55	20,0
Paulo	12	32	1,50	14,2
Pedro	11	42	1,49	18,9
Ricardo	11	50	1,47	23,1
Sílvia	12	45	1,48	20,5
Vasco	11	33	1,44	15,9

Questionário n.º 4

Questionário n.º 4

Nome _____

4. Assinala com um X o teu grau de concordância ou discordância relativamente a cada uma das seguintes afirmações:

4.1. Uma alimentação equilibrada faz com que as pessoas sejam mais saudáveis.

A. Concordo totalmente B. Concordo C. Não sei D. Discordo E. Discordo totalmente

4.2. A alimentação saudável ajuda a evitar alguns cancros.

A. Concordo totalmente B. Concordo C. Não sei D. Discordo E. Discordo totalmente

4.3. Se comermos de forma equilibrada teremos um melhor rendimento físico.

A. Concordo totalmente B. Concordo C. Não sei D. Discordo E. Discordo totalmente

4.4. Uma alimentação equilibrada contribui para o desenvolvimento das crianças.

A. Concordo totalmente B. Concordo C. Não sei D. Discordo E. Discordo totalmente

4.5. O rendimento intelectual não depende do tipo de alimentação.

A. Concordo totalmente B. Concordo C. Não sei D. Discordo E. Discordo totalmente

4.6. O tipo de alimentação não afecta a aparência das pessoas.

A. Concordo totalmente B. Concordo C. Não sei D. Discordo E. Discordo totalmente

4.7. O estado de saúde das pessoas não depende do tipo de alimentação.

A. Concordo totalmente B. Concordo C. Não sei D. Discordo E. Discordo totalmente

4.8. Uma alimentação saudável reduz as possibilidades de vir a ser gordo.

A. Concordo totalmente B. Concordo C. Não sei D. Discordo E. Discordo totalmente

4.9. É difícil fazer uma alimentação saudável.

A. Concordo totalmente B. Concordo C. Não sei D. Discordo E. Discordo totalmente

4.10. Uma alimentação saudável é mais cara do que uma alimentação pouco saudável.

A. Concordo totalmente B. Concordo C. Não sei D. Discordo E. Discordo totalmente

4.11. Uma alimentação saudável não sabe tão bem como uma alimentação menos saudável.

A. Concordo totalmente B. Concordo C. Não sei D. Discordo E. Discordo totalmente

4.12. Preocupo-me com a minha alimentação.

A. Concordo totalmente B. Concordo C. Não sei D. Discordo E. Discordo totalmente

4.13. Não me preocupo com o meu aspecto físico.

A. Concordo totalmente B. Concordo C. Não sei D. Discordo E. Discordo totalmente

4.14. Preocupo-me com o meu rendimento físico.

A. Concordo totalmente B. Concordo C. Não sei D. Discordo E. Discordo totalmente

4.15. Preocupo-me com a minha saúde.

A. Concordo totalmente B. Concordo C. Não sei D. Discordo E. Discordo totalmente

4.16. Não me preocupo com o meu peso.

A. Concordo totalmente B. Concordo C. Não sei D. Discordo E. Discordo totalmente

(adaptado de Silva, S. 2007)

Questionário n.º 5 Programa de actividade física da criança

Questionário n.º 5

Nome _____

Programa de actividade física da criança

As questões que se seguem servem para conhecer as tuas actividades dentro de casa

1- (BC) – Os teus pais deixam-te brincar em todas as divisões da casa?

Sim

Não

2- (HB) – Em média quantas horas brincas diariamente em casa?

Dia útil – Menos de 2 horas De 2 a 4 horas Mais de 4 horas

Fim de semana – Menos de 2 horas De 2 a 4 horas Mais de 4 horas

3- (JPC) – Refere quais são os 3 jogos que mais gostas de brincar quando estás em casa?

1- _____

2- _____

3- _____

4- (AC) – Das actividades, quais foram aquelas que realizaste em casa nas últimas semanas?

- Computador

- Ouvir música/Tocar instrumentos

- Estudo/Trab. da escola

- Ajudas nas tarefas domésticas

- Ver TV ou vídeo

- Ler

- Pintar/Desenhar

- Outras actividades

Quais? _____

5- (HT) – Em média quantas horas passaste diariamente em frente ao televisor nas duas últimas semanas?

Dia útil – - Menos de 2 horas De 2 a 4 horas - Mais de 4 horas

Fim de semana Menos de 2 horas De 2 a 4 horas - Mais de 4 horas

6- (HC) – Em média quantas horas jogaste diariamente jogos de computador nas últimas duas semanas?

Dia útil

- Não jogo
- Menos de 2 horas
- De 2 a 4 horas
- Mais de 4 horas

Fim de semana

- Não jogo
- Menos de 2 horas
- De 2 a 4 horas
- Mais de 4 horas

As questões que se seguem servem para conhecer as tuas actividades fora de casa

1- (ESB) – Achas que o teu bairro tem espaços suficientes para desenvolver as tuas actividades físicas

- Sim

- Não

2- (EI) – Dos espaços que se seguem refere quais são os 3 que consideras mais importantes e que gostarias de ter no teu bairro para desenvolveres as tuas actividades físicas?

- Espaços verdes
- Espaços de aventura
- Espaços multi-desportivos
- Espaços livres abertos
- Espaços para desportos radicais

- Parque infantil
- Jardim público
- Outro tipo de espaços
- Quais? _____

3- (AP) – Das seguintes actividades, quais são aquelas que gostarias de fazer no teu bairro e não podes?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> - Andar de bicicleta | <input type="checkbox"/> - Praticar desportos radicais |
| <input type="checkbox"/> - Jogar certos jogos desportivos com bola | <input type="checkbox"/> - Outras actividades |
| <input type="checkbox"/> - Correr com os amigos | <input type="checkbox"/> - Quais? _____ |

4- (HA) – Em média quantos horas passaste em actividade lúdica diariamente na rua nas últimas duas semanas?

- Dia útil** – Menos de 2 horas De 2 a 4 horas Mais de 4 horas
Fim de semana – Menos de 2 horas De 2 a 4 horas Mais de 4 horas

5- (SA)/(IA)- Os amigos com quem praticas actividade lúdica na rua são principalmente:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> - Do mesmo sexo | <input type="checkbox"/> - Mais novos |
| <input type="checkbox"/> - De sexo oposto | <input type="checkbox"/> - Da mesma idade |
| <input type="checkbox"/> - De ambos os sexos | <input type="checkbox"/> - Mais velhos |

6- (JPR) – Refere quais são os 3 jogos que mais gostas de jogar na rua com os teus amigos?

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____

As questões que se seguem servem para conhecer a tua independência de mobilidade

1- (LGB) – Qual o teu limite geográfico de brincadeira sozinho ou com os amigos fora de casa?

- Não brinco fora de casa
- Na rua, apenas nos limites do quarteirão
- Na rua, mas apenas nos limites do bairro
- Sem limite

2- (AM) – A maioria dos amigos com quem brincas normalmente, moram:

- No quarteirão - No bairro - Fora do bairro

2.1- (VA) – Nas últimas duas semanas visitaste algum amigo?

- Sim - Não

2.2 – (TV) – Quando visitas amigos fora do bairro como é o teu trajecto?

Transporte usado

- A pé
- Bicicleta
- Automóvel
- Transporte público
- Outro

Acompanhantes

- Adultos
- Crianças
- Sozinho

3- (APC) – Nas duas últimas semanas andaste a pé com outras crianças?

- Sim - Não

3.1 – (LD) – Se respondeste que sim, onde foram?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> - Passear | <input type="checkbox"/> - Espectáculos desportivos |
| <input type="checkbox"/> - Visitas (amigos/familiares) | <input type="checkbox"/> - Ir a espaços para jogar |
| <input type="checkbox"/> - Visitas (Museus/exposições) | <input type="checkbox"/> - Ir às compras |
| <input type="checkbox"/> - Ir ao cinema | <input type="checkbox"/> - _____ |
| <input type="checkbox"/> - Ir à missa/catequese | <input type="checkbox"/> - _____ |

4- (LAB) – Nas últimas duas semanas quando foste a algum local, mesmo que acompanhado por adultos, pudeste atravessar as ruas sozinho?

- Sim - Não

5- (PD) – Quando passeias a pé no meio urbano preferes fazê-lo preferencialmente:

- Sozinho
 - Com outras crianças
 - Com adultos

6- (LD) – Qual o local mais longe da tua casa até onde foste sozinho ou com amigos da tua idade a pé nas duas últimas semanas? (LVTP) Quanto tempo demoraram no trajecto?

Locais

- Nenhum local
 - Apenas no bairro
 - Na proximidade do bairro
 - Lugares mais longe dentro da cidade

Tempo de percurso

- Menos de 5 m
 - Entre 5 e 15 m
 - Entre 15 e 30 m
 - Mais de 30 m

7- (PCE) – Como é habitualmente o teu trajecto casa/escola?

Distância casa/escola

- Menos de 500m
 - 500m a 1000m
 - Mais de 1000m

Transporte usado

- A pé
 - Bicicleta
 - Automóvel
 - Transp. público

Acompanhantes

- Adultos
 - Crianças
 - Sozinho

8- (PCC) – Se praticas uma actividade desportiva num clube, como é habitualmente o teu trajecto casa/clube?

Distância casa/clube

- Menos de 500 m
- 500 m a 1000 m
- Mais de 1000m

Transporte usado

- A pé
- Bicicleta
- Automóvel
- Transp. público

Acompanhantes

- Adultos
- Crianças
- Sozinho

(adaptado de Serrano, J. 2003)

Questionário n.º 6 Silhueta de aparência física

Questionário n.º 6

Nome _____

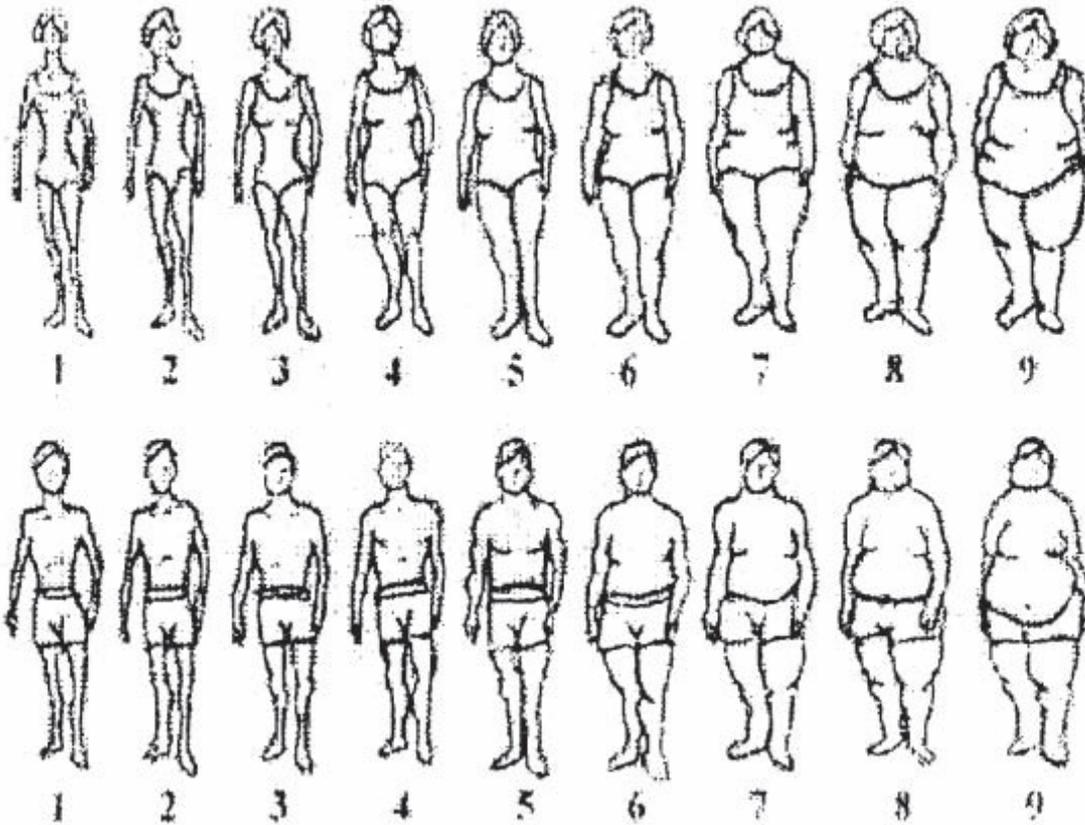


Figura 1 – Conjunto de silhuetas proposto por Stunkard *et al*

1- Indica a silhueta que melhor representa a tua aparência física actualmente.

2- Indica a silhueta que gostarias de ter.
