

**O PROJECTO EUROPEU TEMPEST (AUTO-REGULAÇÃO
PARA A PREVENÇÃO DA OBESIDADE EM CRIANÇAS
E ADOLESCENTES) - ANÁLISE DE ESQUEMAS DE
INCENTIVO EM PORTUGAL**

**THE EUROPEAN PROJECT TEMPEST (SELF-REGULATION
FOR OBESITY PREVENTION IN CHILDREN AND
ADOLESCENTS) - ANALYSIS OF INCENTIVE ACTIONS IN
PORTUGAL**

Tania Gaspar

*Aventura Social FMH/Universidade Técnica de Lisboa; Universidade Lusíada de
Lisboa; CIPD; CMDT/IHMT/Universidade Nova de Lisboa*

Margarida Gaspar de Matos

*Aventura Social FMH/Universidade Técnica de Lisboa; CMDT/IHMT/Universidade
Nova de Lisboa; CIPD*

Teresa Santos

*Aventura Social FMH/Universidade Técnica de Lisboa; Universidade Lusíada de
Lisboa; CMDT/IHMT/Universidade Nova de Lisboa*

Francisca Soares de Albergaria

Universidade Lusíada de Lisboa, CIPD

Autor para correspondência

Tania Gaspar

*Aventura Social FMH/Universidade Técnica de Lisboa; Universidade Lusíada de
Lisboa; CIPD; CMDT/IHMT/Universidade Nova de Lisboa*

taniagaspar@fmh.utl.pt

Resumo: A obesidade constitui-se uma grave ameaça para a Saúde Pública, sendo uma doença crónica com elevado comprometimento na qualidade de vida, tendo a sua prevalência em crianças e jovens europeus aumentado dramaticamente. O projecto europeu TEMPEST (www.tempestproject.eu), a decorrer entre 2009 e 2013 em 9 Países, incluindo Portugal, tem três principais objectivos: 1) analisar a existência de novos esquemas de incentivo para a prevenção da obesidade em crianças e adolescentes; 2) obter maior conhecimento sobre o papel da competência de auto-regulação na gestão de escolhas alimentares não-saudáveis (“tentações”); 3) contribuir para o desenvolvimento de programas de intervenção eficazes na prevenção desta doença crónica, em diferentes settings sociais. O presente artigo pretende fazer uma análise dos esquemas de incentivo para a prevenção da obesidade em crianças e adolescentes portugueses, identificando e caracterizando um conjunto de programas/políticas existentes no país. Após a pesquisa realizada, foram identificados vários programas, na sua maioria multidimensionais e que visam, sobretudo, aumentar o conhecimento sobre a prevalência desta condição clínica, parecendo indicar que Portugal apresenta boas práticas e programas relacionados com o comportamento alimentar, com relevante impacto local e nacional.

Palavras-chave: Auto-regulação; obesidade; crianças; adolescentes.

Abstract: Obesity presents a serious threat to public health, since it is a chronic disease that highly affects quality of life, and its prevalence in children and young people in Europe has increased dramatically. The European project TEMPEST (www.tempestproject.eu), taking place from 2009 to 2013 in nine countries, including Portugal, has three main objectives: 1) examine the existence of new incentive actions for the prevention of obesity in children and adolescents; 2) obtain more knowledge about the role of self-regulatory skills in the management of non-healthy food choices (“temptations”); 3) contribute to the development of effective intervention programs in the prevention of chronic disease in different social settings. This article focuses on outcomes of the first objective, presenting an analysis of incentive schemes for the prevention of obesity in Portuguese children and adolescents, through the identification and characterization of the existent programs/policies in the country. After the research, several programs were identified, mostly multidimensional that aimed, above all, to increase the awareness about the prevalence of this clinical condition, seeming to indicate that Portugal demonstrates good practices and programs related to eating behavior, with significant impact both at local and national levels.

Key-words: self-regulation; obesity; children; adolescents.

Introdução

O Ambiente “Obesogénico” e Competência de Auto-Regulação (CAR)

A prevalência da obesidade continua a crescer a um ritmo alarmante por todo o mundo, estimando-se que cerca de 250 milhões de pessoas sejam obesas (WHO, 1998) e projectando-se que atinja mais de 50% da população mundial em 2025 (Chopra & Darnton-Hill, 2002). Na Europa, desde os anos 80 que os números têm triplicado e nos últimos 10 anos, na maioria dos países, o aumento foi de 10-14%, assistindo-se igualmente ao aumento de comorbilidades associadas (OMS, 2006) e da própria severidade da doença (Flegal et al., 2002). As projecções indicavam para 2010 cerca de 10 milhões de crianças e adolescentes com excesso de peso e obesidade (Branca, 2007), sendo os jovens da Europa do Leste menos afectados, seguindo-se os países da Europa Central, Ocidental e do Norte com uma prevalência intermédia e os da Europa do Sul com as taxas mais elevadas de obesidade (Janssen et al., 2005; Lobstein & Frelut, 2003). Estes dados em jovens são alarmantes, porque, na maioria dos casos, a obesidade persiste até à vida adulta (Magarey et al., 2003), sendo também associada com diversas situações clínicas graves, níveis de escolarização baixos e pobreza (Dietz, 1998).

Portugal não constitui excepção a esta realidade, e, em 2008, os dados indicam que 53,6% da população adulta portuguesa apresenta excesso de peso e obesidade (Do Carmo et al., 2008), verificando-se também um aumento da obesidade infantil. Em crianças dos 7 aos 9 anos, 20,3% têm excesso de peso e 11,3% obesidade, sendo o total de crianças com excesso de peso e obesidade de 31,6%. Este valor total indica uma elevada prevalência quando comparado com outros países europeus (que usaram os mesmos métodos para definir excesso de peso e obesidade) (Padez et al., 2004). O facto de Portugal apresentar também os níveis mais baixos de prática de actividade física (comparando com o resto da Europa), associado a alimentação pouco equilibrada dos jovens conduz a um progressivo aumento da incidência da obesidade (Martinez-Gonzalez et al., 2001). A realidade Portuguesa acabou por conduzir a Direcção-Geral da Saúde (DGS), através da Circular Informativa nº09/DGCG, de 25/03/04 (DGS, 2004), a considerar a obesidade como doença crónica, com génese multifactorial, que requer esforços continuados para ser controlada, constituindo uma ameaça para a saúde e um importante factor de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças, atingindo homens e mulheres de todas as etnias e idades e requerendo estratégias de longa duração para a sua prevenção e gestão efectivas.

Embora se reconheça o papel de factores genéticos para o aumento dramático do número de crianças e adolescentes com obesidade, a investigação tem demonstrado que uma elevada parcela de responsabilidade está também associada a factores comportamentais, mais especificamente, dietas inadequadas (consumo excessivo de alimentos/bebidas altamente calóricas) e índices insuficientes de actividade física (AF), resultantes de modificações sociais (Branca,

2007; Raynor & Epstein, 2001). De facto, o cenário social actual apresenta poucas oportunidades para crianças e jovens praticarem desporto e actividade física ao ar livre (sobretudo em zonas urbanas), sendo as mais frequentes ver televisão, brincar com jogos electrónicos/computadores e outras actividades sedentárias. Associa-se ainda a substituição de dietas saudáveis por refeições e/ou porções elevadas de fast-food, snacks e refrigerantes.

A explicação mais convincente para o forte aumento da obesidade entre as crianças e jovens europeus nas últimas décadas, colocando-a como uma das questões mais importantes em saúde na União Europeia (European Commission, 2007; WHO, 2007), resulta do desequilíbrio entre energia ingerida e energia dispendida e baseia-se na expressão alimentação “tóxica” (Wadden, Brownell & Foster, 2002), ou ambiente “obesogénico” (Swinburn et al., 1999). Ambiente no qual a maioria das crianças e adolescentes europeus se encontra a viver e que se caracteriza por uma grande variedade de opções/escolhas não saudáveis, altamente calóricas/saborosas (“tentações”), muito acessíveis e que têm um impacto profundo nos seus hábitos alimentares e de prática de actividade física. O conceito de tentação alimentar poderá ser uma explicação para justificar a influência do ambiente sobre as escolhas das crianças e jovens.

No passado adaptativa, a sensação inata de prazer ao comer que a humanidade aprendeu a interiorizar como uma protecção face à fome, torna-se agora prejudicial para a saúde, numa sociedade em que alimentos hipercalóricos e apelativos se encontram *ad libitum*, e, a mera presença de comida, pode ser experienciada como uma tentação (Pinel et al., 2000; Peters et al., 2002).

Este facto não é novo, mas nas últimas décadas, tem-se assistido a um crescimento acentuado de imediata acessibilidade destas tentações aos jovens, a par com normas sociais mais brandas para lidar com a situação. No final dos anos 90 cerca de 35% das calorias consumidas por crianças e jovens provinham de fast-food e snacks, comparando com um valor de 20% consumido nas duas décadas anteriores (Nielsen et al., 2002).

A identificação deste ambiente “obesogénico” tem suscitado grande interesse em intervenções ambientais que usam esquemas de incentivo financeiros e não-financeiros, para diminuir a acessibilidade/disponibilidade dos alimentos que colocam em causa a adopção de uma dieta saudável. A investigação tem sugerido 3 grandes tipos de esquemas de incentivo ambientais face a tais alimentos (Faith et al., 2007): 1) tributação ou atribuição de subsídios para o seu consumo; 2) manipulação da facilidade de acesso; 3) restrição do acesso. Estas intervenções parecem ser promissoras para a prevenção da obesidade, porque são fáceis de implementar e são independentes da motivação e/ou participação activa da população alvo (Brug et al., 2006; Egger & Swinburn, 1997; Swinburn et al., 1999). Contudo, é controversa a questão se os indivíduos reconhecem e efectivamente tiram partido das mesmas, sem uma orientação apropriada.

Convém não esquecer que crianças e adolescentes parecem ser mais vulneráveis a este ambiente porque: 1) os conhecimentos sobre riscos a longo-

prazo para a saúde ainda não estão totalmente consolidados; 2) os processos de identificação e de autonomia podem reforçar optar pelas suas próprias escolhas, em detrimento das recomendações dos adultos (Darling et al., 2006; Gibbons et al., 2003).

Desta forma, resistir às tentações alimentares acaba por ser uma tarefa difícil e um verdadeiro teste às competências de auto-regulação dos jovens. Na Psicologia, a importância deste conceito tem vindo a ser evidenciada dentro da área de estudos do self (Carver & Scheier, 1998), demonstrando que a capacidade para regular comportamentos se desenvolve progressivamente na infância e adolescência (Mueller, 2008), através de períodos de ajustamento bi-direccionais com o meio envolvente (Gestsdottir & Lerner, 2008). Em crianças mais pequenas refere-se às capacidades de alternância rápida entre tarefas, foco da atenção ou controlo emocional. Por sua vez, em jovens, remete para a capacidade de monitorizar actividades, avaliar a performance individual, manter a motivação e a resiliência, ao mesmo tempo que se experienciam desiluições sociais e em contexto escolar (Zimmerman, 2002). A maioria das definições de auto-regulação aponta para o controlo dos impulsos e ajustamento dos comportamentos com vista à gratificação imediata e planeamento da obtenção de objectivos a longo prazo, que habitualmente têm obstáculos e tentações, mas que podem contribuir fortemente para alcançar um estilo de vida saudável (De Ridder & De Wit, 2006).

Assim, o maior desafio para a prevenção da obesidade será o encorajamento de novas formas para lidar com as tentações alimentares e de inactividade física.

Infelizmente, os tratamentos com sucesso têm sido ilusórios, resultando geralmente em perdas temporárias de peso e reganho do mesmo (Flodmark et al., 1993), sendo que apenas cerca de 10% de crianças e adolescentes com excesso de peso procuram tratamento.

Desta forma, é necessário dar mais atenção ao desenvolvimento de programas eficazes de prevenção para o excesso de peso (Hill et al., 2003; Wadden, Brownell & Foster, 2002). Esta preocupação tem sido reconhecida pela União Europeia e pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2007), tendo sido já realizados alguns estudos, nomeadamente na área da epidemiologia (Ahrens et al., 2006), sobre as consequências médicas do excesso de peso nos jovens (Flodmark et al., 2004; Pietrobelli et al., 2005; Wildhalm & Fussenegger, 2005) e sobre a promoção do consumo de frutas e vegetais em jovens (Klepp et al., 2005).

O Projecto TEMPEST

O projecto europeu TEMPEST (www.tempestproject.eu) decorre entre 2009 e 2013, por um período de 48 meses, abrangendo 9 Países. Em Portugal (parceiro 7) o trabalho tem vindo a ser desenvolvido através do Projecto Aventura Social (Faculdade de Motricidade Humana/Universidade Técnica de Lisboa e Centro de Malária e Doenças Tropicais/Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa).

O projecto tem como principais objectivos: 1) analisar a existência de existentes e novos esquemas de incentivo para a prevenção da obesidade em crianças e adolescentes; 2) obter maior conhecimento sobre o papel da competência de auto-regulação na gestão de escolhas alimentares não-saudáveis (“tentações”) e investigar de que forma a sua promoção pode permitir às crianças e adolescentes lidar com escolhas tentadoras menos saudáveis, existentes no meio em que se inserem; 3) contribuir para o desenvolvimento de programas de intervenção eficazes na prevenção desta doença crónica, em diferentes settings sociais.

O TEMPEST apresenta ainda 4 objectivos específicos:

Desenvolver e validar um Questionário de Competências de Auto-regulação relacionadas com a Saúde para crianças e Adolescentes, culturalmente válido nos países europeus;

Determinar o impacto de esquemas de incentivo financeiros e não-financeiros, baseados na análise dos esquemas já existentes;

Examinar a influência dos novos esquemas experimentais de incentivo;

Determinar o impacto das tentações nas competências de auto-regulação e nos comportamentos relacionados com o peso, em contextos sociais que diferem quanto à valorização das competências de auto-regulação, e, testar intervenções experimentais de prevenção baseadas nos resultados.

As intervenções mais tradicionais de regulação do comportamento alimentar saudável (p.e.: esquemas financeiros e não financeiros de incentivo, tais como o preço dos alimentos e sua eliminação) parecem ser promissoras como uma estratégia de saúde pública face à obesidade nos jovens, mas até o momento têm revelado apenas sucesso moderado. Assim, o TEMPEST destaca o papel das competências de auto-regulação como conceito chave para a explicação e combate à epidemia de obesidade na juventude europeia, e, coloca a hipótese de tais competências serem um elemento crucial em crianças e adolescentes, na sua aprendizagem da gestão de tais tentações alimentares no meio envolvente. Tal deriva de teorias que sustentam que a regulação externa (p.e.: intervenções realizadas no meio) pode corromper e ter efeitos sobre a motivação intrínseca em termos de comportamentos de saúde, se não forem simultaneamente aplicadas e amplificadas as capacidades de auto-regulação. Assim, o projecto centra-se no indivíduo e constitui-se como alternativa e/ou complementar aos tradicionais programas, que geralmente procuram diminuir a presença, disponibilidade e facilidade de oferta de tais tentações alimentares.

O projecto distingue entre vários tipos de esquemas de incentivo, tanto em conteúdo (socioeconómico e sociocultural) como em tipo (programas e políticas relacionadas com a saúde e também factores involuntariamente importante para o comportamento de saúde), e ainda em nível de agregação (macro e meso níveis), permitindo uma descrição detalhada de como todos estes factores podem influenciar comportamentos de saúde. É também defendida uma visão

multidisciplinar, alcançada através da colaboração entre variados técnicos, tais como psicólogos, economistas, sociólogos e epidemiologistas, nas várias vertentes do trabalho, combinando também especialistas em auto-regulação, comportamento alimentar e promoção de saúde.

Os resultados visam possibilitar a conceptualização de abordagens inovadoras para a prevenção da obesidade nos jovens europeus e pretendem ser divulgados através de website, folhetos para o público em geral, manual para os profissionais, questionário de auto-regulação validado e fiável, apresentações em conferências internacionais e artigos de investigação.

O presente artigo irá centrar-se na análise dos esquemas de incentivo, caracterizando programas e políticas existentes em Portugal. Pretende-se, deste modo, ter uma visão mais abrangente e sistemática dos programas e políticas no âmbito da prevenção da obesidade em crianças e adolescentes no nosso País.

Metodologia

Foram utilizadas metodologias qualitativas de recolha de dados, nomeadamente análise de documentos e entrevistas individuais. A recolha de dados foi realizada através de pesquisas na Internet de sites oficiais/governamentais, revistas de especialidade e entrevistas realizadas com especialistas de promoção e disseminação de tais programas/políticas. Organizações profissionais foram também contactadas, bem como decisores das políticas, profissionais de saúde, organizações escolares e/ou de alunos e/ou de adolescentes.

As instituições contactadas podem agrupar-se: 1) Promoção de Saúde & Prestação de Cuidados (ENSP/UNL, Escola Nacional de Saúde Pública; FCM/UL, Faculdade de Ciências Médicas); 2) Prestação de Cuidados em Jovens & Educação (Hospital D. Estefânia; Instituto Português da Juventude-IPJ); 3) Instituições Políticas/Governamentais (Ministério da Educação; Ministério da Saúde; Plataforma Contra a Obesidade - Ministério da Saúde; Câmara Municipal de Oeiras); 4) Iniciativas Individuais (Universidade Lusófona; Instituto de Investigação Científica Tropical - Programa de Desenvolvimento Global; Faculdade de Desporto/UP); 5) Movimentos de consumidor/paciente (ADEXO - Associação Portuguesa de Obesos e ex-Obesos); 6) Indústria e Marketing (FIPA - Federação Indústria Agro-Alimentar de Portugal). Os contactos para recolha de dados incluem o Ministério da Educação (Quadra do Desenvolvimento de Curricula e Inovação) e as Câmaras Municipais de Loures, Odivelas, Oeiras, Silves e Beja.

Foi elaborado um Template com informação a preencher por cada entidade, com dados referentes ao programa e/ou política (ver Tabela 1).

Tabela 1. Template de Preenchimento de Dados sobre Programa/Política

Nome do Programa ou Política:

País e Regiões

Duração

Tipo de Financiamento

Financiador

Entidade que desenvolve o programa/política

Implementação

Objectivo

Curta descrição

Tipo de programa/política

Complexidade do programa/política

Grupos-alvo

Intermediários

Avaliação

Resultados & Eficácia

Projecção/Alcance e Absorção

Adopção e Implementação

Publicações

Resultados

Os resultados verificados são apresentados na tabela em baixo, bem como uma descrição sumária do objectivo e população-alvo de cada política/programa (ver Tabela 2).

Tabela 2. Políticas e programas para a prevenção da obesidade em crianças e adolescentes em Portugal

Programa	Objectivo	População Alvo
ADEXO - Associação de Obesos e Ex-obesos em Portugal	Apoiar pacientes obesos; associação de utilidade pública; prevenção da saúde pública/educação para a saúde (em especial em contexto escolar); Relações nacionais e internacionais	Pacientes obesos; crianças e adolescentes do ensino privado e público.
COSI-OMS (European Childhood Obesity Surveillance Initiative - Portugal, WHO)	Implementação de sistema de vigilância simples, standardizado, harmonizado e sustentável para obtenção de informação sobre o estado nutricional, avaliação e monitorização da obesidade em crianças, visando comparar dados entre vários países Europeus.	Crianças entre os 6 e os 10 anos de idade.
EPODE (Plataforma Contra Obesidade)	Articulação entre culturas latinas.	Profissionais de saúde.
FIPA - Federação das Indústrias Portuguesas Agro Alimentares: Alimentação, Actividade Física e Saúde	Controlo das campanhas de marketing e de publicidade em produtos infantis: redução da obesidade.	Crianças e Pais - a comunidade em geral.
Jovens em Exercício para a Perda de Peso (Hospital Sta. Maria)	Programa de intervenção para adolescentes obesos.	Crianças e jovens dos 10 aos 18 anos de idade.
Gabinete de Apoio Saúde Escolar (GTES - Grupo de Trabalho de Educação Sexual)	Promover comportamentos de saúde; prevenção da doença em crianças e adolescentes em comunidade escolar.	Todos os Alunos.
ONOCOP - Observatório da Obesidade (Sociedade Portuguesa Estudo Obesidade, SPEO)	Investigar a prevalência de crianças e jovens obesos.	Investigadores na área da obesidade.
Plataforma Contra a Obesidade (Ministério da Saúde e GALP)	Prevenção e controlo da pré-obesidade e obesidade: três níveis de prevenção - primário, secundário e terciário	Crianças e Adolescentes.
Programa ACORDA (Faculdade Desporto - Porto)	Implementar e divulgar um programa de exercício que aumente níveis de actividade física em contexto escolar e o gosto pela consciência corporal para mudanças a longo prazo em padrões comportamentais.	Adolescentes femininas.
Programa Alimentação em Acção (IPJ)	Treinar profissionais para a educação para a saúde, para consultas de nutrição e actividades de promoção de saúde.	Jovens entre os 12 e os 25 anos, educadores, pais, líderes de associações, profissionais de saúde.
Projecto Aventura Social (FMH/UTL, CMDT/IHMT)	Estudar e promover a saúde em crianças e adolescentes	Crianças e adolescentes nos seus vários contextos e relações (família, escola, grupo de pares e comunidade).

Programa CUIDA-TE (IPJ)	Desenvolver e melhorar gabinetes de educação para a saúde para jovens - educação alimentar e educação para a saúde em geral.	Jovens dos 12 aos 25 anos de idade.
Programa de Fruta nas Escolas (Ministério Educação, CE)	Programa de intervenção para o aumento de ingestão de fruta em crianças.	Crianças do ensino básico (6 aos 10 anos).
Programa Integrado de Monitorização e Resposta à Obesidade em alunos do Ensino Primário (MUN-SI) (Min. Saúde)	Avaliar o estado nutricional e o comportamento alimentar, utilizando uma abordagem de pré-obesidade e obesidade em crianças do ensino básico.	Alunos do ensino primário de cinco municípios.
Programa de Leite nas Escolas (Ministério Educação, CE)	Programa de intervenção para o aumento de ingestão de leite em crianças e prevenção de doenças específicas.	Crianças em idade pré-escolas e do ensino básico (dos 3 aos 10 anos)
Prevalência da Obesidade em Crianças e Adolescentes (Coord. Univ. Coimbra)	A prevalência e os factores de risco para crianças com excesso de peso ou obesas, em Portugal.	Crianças dos 3 aos 9,5 anos de idade e pais.
Programa Obesidade Zero (Plataforma Contra a Obesidade)	Promover estilos de vida saudáveis em crianças com excesso de peso, dentro do seu contexto familiar.	Crianças dos 6 aos 10 anos, famílias e professores.
Projecto OI (Ministério da Saúde e Inst. Nacional de Saúde)	Prevenção da obesidade em crianças através da promoção de competências sociais.	Educadores e professores do ensino básico.
Programa PESSOA (FMH, C.M. Oeiras, Ministério da Educação)	Desenvolver um modelo de prevenção da obesidade e da anorexia no contexto escolar, e medir a sua eficácia.	Crianças e Adolescentes do 5º, 6º e 7º ano de escolaridade.
Programa de Refeições nas Escolas (Ministério Educação, CE)	Programa de Intervenção para promover refeições saudáveis nas escolas.	Crianças do ensino básico (6 aos 10 anos).

Discussão e Recomendações

Foram identificados e descritos 20 programas/políticas existentes em Portugal, implementados entre 2002 e 2009 e surgindo maioritariamente com directrizes principais dos Ministérios da Educação e da Saúde, em parceria com outras instituições e organizações governamentais e não governamentais (IPJ, Ensino Superior, Autarquias, Indústria e Marketing-FIPA, Associações-ADEXO).

De uma forma geral, os programas/políticas têm como objectivo aumentar o conhecimento sobre a prevalência da obesidade em crianças/jovens e sobre a prática de actividade física e de hábitos alimentares saudáveis. Na sua maioria são multidimensionais e aplicados em contexto escolar, através de regulação das políticas nas cantinas, das estratégias de marketing e controlo dos níveis de obesidade, focando o comportamento alimentar, a actividade física e o suporte

social. Desta forma, procura-se promover hábitos e estilos de vida saudáveis através do aumento da auto-consciência, não só em crianças e adolescentes, mas envolvendo também diversos actores e contextos, tais como, pais/família, professores, profissionais de saúde, especialistas na formulação de políticas e a comunidade em geral.

Os programas/políticas abrangem a maioria da população Portuguesa, são válidos e muitos implementados na prática, existindo por vários anos no mesmo formato ou com alterações, visando intervenções concertadas em vários níveis e com diferentes objectivos. A prevenção primária e o treino de professores parecem ser o foco principal de todos os programas/políticas. Alguns estavam totalmente disponíveis na internet, mas para maior conhecimento foi necessário contactar os especialistas e instituições envolvidas.

No que diz respeito aos trabalhos publicados e relatórios, alguns preenchem critérios de inclusão, sobretudo os estudos realizados entre 1999 e 2009 com crianças e adolescentes entre os 2 e os 18 anos de idade, e com variáveis relacionadas com o peso, actividade física, comportamento alimentar, IMC, excesso de peso, obesidade e factores de risco. São também obtidas informações relevantes em estudos que envolvem outros grupos-alvo, tais como educadores/professores e adultos, de forma a se perceber a importância de tais variáveis para os comportamentos descritos. Assim, reportam-se alguns artigos publicados (10, entre 2004 e 2010), com amostras que incluem crianças e adolescentes entre os 2 e os 16 anos de idade, existindo também referência a estudos com adultos (18-65 anos de idade) e outro com agentes escolares.

A maioria das investigações apresentam estudos correlacionais e amostras representativas da população portuguesa (crianças e adolescentes), tendo sido publicada em revistas internacionais, excepto o artigo que examina a prevalência do excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes portugueses, publicado numa revista científica nacional.

Contudo, de forma geral os estudos focam a relação entre factores de risco e obesidade, remetendo para factores de nível macro e meso, não apresentando estratégias novas ou específicas para a prevenção da obesidade. Os artigos mencionados estão disponíveis a qualquer investigador consultando a revista de publicação, estando também disponíveis nas Universidades, ou através de contacto com os respectivos autores.

Face às políticas/programas identificados e analisados poder-se-á concluir que Portugal apresenta diversas boas práticas e vários programas, ao nível da promoção de alimentação saudável e estilos de vida saudáveis e prevenção da obesidade, com impacto local e nacional. De ressaltar, porém, que as limitações encontradas mais relevantes remetem para uma necessidade de maior avaliação das intervenções e seu impacto, bem como de maior divulgação e publicação de resultados.

Na realidade, desde a identificação do aumento dos níveis de excesso de peso/obesidade e reconhecimento desta condição clínica como doença crónica

(Chopra & Darnton-Hill, 2002; OMS, 2006; WHO, 1998;), têm aumentado os estudos e intervenções realizadas em Portugal, procurando definir-se um plano de combate/prevenção e compreensão dos factores e comportamentos associados à mesma. O cenário nacional caracteriza-se pela presença de muitas e variadas “tentações” alimentares, associadas a índices baixos de actividade física, que contribuem para taxas elevadas de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes (Martinez-Gonzalez et al., 2001; Padez et al., 2004; Do Carmo et al., 2008). A elaboração de programas de controlo do peso baseados nestes comportamentos é parte integrante da solução actualmente indicada como referencial (Wadden, Brownell & Foster, 2002), e, de acordo com as recomendações do National Institute of Health-EUA (USDHHS, 1998) o tratamento da obesidade ou excesso ponderal passa por promover o exercício regular, a restrição calórica e incluir estratégias de modificação comportamental. Torna-se assim necessária a implementação de programas de intervenção que visam a alteração de comportamentos de risco e a promoção de comportamentos protectores, e, por isso, de enorme significado em termos de promoção da saúde (Elfhag & Kossner, 2005). Contudo, muitas vezes a realidade apresenta a prova do papel protector e promotor da saúde de determinados comportamentos, e, paralela e paradoxalmente, a baixa adesão e dificuldade de promoção dos mesmos (Sheldon et al., 2003).

Perante este cenário, poderá ser fundamental planear e implementar novos esquemas de incentivo e políticas/programas de prevenção, bem como estratégias de intervenção que contemplem o conceito de auto-regulação, que parece desempenhar um papel primordial a trabalhar com crianças e jovens (Carver & Scheier, 1998; Zimmerman, 2002; De Ridder & De Wit, 2006; Mueller, 2008; Gestsdottir & Lerner, 2008).

Por sua vez, a investigação realizada com população adulta com excesso de peso e obesidade sugere também variáveis importantes, possíveis ideias futuras de trabalho, a desenvolver desde faixas etárias precoces, tais como:

A auto-motivação, a auto-eficácia e a autonomia (Teixeira et al., 2005);

Reforço da ideia que o tratamento do excesso de peso/obesidade pode ter benefícios mais vastos do que os relacionados com a saúde (Vidal, 2002; Pasanisi et al., 2001), e, abranger outras áreas, tais como a imagem corporal, qualidade de vida, auto-estima e depressão (Blaine et al., 2007; Maciejewski et al., 2005). Estas alterações psicossociais podem não ser apenas o resultado de uma intervenção, mas contribuirão potencialmente como mediadoras dos efeitos da mesma, i.e., desempenham um duplo papel tanto como resultado, como mediador durante um processo de tratamento da obesidade (Palmeira et al., 2009).

Face ao exposto e tendo em conta a análise dos programas/políticas existentes e suas limitações, será urgente pensar em novos caminhos, bem como avaliar as intervenções realizadas e publicar os seus resultados.

A publicação e disseminação de resultados pode ser muito útil, reunindo diversas vantagens. Dar a conhecer e partilhar o trabalho feito entre os vários

programas/políticas e suas equipas, pode evitar a replicação de intervenções semelhantes e criar sinergias optimizadoras, através da participação de técnicos de várias áreas fundamentais para o tema em questão e implementação de estratégias e ideias inovadoras, contribuindo, desta forma, para a melhoria do que já tem vindo a ser feito ao nível da prevenção da obesidade em crianças e adolescentes Portugueses.

Por seu lado, a avaliação é outro aspecto fulcral. Isto porque as intervenções não têm um efeito directo no comportamento, mas sim indirecto, através da sua influência em factores intermédios ou mediadores, podendo actuar-se sobre as condicionantes internas (p.ex., motivação, competências) ou externas (p.ex., oportunidades, exposição a factores de risco) que estimulem e/ou permitam ao indivíduo tomadas de decisão autónomas. Assim, é urgente perceber se de facto as intervenções implementadas estão a ter o efeito pretendido, ou se será necessário fazer adaptações/melhorias das mesmas, visando uma intervenção mais adaptada a cada população em particular. Só avaliando se conseguirá fazer esta adequação entre necessidades da população/características do programa, rentabilizando o melhor possível os recursos existentes e aumentando as probabilidade de sucesso do mesmo.

O presente estudo embora nos permita ter uma visão abrangente e sistemática sobre os programas e políticas no âmbito da prevenção da obesidade em crianças e adolescentes no nosso País, face ao número reduzido de publicações e literatura relacionada com os referidos programas e políticas, por vezes não foi possível aceder na totalidade às metodologias utilizadas e à avaliação dos resultados. A nível local são realizados, programas e projectos que não são incluídos no presente estudo.

Será de referir que para além desta avaliação e posterior adequação, a literatura parece indicar também um conceito fulcral a não esquecer no planeamento de novos programas, ou a acrescentar aos já existentes, nomeadamente a competência de auto-regulação, referenciada na literatura e abordada através do projecto TEMPEST. Esta pode constituir-se como uma variável complementar e/ou alternativa, sendo uma área extremamente importante de trabalho, que permite dotar crianças e jovens de capacidades de regulação dos seus impulsos, e, posteriormente, de opções mais saudáveis. Para além desta competência e uma vez que impera o desafio de se pensar em novas formas de abordar esta situação, a literatura sugere ainda novos cenários de intervenção em áreas vulneráveis para os jovens, tais como aumentar a capacidade de projectar consequências do comportamento actual para a saúde (a médio-longo prazo) e reforçar processos de autonomia e identificação com grupos de pares e/ou adultos que actuem como modelos sociais de comportamentos protectores para a saúde.

Referências

- Ahrens, W., Bammann, K., de Henauw, S., Halford, J., Palou, A., Pigeot, I., Siani, A., Sjöström, M., & European Consortium of the IDEFICS Project (2006). Understanding and preventing childhood obesity and related disorders-IDEFICS: a European multilevel epidemiological approach. *Nutrition, Metabolism, and Cardiovascular Diseases NMCD*, 16(4), 302-8.
- Blaine, B.E., Rodman, J., Newman, J.M. (2007). Weight loss treatment and psychological well-being: a review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 12, 66-82.
- Branca, F. (2007). A charter on obesity. *European Journal of Public Health*, 17, 117-118.
- Brug, J., Van Lenthe, R., & Kremers, S.P.J. (2006). Revisiting Kurt Lewin. How to gain insight into environmental correlates of obesogenic behaviors. *American Journal of Preventive Medicine*, 31, 525-529.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation behaviour*. New York: Cambridge University Press.
- Chopra M, Galbraith S, Darnton-Hill I. (2002). A global response to a global problem: the epidemic of over nutrition. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, (12), 952-958.
- Darling, H., Reeder, A.I., McGee, R., & Williams, S. (2006). Disposable income, and spending on fast food, alcohol, cigarettes, and gambling by New Zealand secondary school students. *Journal of Adolescence*, 29, 837-843.
- De Ridder, D. & De Wit, J. (2006). Self-regulation in health behavior: Concepts, theories and central issues. In De Ridder, D. & De Wit, J. (Eds), *Self-regulation in health behaviour* (pp. 3-23). England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Dietz, W.H. (1998). Childhood weight affects adult morbidity and mortality. *Journal of Nutrition*, 128, S411-414.
- Direção Geral de Saúde (2004). *Circular Informativa nº09/DGCG, de 25/03/04. Obesidade como Doença Crónica*. [WWW Document]. URL: http://static.publico.clix.pt/docs/pesoemedia/DGS_Circular_Informativa-Obesidade_como_Doenca_Cronica_2004.pdf
- Do Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L., Myatt, J & Galvão-Teles, A. (2008). Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obesity Reviews*, 9, 11-19.
- Egger, G., & Swinburn, B. (1997). An 'ecological' approach to the obesity pandemic. *British Medical Journal*, 315, 477-480.
- Elfhag, K. & Rossner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*, 6, 67-85.
- European Commission (30 May, 2007). White paper on a strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues. Online access: doi: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/keydocs_nutrition_en.htm

- Faith, M.S., Fontaine, K.R., Baskin, M.L., & Allison, M.L. (2007). Toward the reduction of population obesity : Macrolevel environmental approaches to the problems of food, eating, and obesity. *Psychological Bulletin*, 133, 205-226.
- Flegal, K. M., Carroll, M. D., Ogden, C. L., & Johnson, C. L. (2002). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *Journal of the American Medical Association*, 288(14), 1723-1727.
- Flodmark, C.E., Lissau, I., Moreno, L.A., Pietrobelli, A., & Widhalm, K. (2004). New insights into the field of children and adolescents' obesity : The European perspective. *International Journal of Obesity*, 28, 1189-1196.
- Flodmark, C.E., Ohlsson, T., Ryden, O., & Sveger, T. (1993). Prevention of progression to severe obesity in a group of obese schoolchildren treated with family therapy. *Pediatrics*, 91(5), 880-4.
- Gestsdottir, S. & Lerner, R. M. (2008). Positive development in adolescence: The development and role of intentional self-regulation. *Human Development*, 51, 202-224.
- Gibbons, R.X., Gerrard, M., & Lane, D.J. (2003). A social reaction model of adolescent health risk. In J. Suls & K.A. Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness*, (pp. 107-136). Malden, MA: Blackwell.
- Hill, J.O., Wyatt, H.R., Reed, G.W., & Peters, J.C. (2003). Obesity and the environment: Where do we go from here? *Science*, 299, 853-855.
- Janssen, I., Katzmarzyk, P.T., Boyce, W. F., Vereecken, C., Mulvihill, C., Roberts, C., Currie, C., Pickett, W., & The Health Behaviour in School-Aged Children Obesity Working Group (2005). Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obesity Reviews*, 6, 123-132.
- Klepp, K.I., Pérez-Rodrigo, C., De Bourdeaudhuij, I., Due, P.P., Elmadfa, I., Haraldsdóttir, J., König, J., Sjostrom, M., Thórsdóttir, I., Vaz de Almeida, M.D., Yngve, A., & Brug, J. (2005). Promoting fruit and vegetable consumption among European schoolchildren: rationale, conceptualization and design of the pro children project. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 49(4), 212-20.
- Lobstein, T., & Frelut, M.L. (2003). Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity Reviews*, 4, 195-200.
- Maciejewski, M.L., Patrick, D.L. & Williamson, D.F. (2005). A structured review of randomized controlled trials of weight loss showed little improvement in health-related quality of life. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58, 568-578.
- Magarey, A.M., Daniels, L.A., Boulton, T.J., & Cockington, R.A. (2003). Predicting obesity in early adulthood from childhood and parental obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 27, 505-513.
- Martinez-Gonzalez, M. A., Varo, J. J., Santos, J. L., De Irala, J., Gibney, M., Kearney, J., & Martinez, J. A. (2001). Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(7), 1142-1146.
- Mueller, U. (2008). The development of self-regulation: Psychological and neuropsychological perspectives.

- OMS (2006). *Obesidade E Excesso De Peso*. Organização Mundial de Saúde.
- Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P. & Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9 year-old portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002. *American Journal of Human Biology*, 16(6): 670-678.
- Palmeira, A. L., Markland, D.A., Silva, M.N., Branco, T.L., Martins S.C., Minderico, C.S., Vieira, P.N., Barata, J.T., Serpa, S.O., Sardinha, L.B. & Teixeira, P.J. (2009). Reciprocal effects among changes in weight, body image, and other psychological factors during behavioral obesity treatment: a mediation analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6, 9.
- Pasanisi, F., Contaldo, F., de Simone, G., & Mancini, M. (2001). Benefits of sustained moderate weight loss in obesity. *Nutrition, Metabolism, and Cardiovascular Disease*, 11(6), 401-406.
- Peters, J.C., Wyatt, H.R., Donahoo, W.T. & Hill, J.O. (2002) From instinct to intellect: the challenge of maintaining healthy weight in the modern world. *Obesity Reviews*, 3, 69-74.
- Pinel, J.P.J., Assanand, S., & Lehman, D.R. (2000). Hunger, eating, and ill health. *American Psychologist*, 55, 1105-1116.
- Pietrobelli, A., Flodmark, C.E., Lissau, I., Moreno, L.A., & Widhalm, K. (2005). From birth to adolescence: Vienna 2005 European Childhood Obesity Group International Workshop. *International Journal of Obesity (Lond)*, 29(2), S1-6.
- Raynor, H.A., & Epstein, L.H. (2001). Dietary variety, energy regulation, and obesity. *Psychological Bulletin*, 127, 325-341.
- Sheldon, G., Williams, G., Joiner, T. (2003) *Self-determination theory in the clinic - Promoting physical and mental health*. New Haven: Yale University Press.
- Swinburn, B., Egger, G., & Raza, F. (1999). Dissecting obesogenic environments: The development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*, 29, 563-570.
- Teixeira, P.J., Going, S.B., Sardinha, L.B. & Lohman, T.G. (2005). A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obesity Reviews*, 6(1), 43-65.
- USDHHS, *Clinical Guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults* (1998), NIH-National Heart, Lung, and Blood Institute. Bethesda, MD.
- Vidal, J. (2002). Updated review on the benefits of weight loss. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 26(Suppl 4), S25-28.
- Wadden, T.A., K.D. Brownell and G.D. Foster (2002), Obesity: responding to the global epidemic. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 70 (3), 510-25.
- World Health Organization-WHO (2007). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*.
- World Health Organization-WHO (1998), *Obesity. Preventing and Managing the Global Epidemic*. Geneve: World Health Organization.

- Widhalm, K., & Fussenegger, D. (2005). Actions and programs of European countries to combat obesity in children and adolescents: A survey. *International Journal of Obesity*, 29, S120-S135.
- Zimmerman, J. (2002). Achieving academic excellence: A self-regulatory perspective. In M. Ferrari (Ed.). *The pursuit of excellence through education* (pp. 85-110). New Jersey: Erlbaum.