

## VISÃO DOS ESPECIALISTAS SOBRE O CONTROLO DO PESO COM ADOLESCENTES NUM CONTEXTO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO

### EXPERTS VIEW ON WEIGHT CONTROL WITH ADOLESCENTS IN A HOSPITAL AND ACADEMIC SETTING

Susana Veloso

*Faculdade de Motricidade Humana/Universidade Técnica de Lisboa  
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias*

Margarida Gaspar de Matos

*Faculdade de Motricidade Humana/Universidade Técnica de Lisboa  
Celeste Simões*

*Faculdade de Motricidade Humana/Universidade Técnica de Lisboa  
António Palmeira*

*Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias*

José Alves Diniz

*Faculdade de Motricidade Humana/Universidade Técnica de Lisboa*

Endereço para correspondência:

Rua General Leman, 20 3º; 1600-102 Lisboa

Tel 217 936 223; 964 200 434; Email: [veloso.susana@gmail.com](mailto:veloso.susana@gmail.com)

**Resumo:** A análise do funcionamento de programas de intervenção na comunidade representa uma necessidade emergente no contexto da epidemia da obesidade pediátrica. O objectivo deste estudo qualitativo foi analisar a visão de

especialistas (pediatra, fisiologistas do exercício e psicólogo) intervenientes num programa de controlo de peso com adolescentes resultante duma parceria entre um hospital público e uma universidade privada. A análise das entrevistas sobre as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças (SWOT), revelou como forças do programa, as bases científicas nas quais foi estruturado e implementado, a relação estabelecida com os participantes e os recursos disponibilizados; como fraquezas, algumas falhas de eficiência, de supervisão, no controlo da avaliação e nas estratégias de adesão; como oportunidades, novas parcerias institucionais e mediação; e finalmente como ameaças, a sustentabilidade dos recursos humanos e o financiamento. A discussão foca as necessidades específicas no planeamento de programas nesta área e população resultantes da análise de dados, reforçando algumas recomendações recentes, mas especificando novas estratégias à luz da Teoria da Auto-determinação na procura de programas sustentáveis que visem a mudança de estilos de vida e simultaneamente o bem-estar psicológico dos jovens.

**Palavras-chave:** análise qualitativa; programa controlo do peso; adolescentes; teoria da auto-determinação

**Abstract:** The analysis of the impact of intervention programs in the community represents an emerging need in the context of pediatric obesity epidemic. The purpose of this qualitative study was to analyze the view of specialists (pediatricians, exercise physiologists and psychologists) involved in a weight management program with adolescents resulting from a partnership between a public hospital and a private university. The analysis of interviews about the strengths, weaknesses, opportunities and threats (SWOT), revealed as program forces, the scientific basis on which it was developed and implemented, the relationship established with the participants and the resources available; as weaknesses, some failures in efficiency, in supervision, in evaluation, and adherence strategies; as opportunities, new institutional partnerships and media coverage; and finally as threats, the sustainability of human resources and finance. The discussion focuses on the specific needs in planning programs in this area and population resulting from analysis of data, reinforcing some recent recommendations, but specifying new strategies based on Self-determination Theory, searching for sustainable programs focusing lifestyles change and simultaneously the psychological well-being of young people.

**Key-words:** qualitative analysis; weight control program; adolescents; self-determination theory

## Agradecimentos

Esta investigação realizada no âmbito de um programa de doutoramento

foi financiada por uma bolsa de doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia para o primeiro autor (SFRH/BD/31231/2006/J0423667I06). Os autores gostariam de agradecer aos parceiros que possibilitaram este estudo: o Centro de Estudos de Exercício e Saúde da Universidade Lusófona, à consulta de Obesidade Pediátrica do Departamento da Criança e da Família do Hospital de Santa Maria do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, e a toda a equipe técnica que colaborou no programa de controle de peso. Pretende-se ainda destacar a contribuição do Projecto Aventura Social da Universidade Técnica de Lisboa e do Centro de Malária e Doenças Tropicais da Universidade Nova, pelo apoio prestado durante todo o trabalho de pesquisa e análise de dados. Finalmente agradecemos aos especialistas que se disponibilizaram a participar nesta investigação.

## **Introdução**

Reconhecida como epidemia de saúde pública pela OMS em 1998, a obesidade tem sido alvo de uma vasta investigação. No contexto particular da obesidade pediátrica, as evidências científicas para o que funciona melhor na gestão do excesso de peso e obesidade em criança e adolescente, é limitada (Finkelstein & Trogon, 2008; Luttikhuis et al., 2009; Tsiros, Sinn, Coates, Howe, & Buckley, 2008; Whitlock, O'Connor, Williams, Beil, & Lutz, 2008). O seu combate eficaz, deve envolver vários níveis na prevenção e tratamento, nomeadamente, a família, a escola, o sistema de saúde, o governo, a indústria, os media (Pietrobelli, Espinoza, & De Cristofaro, 2008), e todas estas áreas necessitam de investigação (Luttikhuis et al., 2009). Estudos de revisão mostram que as intervenções combinadas focadas no estilo de vida com crianças e adolescentes, em comparação com o tratamento clínico habitual ou uma auto-ajuda, podem produzir uma redução do peso significativa e clinicamente válida (Finkelstein & Trogon, 2008; Luttikhuis et al., 2009; Tsiros et al., 2008; Whitlock et al., 2008). Segundo a revisão de August e colaboradores (2008), as componentes de uma intervenção no estilo de vida devem ser um aumento da actividade física, uma diminuição dos hábitos sedentários, combinadas com a mudança de comportamentos e envolvimento dos pais.

As recomendações para a investigação e prática profissional da Sociedade de Medicina Comportamental americana com vista a inverter o problema da obesidade infantil, resumem-se na necessidade de (1) realizar uma ampla análise do potencial das políticas, programas e estratégias práticas através dos níveis socioecológicos, (2) utilização de abordagens em equipa, que incluam várias disciplinas e perspectivas, (3) ampliar os métodos e medidas utilizadas para demonstrar o valor dos programas de tratamento ou prevenção da obesidade infantil (4), uso integrado de parcerias investigação e prática, e (5) avaliar explicitamente o potencial das estratégias de intervenção para reduzir as disparidades em saúde

(Estabrooks, Fisher, & Hayman, 2008). É neste sentido que este estudo foca a opinião de vários especialistas interlocutores de um programa de intervenção comunitário que reuniu: parceiros públicos e privados, investigação e prática, métodos quantitativos e qualitativos, uma equipa multidisciplinar e procurou ainda aplicar perspectivas teóricas com evidência científica reconhecida na área da mudança comportamental em saúde (Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008) como é o caso da teoria da auto-determinação (Deci & Ryan, 1985).

A aplicação da teoria da auto-determinação aos comportamentos de saúde tem mostrado resultados consistentes e interessantes na mudança e manutenção de estilos de vida, tais como cessação tabágica, regulação da dieta, uso de medicação (Ryan et al., 2008), assim como a adesão ao exercício (Wilson, Mack, & Grattan, 2008). O suporte das necessidades psicológicas básicas dos pacientes (competência, autonomia, e relacionamento positivo) durante o processo de assistência à sua saúde, permite que estes adiram mais ao tratamento e mantenham as mudanças a longo prazo (Ryan et al., 2008). De facto, apesar da complexidade e avanços dos cuidados de saúde, o comportamento humano desempenha um papel fundamental na eficácia da maioria dos tratamentos, sendo a motivação dos clientes um elemento crucial que recebe cada vez mais atenção nas abordagens sobre o aconselhamento (R. M. Ryan, Lynch, Vansteenkiste, & E. L. Deci, 2010).

A teoria da auto-determinação conceptualiza a motivação ao longo de um continuum de autonomia relativa, desde uma regulação ou motivação mais controlada do comportamento até uma mais autónoma, que representa o grau de internalização da regulação do comportamento até à adopção dum verdadeiro sentido de vontade e escolha (Ryan & Deci, 2002). À medida que o comportamento se torna mais regulado de forma autónoma ou auto-determinada, torna-se possível a satisfação das três necessidades psicológicas básicas e consequentemente o sentimento generalizado de bem-estar e saúde (Deci & Ryan, 2008).

A investigação da teoria da auto-determinação identificou três factores contextuais interpessoais que facilitam a satisfação destas necessidades: o suporte autónomo (atenção empática de figuras significativas que reconhecendo a exigência e desafio da mudança, fornecendo racionais para a mudança sem pressionar, proporcionando escolhas); a estrutura (feedback preciso e realista das figuras significativas em relação ao resultado do comportamento e suas contingências); e o envolvimento (compromisso genuíno das figuras significativas com o apoio e bem-estar dos sujeitos-alvo) (Grolnick, Deci, & Ryan, 1997; Grolnick, Price, Beiswenger, & Sauck, 2007). Segundo Wilson e colaboradores (2008) o uso das três estratégias em conjunto é mais susceptíveis de promover a motivação autónoma e a satisfação das necessidades psicológicas básicas, desencorajando formas controladas de regular o comportamento. Desta forma, os profissionais de saúde podem aumentar a sua eficácia, melhorando não só a progresso do paciente, mas simultaneamente aproximando-se duma ética que promove a responsabilidade do paciente pela sua saúde, ou seja, que decide e trata-se de forma autónoma (Resnicow et al., 2008; Ryan et al, 2010).

Recentemente, nas pesquisas sobre as abordagens de aconselhamento, existe um consenso quanto à necessidade de respeitar a autonomia do cliente num clima de envolvimento e colaboração (Ryan et al, 2010). A motivação autónoma dos pacientes ou participantes é um foco legítimo do aconselhamento, quer como processo ou resultado, e o suporte autónomo do técnico garante simultaneamente os princípios éticos de respeito pela pessoa do sujeito (Lynch, Vansteenkiste, Deci & Ryan, 2011).

Os técnicos de saúde no terreno representam um importante nível de atuação no problema da obesidade, pois para além da ineficácia dos programas pediátricos (Luttikhuis et al., 2009), estudos mostram a necessidade de desenvolver currículo específico nesta área na formação dos diversos técnicos (Tucker, Irwin, Sangster Bouck, He, & Pollett, 2006; Goff, Holmboe, & Curry, 2006; Stewart Chapple, Hughes, Poustie & Reilly, 2008). É o caso dos pediatras, que sendo um importante recurso dos serviços de saúde, relatam frustração (80%) com a sua ineficácia no tratamento da obesidade (Jelalian, Boergers, Alday & Frank, 2003) e reportam baixa confiança na sua capacidade de aconselhamento para a motivação e mudança de comportamentos na gestão do peso (Kolagotla, Adams, 2004; Perrin, Flower, Garrett, Ammerman, 2005). Também é o caso dos dietistas, que segundo a opinião dos pais de crianças em tratamento para o excesso de peso, mostram preferência pelos dietistas com treino em técnicas de modificação comportamental (vs dietistas que usam o modelo de consulta tradicional), considerando-os mais “amigáveis” para as crianças, assumindo uma relação de parceria (Stewart et al., 2008). Dezassexis directores de programas de formação para pediatras também reconheceram que o treino oferecido na área da obesidade era pouco estruturado (Goff, et al., 2006).

A emergência das respostas eficazes contra a obesidade pediátrica está patente num estudo que mostrou que as crianças com excesso de peso têm menos saúde e mais condições crónicas, mas os mesmos gastos em saúde que as crianças de peso normal (Skinner, Mayer, Flower & Weinberger, 2008). Os mesmos autores alertam para a necessidade de estudos sobre, o acesso adequado aos cuidados de saúde pelas crianças com excesso de peso, o conhecimento dos médicos do impacto do problema e os recursos que estes têm para lidar com a obesidade pediátrica.

A análise SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, threats) acrónimo de forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, é uma ferramenta desenvolvida para a análise estratégica oriunda do marketing, que consiste no confronto entre o desenvolvimento externo e as capacidades internas de uma organização, com vista ao seu desenvolvimento futuro (Pickton & Wright, 1998). Dada a natureza complexa dos sistemas de saúde modernos, tem vindo a ser aplicada pelos gestores de saúde devido à concorrência e necessidade de auto-regulação estratégica das organizações de cuidados de saúde em muitos países europeus (van Wijngaarden, Scholten, van Wijk, 2010; Camden, Swaine, Tetreault, Bergeron, 2009; Christiansen, 2002). Vários estudos mostram que a capacidade

de esta técnica permitir aos profissionais de saúde maior eficácia na análise e implementação de melhorias nos cuidados de saúde (Casebber, 1993). É o exemplo da reorganização de um programa de reabilitação pediátrica, cujas respostas de 36 prestadores de cuidados de saúde a um questionário SWOT acerca do modelo de atendimento existente, auxiliaram o desenvolvimento de um novo modelo de prestação de serviços por uma comissão de planeamento, que reconheceu a utilidade da análise SWOT (Camden et al., 2009). Outra análise SWOT da forma como os cuidados de saúde primários lidam com os problemas de saúde mental comuns, concluiu necessidades que podem ser transferidas para o contexto da obesidade pediátrica: os doentes respondem positivamente a um papel mais pró-activo dos médicos; há necessidade de integrar módulos de ensino na prática geral para ajudar a lidar com várias manifestações de stress psicológico; os módulos incluem vídeos que demonstram os modelos de tratamento como, a resolução de problemas, assim como o ensino de novas competências através de role-playing; questionários de auto-resposta para os pacientes; e supervisão e feedback de vídeos de consulta em pequenos grupos. Este estudo permitiu desenvolver um currículo de internato de psiquiatria obrigatório de três meses, orientado para a aquisição de competências (van Marwijk, 2004). Ao contrário destes, outro estudo que investigou a adequação da análise SWOT, concluir que esta análise, na sua forma actual, não é uma ferramenta adequada para análise estratégica em saúde em muitos países europeus (van Wijngaarden, et al., 2010). Os autores sugerem um modelo alternativo, “análise-SWOT revista” para o sector da saúde, baseado na noção de que os cuidados de saúde são organizações profissionais em rede. O novo modelo não faz distinção rigorosa entre factores internos e externos, pois consideram que a gestão estratégica, mais do que um planeamento racional, é uma análise da forma como interagem: os recursos de aprendizagem da organização, as expectativas das partes interessadas (agentes, parceiros da rede) e os factores contextuais, sendo estes os três pilares principais (van Wijngaarden et al., 2010).

As evidências sobre os programas comunitários sustentáveis para prevenir ou reduzir a obesidade na infância e adolescência são surpreendentemente escassas. Contrariando esta tendência um estudo piloto, com objectivo desenvolver programas, competências e evidência necessária para atenuar ou inverter esta epidemia, desenvolveu um projecto de prevenção (Sentinel Site Obesity) baseado em parcerias entre as universidades e as instituições de saúde, educação e órgãos do governo local numa região da Austrália (Bell, Simmons, Sanigorski, Kremer, Swinburn, 2008). Os princípios de multi-estratégia, intervenções multi-contextuais, desenvolvimento das capacidades da comunidade, avaliação dos programas e monitorização da população, são a chave do projecto. Estes foram aplicados em três programas dirigidos a diferentes faixas etárias (2-5 anos, 5-12 anos e 13-17 anos) que obtiveram financiamento, e que tinham em comum: a participação da comunidade ficando proprietária do programa; um período de intervenção de pelo menos três anos, avaliações completas do impacto



(comportamentos) e medidas de resultado (antropometria), e finalmente a possibilidade de comparação com a população representativa da mesma região. Este estudo pretendeu estimular a acção, pois as iniciativas de parcerias público-privado são uma resposta relativamente recente para a pandemia da obesidade (Bell et al., 2008). Outro estudo que procurou explorar diferentes visões sobre o mercado de vida saudável (especialmente o privado ou público-privado) destinadas a atingir os jovens, concluiu que estas iniciativas e parcerias público-privadas podem aumentar a probabilidade de comercialmente, o mercado de estilo de vida saudável (comida saudável e actividade física) ter uma contribuição positiva para inverter o problema da obesidade nos jovens (Kraak, Kumanyika, Story, 2009). A exploração do potencial do sector de actividade focado nas horas extra-escolares das crianças para promoção da actividade física, foi alvo de um estudo que após avaliar as necessidades, desenvolveu estratégias em parceria com um comité consultivo desse sector que implementou durante 12 meses (Sangster, Eccleston, Porter, 2008). As estratégias incluíram: feedback e apoio para melhorar os programas e as políticas de actividade física existentes, treino de pessoal (staff); distribuição de recursos, e subsídios para os serviços menos favorecidos. Os resultados mostraram melhorias na proporção de actividade física, moderada e intensa, programada em cada semana; alteração da intensidade das actividades praticadas pelas crianças de baixa para intensa; aumento do número de serviços com programas de actividade física planeada e com políticas adequadas (Sangster et al., 2008).

Constatando a falta de estudos na população portuguesa, a necessidade de intervenção e investigação a vários níveis para enfrentar a epidemia da obesidade pediátrica, a ineficácia dos programas e a falta de evidências científicas sobre o que funciona melhor na gestão do excesso de peso e obesidade em adolescente, elaborou-se o presente estudo exploratório. Pretendeu-se analisar a opinião dos especialistas acerca dum programa de cariz comunitário resultante duma parceria publico-privada e, procurando à luz dos conceitos teóricos da teoria da auto-determinação, obter implicações para o planeamento de programas nacionais mais adequados a esta população.

## **Método**

### **Participantes**

Os participantes entrevistados são quatro especialistas intervenientes num programa de controlo do peso com adolescentes realizado através de um protocolo entre um hospital público e uma universidade privada: uma pediatra (do hospital), uma fisiologista do exercício especialista em prescrição do exercício, outro especialista em motivação para o exercício e uma psicóloga do desporto e das actividades físicas (os três da universidade). Estes sujeitos foram identificados como pessoas-chave no programa, quer por estarem responsáveis

pela sua implementação, quer pelo contacto próximo que estabeleceram com os adolescentes e encarregados de educação ao longo do programa.

### **O programa de intervenção**

O programa “JEEP3” (Jovens em Exercício Para a Perda de Peso), dirigido para 33 adolescentes (dos 10-17 anos) teve a duração de quatro meses e consistiu: no acompanhamento em ambulatório numa unidade de saúde terciária onde recebiam consultas com pediatra, dietista e fisiologista do exercício em cada visita (somando três visitas em quatro meses); na prática de exercício físico em ginásio de cardiofitness, pelo menos três vezes por semana em horário livre (sendo pelo menos uma sessão com treino personalizado); e na participação em sessões educativas interactivas quinzenais para os adolescentes e para os seus encarregados de educação (umas separadas outras conjuntas), focadas na mudança de comportamentos alimentar e de actividade física e na promoção da imagem corporal. Estas duas últimas actividades foram realizadas numa universidade privada perto da zona de localização do hospital. Ocasionalmente foram ainda realizadas actividades outdoor de dinâmica de grupo com os adolescentes e seus pais. A taxa de retenção do programa foi 75,8%. No final dos quatro meses os participantes continuavam em follow up na consulta hospitalar e poderiam continuar a frequentar o ginásio autonomamente.

### **Instrumentos**

O presente estudo exploratório utilizou uma entrevista estruturada de acordo com o modelo de análise SWOT apresentado na figura 1, o integra as questões efectuadas aos especialistas relativas ao programa “JEEP3” (Jovens em Exercício Para a Perda de Peso).



**Figura 1 - Questões-chave da Análise SWOT**

Factores internos		Positivo	Negativo
(Organização)			
Forças (Strengths)	Fraquezas (weakness)		
O que é que fazem excepcionalmente bem? Que vantagens têm?	O que podem fazer melhor?		
Quais as vossas competências e recursos mais valiosos?	Em que aspectos são criticados ou recebem queixas/reclamações?		
O que é que os membros/utentes identificam como sendo os vossos pontos fortes?	Onde são vulneráveis?		
S	W		
Oportunidades (Opportunities)	Ameaças (Threats)		
O	T		
Que oportunidades já conhecem e que não aproveitaram?	Que obstáculos externos existem que impedem o vosso progresso?		
Estarão a emergir caminhos através dos quais se poderem capitalizar? Identifique-os.	Haverá mudanças significativas a ocorrer nos recursos humanos? Identifique-as.		
	Haverão situações económicas que estão a afectar a vossa viabilidade financeira? Identifique-as		
Factores externos			
(Ambiente)			

### Procedimento

As entrevistas SWOT foram realizadas individualmente nos locais de trabalho de cada especialista (hospital e universidade) no final do programa de controlo de peso (Julho de 2008). Foi apresentado o objectivo do estudo, obtido o consentimento informado e solicitado a cada participante que expressasse a sua opinião de forma sincera e aberta em resposta a cada questão relativamente ao programa, não havendo respostas certas ou erradas. Foi dado um limite de duas respostas por questão, de forma equilibrar o volume de respostas de cada sujeito. As respostas foram anotadas pelo investigador para a posterior análise de conteúdo.

## Análise de dados

Os dados das entrevistas foram analisados de acordo com as unidades da análise SWOT (forças, fraquezas, oportunidades e ameaças) e através da análise de conteúdo qualitativa foram estabelecidas categorias, esgotando todas as respostas dos especialistas (ver quadro 1). A análise de conteúdo é um método clássico de análise de dados qualitativos escritos, que procura reduzir o material qualitativo utilizando categorias, que podem ser resultantes de modelos teóricos, permitindo interpretar os resultados face à problemática da investigação (Mayring, 2002). Consiste na redução do material, neste caso das entrevistas, pela condensação das afirmações em formulações mais gerais, no sentido de sintetizar o material a um nível de abstracção mais alto (Mayring, 2002). Todas as categorias criadas cumpriram as regras da análise de conteúdo, sendo exaustivas, exclusivas, objectivas e pertinentes para os objectivos do estudo (Flick, 2005). As respostas que não se enquadravam em nenhuma categoria ou apenas referidas por um dos especialistas foram classificadas como “respostas únicas” (ver quadro 1). A qualidade do estudo foi assegurada através da revisão de pares entre a equipa de investigadores e triangulação com outras fontes de informação (Matos et al, 2006).

**Quadro 1.** Subcategorias de análise de dados

<b>Categoria<sup>s</sup></b>	<b>Respostas mais frequentes</b>	<b>Respostas únicas</b>
<b>Forças</b>	<b>Qualidade da equipa coordenadora (22 r)</b>	
(sub-categorias)	Conhecimento científico/experiência (9 r)	
	Multidisciplinaridade (6 r)	
	Criatividade e estratégias inovadoras (5 r)	
	Motivação e comunicação (2 r)	
	<b>Relacionamento com participantes (7 r)</b>	
	<b>Recursos logísticos e materiais (3 r)</b>	
<b>Fraquezas</b>	<b>Falta de eficiência (9 r)</b>	
	<b>Estratégias de adesão (8 r)</b>	
	<b>Supervisão do treino (4 r)</b>	
	<b>Controlo da avaliação (4 r)</b>	
		“Não encontro oportunidades que não tenhamos agarrado”

<b>Oportunidades</b>	<b>Parceiros institucionais (8 r)</b>	
	<b>Mediação (3 r)</b>	"Fazer dos pais parte integrante do exercício (ex. aos sábados, treinam pais e filhos)"
<b>Ameaças</b>	<b>Falta de recursos humanos (10 r)</b>	"O facto de não termos um doutorado á frente do projecto, fecha-nos algumas portas"
	<b>Financiamento (7 r)</b>	"Ginásio pequeno e sobrelotado, entrando alguns participantes em conflito com sócios e instrutores" "Grande parte dos jovens mora longe de Lisboa (...) necessitem dos pais para os levar ao ginásio" "Falta de recursos na comunidade para dar resposta alternativa complementar à intervenção relativamente à adopção de estilos de vida saudáveis (escola, clubes, ...)" "Uma vez que contamos com o apoio e material da ULHT, não me parece que a viabilidade financeira seja um problema"

Legenda: r = número de respostas dadas em cada categoria

## Resultados

Os resultados apresentados em seguida resumem as opiniões dos diversos especialistas dentro de cada unidade de análise e de acordo com as categorias identificadas, acrescentando-se citações seleccionadas para as ilustrar.

### Forças

Os aspectos mais referidos como forças do programa podem ser reunidos em duas categorias principais, a qualidade da equipa coordenadora e outros o relacionamento com os participantes. Uma categoria relativa aos recursos materiais e logísticos foi identificada apesar de não ser unânime.

#### *Qualidade da equipa coordenadora*

Esta categoria pode dividir-se em quadro subcategorias (ver quadro 1): as mais frequentes, como o conhecimento com bases científicas e experiência da

equipa na área da obesidade e com adolescentes, a multidisciplinaridade e a criatividade e inovação na apresentação de novas soluções; e as menos citadas, como a motivação e comunicação entre os membros.

“O conhecimento acumulado na intervenção e investigação dos técnicos responsáveis pelas áreas de psicologia, exercício e pediatria”;

“Criativos na procura de soluções (ex: actividades outdoor; colónia de férias)”;

“Foco principal na promoção de estilos de vida saudáveis e bem-estar e não na perda de peso”;

“Integração na consulta e interdisciplinaridade que permite lidar melhor com a complexidade dos casos (comorbilidades fisiológicas e psicológicas) e necessidades socio-económicas”;

“A inclusão dos pais...permitiu intervir no meio familiar abrangendo dois níveis de intervenção”.

#### *Relacionamento com participantes*

A relação de confiança estabelecida com os participantes, quer com os adolescentes, quer com os seus pais, durante as consultas e as sessões interactivas, mas especialmente as de exercício físico, foi um aspecto realçado nas entrevistas.

“No contacto directo com os utentes e familiares, ... nas consultas e sessões”;

“Eles vêem-nos como... suporte social através da excelente relação que estabelecemos com eles”;

“Abordagem aos casos, clima na consulta, facilidade em criar empatia, relação de cooperação”;

“Agente de motivação para a mudança, credibilidade, suporte, compreensão, genuinidade”.

#### *Recursos logísticos e materiais*

Dois dos especialistas reconheceram os recursos materiais e logísticos (e.g., salas para formação, ginásio equipado, salas para exercício em grupo, salas para consultas, localização, etc) sem custos adicionais como uma das forças do programa, dada a sua relevância para a viabilidade e sustentabilidade do programa.

“A disponibilidade dos recursos materiais/logísticos (ginásio, salas de aulas e de consultas) sem custos adicionais”;

“Ginásio, sala de judo, espaço de consultas, salas de aulas para sessões de formação em grupo”;

“Ginásio próximo do hospital”.

## Fraquezas

Como fraquezas do programa foram referidos alguns aspectos mais consensuais como alguma falta de eficiência, a falta de supervisão do treino, o controlo na avaliação e a falta de estratégias de adesão.

### *Falta de eficiência*

As consultas que decorriam no hospital público, ao exigirem o contacto com especialistas das três áreas (pediatria, exercício, nutrição), obrigavam a um enorme tempo de espera, provocado também pelo enorme volume de casos que ocorrem àquele serviço para além dos participantes do programa. Este facto prejudicou o recrutamento em tempo útil, a disponibilidade para outras tarefas (e.g. maior supervisão dos técnicos do ginásio), e ainda duplicou alguma avaliação antropométrica e algum aconselhamento.

“Mais rápidos no recrutamento e formação de técnicos”;

“Tempo de espera nas consultas (tardes ou dias inteiros)”;

“O volume de casos dificulta uma maior personalização da intervenção”;

“Duplicação da avaliação (peso, altura, história clínica) e dos conselhos”;

“Horário de atendimento (diminuir o atraso na consulta)”.

### *Estratégias de adesão e motivação*

Foram identificadas algumas estratégias em falha para promover a adesão e a motivação dos utentes (os adolescentes, mas também os pais) principalmente aos treinos no ginásio e sessões interactivas em grupo.

“Aumentar o compromisso dos pais no início para diminuir falta de assiduidade às sessões...”;

“... acompanhamento dos que faltavam (contacto telefone)... dificuldade em apanhá-los”;

“Promover a autonomia e auto-regulação pela auto-monitorização”;

“Sessões muito maçudas e pouco lúdicas (para os adolescentes algumas são chatas)”;

“Deveríamos ter feito mais actividades outdoor (ex. ir correr para o jardim) e de grupo”.

### *Supervisão do treino*

A falta de treino personalizado aos participantes em todas as sessões de exercício semanais foi uma fraqueza unânime entre os especialistas. Apenas um treino por semana com técnicos especializado do programa era garantido, dada a incompatibilidade de horários.

- “O horário dos técnicos que acompanham os utentes no ginásio preencher todas as necessidades dos mesmos (deixar de ser só a certas horas e certos dias)”;
- “Pouco staff de exercício físico”;
- “Poucos Recursos humanos e ...”;
- “Funcionamento em regime de voluntariado”;
- “Controlo da actuação dos técnicos do ginásio”.

#### *Controlo da avaliação*

A avaliação da condição física, a antropometria e a psicometria foi uma das tarefas mais complicadas do programa, pela complexidade, pelo tempo e pelos recursos humanos exigidos num mesmo momento com diversos utentes.

- “Muitas avaliações (é chato para os miúdos)”;
- “Psicometria muito longa”;
- “Tempo necessário nas avaliações”;
- “Controlo da avaliação no timing, qualidade e quantidade (Não os apanhamos no momento ideal, somos vários a avaliar/diferenças entre avaliadores...)”.

### **Oportunidades**

As principais oportunidades referidas relacionam-se com a sustentabilidade do programa através de mais financiamento e/ou parceiros institucionais, a dinamização e mediatização.

#### *Parceiros institucionais*

Identificam-se oportunidades de estabelecer parcerias com instituições públicas e privadas com objectivos centrados na promoção da saúde e diminuição da obesidade.

- “Apoio da plataforma conta a obesidade (departamento governamental)”;
- “Procurar apoio financeiro de forma a manter os recursos e sustentabilidade”;
- “Candidatura à Fundação da Ciência e Tecnologia”;
- “....parcerias com ginásios”.

#### *Mediatização*

A divulgação do programa através de estratégias de marketing foi outra oportunidade identificada como forma de aumentar as possibilidades de obter financiamento com vista à sustentabilidade.

- “Dar-nos a conhecer aos media, publicidade, promover a imagem através do marketing”;
- “... passar a palavra a outros jovens que não conheçam o programa e podem usufruir”;

“Aumentar a amostra através de recrutamento nas escolas”.

### **Ameaças**

Esta foi a área em que as respostas foram mais diversificadas, pois apenas se notou algum consenso em torno da falta de recursos humanos e da falta de financiamento.

#### *Recursos humanos*

A impossibilidade de escolher os técnicos da área da nutrição na consulta do hospital representou uma fraqueza para todos os especialistas, pois a qualidade dos técnicos do serviço não preenchia os requisitos de exigência dos responsáveis do programa. Por outro lado, a falta de técnicos do programa a tempo inteiro no ginásio para apoio personalizado aos participantes e o funcionamento da consulta de exercício no hospital em regime de voluntariado são ameaças constantes à viabilidade do programa.

“Falta de técnico de nutrição mais especializado”;

“Falta de exclusividade dos técnicos envolvidos (...limita a sua disponibilidade)”;

“Colocar mais staff de exercício físico para ... melhor acompanhamento a esse nível”;

“Necessidade de equipa de fisiologistas do exercício para intervenção permanente na consulta”.

#### *Financiamento*

A falta de financiamento externo é visto como uma ameaça à manutenção do programa, assim como a falta de recursos humanos para o acompanhamento a tempo inteiro no ginásio.

“O clima financeiro externo não permitiu a aprovação de três projectos de financiamento”;

“Dificuldade em manter os recursos humanos que anualmente colaboram ...”;

“Falta de orçamento não dá possibilidade de manter o projecto ou mantê-lo nos mesmos moldes”;

“Financiamento para obter recursos humanos a tempo inteiro”.

### **Discussão**

A necessidade de intervenção e investigação a vários níveis para um combate mais eficaz à obesidade pediátrica e a falta de evidências científicas sobre o que funciona melhor na gestão do excesso de peso e obesidade em



criança e adolescente, motivou este estudo focado na opinião de especialistas que implementaram um programa de tratamento nesta área através de uma parceria público-privada. Os dados qualitativos foram analisados à luz das variáveis da teoria da auto-determinação (TAD), dado o reconhecimento empírico que tem recebido pela capacidade explicativa da motivação para a mudança a longo prazo dos comportamentos de saúde (Kropiski, Keckley, & Jensen, 2008).

Da análise dos resultados constata-se que as principais forças do programa identificadas pelos especialistas estão de acordo com as recomendações para o combate à obesidade pediátrica, nomeadamente, a abordagem em equipa multidisciplinar, a parceria investigação e prática (Estabrooks et al., 2008), e a aplicação das evidências científicas sobre o que funciona melhor, como o foco nos estilos de vida saudáveis (e não tanto no peso) e o envolvimento dos pais (Finkelstein & Trogon, 2008; Luttikhuis et al., 2009; Tsiros et al., 2008; Whitlock et al., 2008; August et al., 2008). As outras forças do programa referidas, boa comunicação entre os coordenadores, mas principalmente a boa relação com os participantes, corroboram o modelo da TAD, dado que um ambiente do staff facilitador da satisfação das necessidades psicológicas básicas (competência, autonomia e relacionamento positivo) durante o programa (neste caso, nas consultas, nas sessões e no ginásio) permite que estes adiram mais ao tratamento e mantenham as mudanças no comportamento (Ryan et al., 2008). Mesmo que a interação positiva do staff com os participantes tenha promovido essencialmente o sentimento de valorização e ligação significativa com os outros (ou seja, a necessidade básica relacionamento positivo) e não tanto a autonomia e competência, estudos mostram, por exemplo no contexto do exercício, que os participantes que mais aderiram a um programa de exercício estruturado demonstraram uma subida significativa do relacionamento positivo em comparação com os participantes com menor adesão (Edmunds, Ntoumanis, Duda, 2007); e que parece existir um papel saliente do relacionamento positivo na adopção duma regulação motivacional mais autodeterminada para o exercício (Edmunds, Duda, Ntoumanis, 2005). No entanto, noutro estudo, esta saliência só obtém evidência para as fases iniciais da mudança (Noar & Zimmerman, 2005). Ou seja, a importância da criação de um clima de envolvimento positivo entre participantes e staff parece ser uma estratégia importante, pelo menos, nas fases iniciais da mudança.

No que diz respeito às fraquezas do programa os sujeitos especialistas referem aspectos que, de acordo com a TAD, aumentam a pressão sobre os participantes (e.g. falta de eficiência pelo tempo de espera em consulta e duplicação do aconselhamento), diminuem as oportunidades de suporte autónomo do staff (e.g. pouca supervisão do treino e falta de estratégias de adesão) e minam o desenvolvimento das formas de regulação autónoma (e.g. pouco controlo da avaliação e feedback da mesma), nomeadamente a motivação intrínseca, pela diminuição da satisfação ou divertimento. Ou seja, todos factores que prejudicam a adesão ao programa e consequentemente a

mudança e manutenção dos comportamentos do estilo de vida saudáveis (Deci & Ryan, 2008; Ryan et al., 2008). Da mesma forma, esta falta de eficiência em algumas actividades do programa, como a duplicação de algum aconselhamento e de avaliação antropométrica, e ainda a complexidade da recolha de dados (antropométricos, da condição física e psicológicos) exerceram alguma pressão nos participantes (filhos e pais), representando condições do meio que reforçam a motivação regulada externamente, desencorajando as formas autónomas de regular o comportamento ou o processo de interiorização das mudanças, tal como estabelece a TAD (Chirkov, Ryan, Kim, & Kaplan, 2003; Wilson et al., 2008).

As outras fraquezas do programa referidas, que podem ter minado a motivação autónoma, foram a falta de treinos personalizados em todas as sessões semanais por falta de recursos humanos em todo o horário do ginásio e a falha nas estratégias de adesão, como a auto-monitorização e o contacto telefónico semanal aos adolescentes que faltavam. De facto, a oportunidade de criar um ambiente facilitador da satisfação das três necessidades psicológicas básicas, simultaneamente facilitador da regulação mais auto-determinada (neste caso, do comportamento de exercício) só é possível se o staff treinado nas estratégias interpessoais, suporte autónomo, estrutura e envolvimento, efectuar um acompanhamento minimamente regular dos participantes (Wilson et al., 2008). Nas sessões de treino em que não existia essa supervisão personalizada do treino, os participantes geriam sozinhos o seu próprio treino, não obtendo feedback suficiente e de acordo às estratégias da TAD dos técnicos do ginásio não pertencentes ao programa, certamente mais preocupados com os seus clientes habituais (adultos ou jovens adultos). A falha nas estratégias de adesão foi reconhecida pelos especialistas, pois a monitorização pelo staff da assiduidade ao ginásio e sessões, não forneceu um feedback contínuo aos participantes de forma a torná-los mais conscientes do seu comportamento e aumentar a oportunidade de o auto-regularem de acordo com os seus reais objectivos de mudança. Também o contacto via telefone para motivar os jovens e comprometer os pais com a sua assiduidade, não foi mantido com a regularidade necessária, pois na maioria das vezes o telefone não era atendido. Talvez até, alguns membros da equipa, tenham exercido alguma pressão externa, através de um estilo de comunicação mais informal e confrontativo face aos participantes mais irregulares, o que mais uma vez, pode ter reforçado formas controladas de regular o comportamento minando o processo de interiorização das mudanças de forma autónoma (Chirkov et al., 2003; Wilson et al., 2008).

A falta de controlo da avaliação (por ser excessiva, fora do timing, ter vários avaliadores), apesar de obedecer a um protocolo rigoroso baseado na evidência científica (Flynn, McNeil, Maloff, Mutasingwa, Wu, Ford & Tough, 2006), parece ser uma falha grave de acordo com as recomendações que referem como fundamental, ampliar os métodos e medidas utilizadas para demonstrar o valor dos programas de tratamento ou prevenção da obesidade infantil (Estabrooks et al., 2008), sendo considerada uma das chaves dos projectos de prevenção e/ou

intervenção (Bell et al., 2008; Kropski et al., 2008).

As oportunidades do programa relatadas pelos especialistas são essencialmente factores externos ao mesmo que podem aumentar a sua sustentabilidade e progresso, nomeadamente, o estabelecimento de parcerias com instituições públicas e privadas com vista ao financiamento e promoção dos recursos. Esta oportunidade está de acordo com um estudo que propôs um projecto de prevenção baseado em parcerias entre várias instituições (universidades, instituições escolares, de saúde e governamentais) para estimular a acção e contrariar a escassez de evidências nos programas comunitários sustentáveis para prevenir ou reduzir a obesidade pediátrica (Bell et al., 2008). Este estudo reconheceu as iniciativas público-privadas como uma resposta relativamente recente para a pandemia da obesidade. A mediatização do programa foi uma oportunidade referida pelos especialistas, que pode potenciar a sua viabilidade e sustentabilidade, ao aumentar a sua popularidade junto da comunidade e população-alvo, e ao sensibilizar as autoridades com responsabilidade na saúde pública para eventual apoio financeiro. Esta ideia pode ser suportada por Adler e colaboradores (2009) ao proporem o conceito de “justiça social”. Este traduz a dupla responsabilidade do indivíduo e sociedade na promoção da saúde, o indivíduo é responsável pelo controlo do seu próprio comportamento e a sociedade é responsável por providenciar ambientes promotores da saúde. Neste sentido, atrair os indivíduos e a sociedade, representada pelas instituições responsáveis, para a adesão a programas de prevenção e controlo da obesidade, parece ser uma oportunidade de desenvolvimento nesta área.

Finalmente, as ameaças referidas pelos especialistas apesar de representarem uma verdadeira limitação à qualidade e progresso do programa, parecem ter respostas nas oportunidades futuras identificadas, uma vez que a mediatização e procura de parcerias poderá ser a solução para recrutamento de mais técnicos e colaboradores, financiando o programa e suas actividades. Os recursos humanos do programa são essenciais para colocar em prática os princípios da TAD, pois as garantias de sucesso dependem da capacidade destes agentes de aplicar as estratégias. De facto, um estudo com raparigas adolescentes, mostrou que os sentimentos de afiliação e apoio aumentaram, ao longo dum programa de exercício estruturado, através do convívio com os outros participantes, tornou-se progressivamente mais importante à medida que o suporte autónomo foi diminuindo da parte dos instrutores, precisamente pela diminuição das oportunidades de contacto com estes (Edmunds et al., 2007). O mesmo estudo sugeriu como estratégia alternativa, quando os instrutores se mostraram incapazes de fornecer suporte e orientação regular aos participantes (precisamente devido aos constrangimentos de tempo) encorajar a interacção entre os participantes no contexto das sessões de exercício (Edmunds et al., 2007).

As respostas únicas dos especialistas oferecem algumas implicações para a prática. É o caso da ausência de um doutorado na coordenação do programa (apesar de todos eles estarem em fase de conclusão do mesmo) ter sido uma

barreira à obtenção de financiamento a entidades de apoio científico. As outras respostas únicas, que remetem para a questão dos recursos, alertam para a necessidade de mais parcerias entre entidades do sector da saúde, investigação, educação e o sector de actividade focado nas horas extra-escolares das crianças e adolescentes, especialmente virado para promoção da actividade física, tal como conclui o estudo de Sangster e colaboradores (2008) com resultados muito significativos.

Uma das limitações deste estudo foi a ausência de entrevista a um especialista da área da nutrição, componente essencial nos programas de mudança de estilos de vida saudáveis. A ausência do confronto dos especialistas com os resultados do estudo com vista a extrair própria análise estratégica com vista a definir implicações para a prática futura. Por outro lado, o confronto com os dados quantitativos do programa JEEP poderia ter enriquecido o estudo integrando dados de duas naturezas. O facto de não se adoptar o modelo SWOT revisto proposto por van Wijngaarden e colaboradores (2010) para sistemas de saúde, deve-se ao facto de este estudo integrar uma sequência de estudos quantitativos e qualitativos sobre o mesmo programa que no seu todo permitem a aplicação do modelo (e.g. grupos focais com os pais e adolescentes participantes, análise do efeito do programa após quatro meses) com vista ao planeamento estratégico futuro.

Podemos concluir que a análise SWOT permite obter dados relevantes para a reflexão sobre o que funciona melhor nos programas para a obesidade pediátrica com cariz comunitário. A análise resultante deste estudo parecem reforçar, por um lado, as recomendações nesta área resultantes das evidências científicas recentes, como a multidisciplinaridade, o foco nos estilos de vida saudáveis e o envolvimento dos pais. Por outro lado, evidenciam novas estratégias de acção com vista a uma maior mobilização da sociedade, através do estabelecimento de parcerias público-privadas entre entidades de vários sectores como saúde, educação, investigação, e particularmente, o sector das horas extra-escolar focadas na actividade física. Por fim, a relevância do clima e ambiente dos programas proporcionado pelo staff parece exigir grande cuidado no recrutamento dos técnicos, capazes de implementar estratégias facilitadoras das três necessidades psicológicas básicas e da auto-regulação autónoma, como é o caso do suporte autónomo, tal como estabelece a TAD.

## Referências

- Adler, N. E. & J. Stewart (2009). Reducing obesity: motivating action while not blaming the victim. *Milbank Q*, 87(1), 49-70.
- August, G. P., Caprio, S., Fennoy, I., Freemark, M., Kaufman, F. R., Lustig, R. H., et al. (2008). Prevention and treatment of pediatric obesity: an endocrine society clinical practice guideline based on expert opinion. *J Clin Endocrinol*

- Metab*, 93(12), 4576-4599.
- Bell, A. C., Simmons, A., Sanigorski, A. M., Kremer, P. J., Swinburn, B. A. (2008). Preventing childhood obesity: the sentinel site for obesity prevention in Victoria, Australia. *Health Promotion International*, 23(4), 328.
- Camden, C., Swaine, B. Tetreault, S., Bergeron, S. (2009). SWOT analysis of a pediatric rehabilitation programme: a participatory evaluation fostering quality improvement. *Disabil Rehabil*, 31(16), 1373-1381.
- Casebeer, A. (1993). Application of SWOT analysis. *Br J Hosp Med*, 49(6), 430-431.
- Chirkov, V., Ryan, R. M., Kim, Y., & Kaplan, U. (2003). Differentiating autonomy from individualism and independence: a self-determination theory perspective on internalization of cultural orientations and well-being. *J Pers Soc Psychol*, 84(1), 97-110.
- Christiansen, T. (2002). A SWOT analysis of the organization and financing of the Danish health care system. *Health Policy*, 59(2), 99-106.
- Deci, E, & Ryan, R. (2008). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182.
- Deci, Edward, & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Edmunds, J. K., Duda, J. L., Ntoumanis, N. (2005). *Psychological needs theories as predictors of exercise-related cognitions and affect among an ethnically diverse cohort of female exercise group participants*. Birmingham, The University of Birmingham, UK.
- Edmunds, J., Ntoumanis, N., Duda, J. L. (2007). Adherence and well-being in overweight and obese patients referred to an exercise on prescription scheme: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, 8, 722-740.
- Estabrooks, P. A., Fisher, E. B., & Hayman, L. L. (2008). What is needed to reverse the trends in childhood obesity? A call to action. *Ann Behav Med*, 36(3), 209-216.
- Finkelstein, E. P., & Trogdon, J. P. (2008). Public Health Interventions for Addressing Childhood Overweight: Analysis of the Business Case. *American Journal of Public Health*, 98(3), 411.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Flynn, M.; McNeil, D.; Maloff, B.; Mutasingwa, D.; Wu, M.; Ford, C. & Tough, S. (2006). Reducing obesity and related chronic disease risk in children and young: a synthesis of evidence with 'best practice' recommend. *Obesity Review*, 7 (Suppl.1), 7-66.
- Goff, S. L., Holmboe, E. S., & Curry, L. (2006). Barriers to obesity training for pediatric residents: a qualitative exploration of residency director perspectives. *Teach Learn Med*, 18(4), 348-355.
- Grolnick, W S, Price, C. E., Beiswenger, K. L., & Sauck, C. C. (2007). Evaluative pressure in mothers: effects of situation, maternal, and child characteristics on autonomy supportive versus controlling behavior. *Dev Psychol*, 43(4), 991-1002.
- Grolnick, Wendy S, Deci, Edward L, & Ryan, R. M. (1997). Internalization within the family: the self-determination theory perspective. In J. E. Grusec & L. Kuczynski (Eds.), (pp. 135-161). New York: John Wiley & Sons, Inc.



- Jelalian, E., Boergers, J., Alday, C. S., Frank, R. (2003). Survey of physician attitudes and practices related to pediatric obesity. *Clin Pediatr*, 42(3), 235-45.
- Kolagotla, L. & Adams, W. (2004). Ambulatory management of childhood obesity. *Obes Res* 12(2): 275-283.
- Kraak, V. I., Kumanyika, S. K., Story, M. (2009). The commercial marketing of healthy lifestyles to address the global child and adolescent obesity pandemic: prospects, pitfalls and priorities. *Public Health Nutr*, 12(11), 2027-2036.
- Kropski, J. A., Keckley, P. H., & Jensen, G. L. (2008). School-based obesity prevention programs: an evidence-based review. *Obesity (Silver Spring)*, 16(5), 1009-1018.
- Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2010). Autonomy as Process and Outcome: Revisiting Cultural and Practical Issues in Motivation for Counseling. *The Counseling Psychologist*, 39 (2), 286-302.
- Luttikhuis, O., Baur, L., Jansen, H., Shrewsbury, V., O'Malley, C., Stolk, R., et al. (2009). *Interventions for treating obesity in children*: Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. A., et al. (2006). *The health of Portuguese adolescents: today and in eight years. Preliminary report of 2005/06 HBSC survey*. Lisbon: FMH.
- Mayring, P. (2002). Qualitative Content Analysis. In U. Flick, E. V. Kardorff and I. Steinke (eds.). *Qualitative research: A handbook*. London: Sage.
- Noar, S. M., & Zimmerman, R. S. (2005). Health behaviour theory and cumulative knowledge regarding health behaviours: Are we moving in the right direction? *Health Education Research*, 20, 275-290.
- Perrin, E. M., Flower, K. B., Garrett, J., Ammerman, A. S. (2005). Preventing and Treating Obesity: Pediatricians' Self-Efficacy, Barriers, Resources, and Advocacy. *Ambulatory Pediatrics*, 5(3), 150-156.
- Pickton DW, Wright S. (1998). What's SWOT in strategic analysis? *Strat Change*, 7, 101-109.
- Pietrobelli, A., Espinoza, M. C., & De Cristofaro, P. (2008). Childhood obesity: looking into the future. *Angiology*, 59(2 Suppl), 30S-33S.
- Resnicow, K., Davis, R. E., Zhang, G., Konkell, J., Strecher, V. J., Shaikh, A. R., et al. (2008). Tailoring a fruit and vegetable intervention on novel motivational constructs: results of a randomized study. *Ann Behav Med*, 35(2), 159-169.
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10.
- Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., & Deci, E. L. (2010). Motivation and Autonomy in Counseling, Psychotherapy, and Behavior Change: A Look at Theory and Practice 17. *The Counseling Psychologist*, 39(2), 193-260.
- Stewart, L., Chapple, J., Hughes, A. R., Poustie, V., & Reilly, J. J. (2008). The use of behavioural change techniques in the treatment of paediatric obesity: qualitative evaluation of parental perspectives on treatment. *J Hum Nutr Diet*, 21(5), 464-473.
- Sangster, J., Eccleston, P., Porter, S. (2008). Improving children's physical activity

- in out-of-school hours care settings. *Health Promot J Austr*, 19(1), 16-21.
- Skinner, A. C., Mayer, M. L., Flower, K. & Weinberger, M. (2008). Health status and health care expenditures in a nationally representative sample: how do overweight and healthy-weight children compare? *Pediatrics*, 121(2), e269-277.
- Tucker, P., Irwin, J. D., Sangster Bouck, L. M., He, M., & Pollett, G. (2006). Preventing paediatric obesity; recommendations from a community-based qualitative investigation. *Obes Rev*, 7(3), 251-260.
- Tsiros, M. D., Sinn, N., Coates, A. M., Howe, P. R., & Buckley, J. D. (2008). Treatment of adolescent overweight and obesity. *Eur J Pediatr*, 167(1), 9-16.
- van Marwijk, H. (2004). How to improve mental health competency in general practice training? A SWOT analysis. *Eur J Gen Pract*, 10(2), 61-65.
- van Wijngaarden, J. D., Scholten, G. R., van Wijk, K. P. (2010). Strategic analysis for health care organizations: the suitability of the SWOT-analysis. *Int J Health Plann Manage*. DOI: 10.1002/hpm.1032
- Whitlock, E. A., O'Connor, E. P., Williams, S. B., Beil, T. L., & Lutz, K. W. (2008). Effectiveness of weight management programs in children and adolescents. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*(170), 1-308.
- Wilson, P., Mack, D., & Grattan, K. (2008). Understanding Motivation for Exercise: A Self-Determination Theory Perspective. *Canadian Psychology*, 49(3), 250.