

**A IMPORTÂNCIA DA LITERACIA EM SAÚDE NO CONTROLE
DO EXCESSO DE PESO INFANTO-JUVENIL**Beatriz Minghelli¹**RESUMO**

As alterações nutricionais que mais aumentam no mundo são o excesso de peso e a obesidade, onde uma em cada cinco crianças são afetadas, consistindo num problema grave de saúde pública. A educação do indivíduo com obesidade desempenha um papel importante na aceitação deste "diagnóstico" e o entendimento das medidas que tem que realizar para modificar os seus comportamentos de forma a ter uma participação ativa no seu tratamento. A literacia determina o acesso a informação e conforto e com a capacidade de negociar o sistema de cuidados de saúde. As medidas que visam o aumento da literacia em saúde são importantes no desenvolvimento do empoderamento pessoal e social, contribuindo para que o indivíduo com excesso de peso seja capaz de identificar e de tomar consciência das suas próprias necessidades de saúde e de desenvolver as competências adequadas para que consigam realizar as ações que irão gerar as mudanças de estilo de vida e de ambientes mais saudáveis. As crianças e jovens têm que desenvolver a sua própria capacidade de obter, utilizar e compreender a informação em saúde; este aumento da literacia irá permitir que eles façam as suas próprias escolhas com relação ao seu auto-cuidado, que por sua vez apresenta um impacto no IMC.

Palavras-chave: literacia, excesso de peso, obesidade, infantil.

ABSTRACT

The importance of literacy in health control of overweight children's

Nutritional changes that most increase in the world are overweight and obesity, where one in five children are affected, consisting of a major public health problem. The education of the person with obesity plays an important role in the acceptance of this "diagnosis" and understanding of the measures that have to do to modify their behavior to take an active role in their treatment. The literacy determines the access to information and comfort and the ability to negotiate the health care system. The measures to increase the health literacy are important in the development of personal and social empowerment, contributing to the overweight person is able to identify and become aware of their own health needs and develop the appropriate skills to they can perform the actions that will make changes in lifestyle and healthier environments. The children and young people must develop their own capacity to obtain, use and understand health information; this increase in literacy will allow them to make their own choices about your self-care, which in turn has an impact in BMI.

Key words: literacy, overweight, obesity, child

E-mail:
bmachado@silves.ipiaget.org

Endereço para correspondência:
Beatriz Minghelli
Endereço: Urb. Horta da Raminha, lote 8, 9º D,
Portimão, 8500-826, Portugal

1-Escola Nacional de Saúde Pública - Lisboa, Portugal; Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Algarve - Silves, Portugal

INTRODUÇÃO

Dados sobre a prevalência do excesso de peso

Atualmente, as alterações nutricionais que mais aumentam no mundo são o excesso de peso e a obesidade, consistindo num problema grave de saúde pública (Cole e colaboradores, 2000; Loke, 2002).

A International Obesity Task Force (IOT, 2011) estima que 300 milhões de indivíduos ao redor do mundo sejam classificados como obesos, sugerindo que os níveis de obesidade irão continuar a crescer com severas consequências para a saúde, a menos que sejam tomadas medidas urgentes.

A Organização Mundial de Saúde estima que 1,5 bilhão de indivíduos estejam acima do peso em quase todos os países do mundo no ano de 2015 (WHO).

Carmo e colaboradores (2006) analisaram o índice de massa corporal (IMC) em 8116 adultos em Portugal. Os dados dos anos de 2003-2005 revelaram a prevalência de 38,6% de indivíduos com excesso de peso e de 13,8% de obesos, totalizando 53,6%. Esses dados foram comparados com os dados dos anos de 1995 a 1998, onde havia 35,2% de indivíduos com excesso de peso e 14,4% com obesidade, totalizando 49,6%, verificando-se um aumento da prevalência do excesso de peso e da obesidade no país em 10 anos.

Em 2007, Carmo e colaboradores (Carmo e colaboradores, 2007) realizaram o mesmo estudo, no mesmo período, com uma amostra mais reduzida, e também verificou-se um aumento do excesso de peso e da obesidade ao longo dos anos.

Já os dados referentes às crianças indicam que 22 milhões de crianças no mundo com idade inferior aos 5 anos apresentam excesso de peso, dentre 155 milhões de crianças em idade escolar.

Na União Europeia registou-se 14 milhões de crianças com excesso de peso e 3 milhões de obesas (Lemos e Colaboradores, 2007) com uma maior prevalência de excesso de peso em crianças dos países da Europa ocidental e do sul europeu (Lobstein, 2003).

Ao nível dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD), uma em cada cinco crianças são afetadas por excesso de peso

em todos os países, e na Grécia, Estados Unidos da América e Itália este número já chega a 1/3. Na China, Coréia e Turquia apenas 10% ou menos das crianças apresentam excesso de peso. Na maioria dos países os rapazes tendem a apresentar índices mais elevados de excesso de peso comparado às raparigas, com exceção dos países nórdicos, incluindo Suécia, Noruega e Dinamarca, assim como no Reino Unido, Holanda e Austrália (OECD, 2011).

Nos anos de 2007-2008, o estudo de Ferreira (s.d) verificou uma prevalência de 22,6% de excesso de peso e de 7,8% de obesidade em 5708 alunos que frequentavam o ensino básico e secundário de Portugal Continental.

Os dados referentes ao norte de Portugal, nomeadamente Aveiro, em 2005/2006, revelaram uma prevalência de excesso de peso e obesidade de 8,1% em crianças com idades entre os 7 e 9 anos (Pedrosa e colaboradores, 2009).

Já no centro do país, em Sintra-Portugal, os dados da prevalência revelaram que 23% das crianças dos 6 aos 10 anos apresentaram excesso de peso e 12,6% eram obesas, no ano de 2004 (ferreira e Marques-Vidal 2008).

Em Lisboa, Marques-Vidal e colaboradores (2008) avaliaram 5013 indivíduos com idades entre os 12 e 18 anos e revelaram valores mais elevados de excesso de peso (36,9%), revelando 10% de obesos.

O estudo de Minghelli (2009) revelou uma prevalência de 26,1% de excesso de peso e 11,3% de obesidade em 364 alunos das escolas básicas de Silves e Lagoa, sul de Portugal, com idades compreendidas entre 10 e 18 anos, no ano de 2008.

Determinantes da saúde

As doenças crônicas não transmissíveis representam atualmente a causa principal de morte prematura e possuem como denominador comum o fato de poderem ser influenciadas pela adoção de comportamentos e estilos de vida.

Por exemplo, o excessivo consumo de álcool e de tabaco, a hipertensão arterial sistêmica, o elevado índice de massa corporal, a hipercolesterolemia, a hiperglicemia, o baixo consumo de frutas e vegetais e a inatividade física são os 8 fatores responsáveis por 61%

das mortes cardiovasculares e por mais de ¼ das doenças cardíacas isquêmicas, a principal causa de mortalidade ao nível mundial (WHO, 2009; OECD, 2011; WHO, 2011; WHO, 2006).

A obesidade está relacionada com doenças crônicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo II, distúrbios respiratórios e osteoarticulares, cânceros de mama, cólon, próstata e de outros órgãos (Cole e colaboradores, 2000; WHO, 2009; OECD, 2011; WHO, 2011).

A nível mundial, 44% dos casos de diabetes, 23% de cardiopatia isquêmica e 7% a 41% dos encargos determinados com o cancro são atribuíveis ao excesso de peso (WHO, 2009).

As taxas de excesso de peso e obesidade têm vindo a aumentar no mundo devido às mudanças na dieta e ao aumento da inatividade física, ambos considerados como um dos quatro fatores de risco das doenças crônicas (WHO, 2009).

Os determinantes gerais de saúde são as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem e incluem os fatores individuais (engloba fatores como a idade, gênero e fatores constitucionais), os fatores individuais do estilo de vida e das redes sociais e comunitárias, e por fim as condições sócio-económicas, culturais e ambientais (Loureiro e Miranda, 2010; OMS, 2011).

O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os determinantes de saúde dispostos em diferentes camadas. A partir deste modelo pode se verificar que as condições de vida e de trabalho dos indivíduos estão relacionadas com os fatores comportamentais, tais como uma dieta pobre e a inatividade física, uma vez que os indivíduos em desvantagem social se deparam com barreiras financeiras ao optarem por um estilo de vida mais saudável, consumindo muitas vezes produtos de baixa qualidade nutritiva e elevada quantidade de calorias, como os casos das fast-food e como o ambiente no seu meio não é favorável à prática desportiva, optam por uma vida mais ociosa, uma vez que a prática em ginásios ou clubes também é dispendiosa (WHO, 2010; WHO, 2006; CNDSS, 2008).

Geralmente, nos países com economias mais desenvolvidas, a obesidade está associada com um menor nível socioeconômico, enquanto em economias

menos desenvolvidas está associado com um melhor nível socioeconômico (WHO, 2010).

Neste modelo dos determinantes da saúde também se verifica que as normas culturais exercem uma forte influência sobre os comportamentos de risco, e para tal deve ser alterada através de programas educativos, da comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, assim como a criação de espaços públicos para a prática de atividade física (CNDSS, 2008).

Como referido anteriormente, os determinantes da saúde podem ser moldados pela distribuição de dinheiro, poder e recursos (Loureiro e Miranda, 2010; Buss e Filho, 2007).

Desta forma, a ação sobre estes fatores é fundamental para que a saúde de cada pessoa possa ser mantida e/ou melhorada através de esforços e opções de vida inteligentes do indivíduo e da sociedade (WHO, 2011).

Sendo assim, a condição de saúde deve ser obtida através de adaptações dos meios físicos, mentais e sociais colocados pela doença e pelos determinantes sociais; no entanto esta definição de saúde como forma de adaptação não diminui a responsabilidade das sociedades de melhorar as condições para que as pessoas possam adaptar-se, devendo desta forma capacitar as pessoas, ajudando-as a encontrar meios para que consigam ultrapassar determinado processo considerado ruim.

Os governos devem ser responsáveis pela saúde de seus povos, através da prestação de saúde adequada e de medidas sociais (Buss e Filho, 2007).

O desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes de apoio, o aumento da participação comunitária, o desenvolvimento de capacidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde consistem em estratégias de promoção para a saúde definidos em 1986 pela Carta de Ottawa que considera que para promover a saúde é necessário criar condições que permitam aos indivíduos e a comunidade o controlo da sua saúde e dos fatores que a influenciam (WHO, 1986).

A mesma estratégia foi referida na Declaração de Adelaide que revelou que para alcançar os objetivos na área da promoção da saúde é necessário que todos os setores do governo envolvam a saúde e o bem-estar

como componentes nos desenvolvimentos de suas políticas, uma vez que estes se encontram relacionados com a vertente social e econômica através dos determinantes da saúde (WHO, s.d.; Declaração, 2010).

Desta forma, a promoção para a saúde envolve uma combinação entre a educação para a saúde e suas intervenções a nível organizacional, político e económico de forma a impulsionar mudanças no ambiente e comportamento das pessoas, agindo sobre os determinantes da saúde e dando condições para que as pessoas sejam capazes de agir, ou seja, tem como objetivo fortalecer a capacidade do indivíduo e da comunidade para lidar com os determinantes e condicionantes da saúde (WHO, 2010; Loureiro e Miranda, 2010; WHO, 1986).

Através da adoção destas medidas promotoras de saúde, é possível mudar o panorama da saúde, onde 97% das despesas com a doença envolvem o seu tratamento e apenas 3% são verbas destinadas à sua prevenção, obtendo mais ganhos em saúde e na economia do país, uma vez que os investimentos na prevenção da doença são menos dispendiosos que os envolvidos na gestão e no tratamento da doença.

Literacia em saúde

Antes de definirmos literacia, falaremos de saúde, afinal a definição de saúde pela Organização Mundial de Saúde em 1948 que corresponde a "um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade" tem sido muito criticada nos últimos 60 anos devido a incondicionalidade da palavra "completo" relacionado ao bem-estar, tornando a saúde algo inatingível.

Além disso, a demografia das populações e a natureza da doença mudaram consideravelmente desde esta última definição de saúde; atualmente o número de indivíduos que vivem com doenças crônicas por décadas tem aumentado em todo o mundo, ou seja, o envelhecimento de pessoas com doenças crônicas tem-se tornado "normal" e esta definição declara que as pessoas com doenças crônicas e incapacidades são doentes, minimizando o papel da capacidade humana de lidar de forma autónoma com a vida (Huber e colaboradores, 2011).

As limitações da atual definição afetam as políticas de saúde e as estratégias de promoção da saúde, sendo necessário criar uma definição de saúde mais dinâmica baseada na resiliência, que consiste na característica individual que implica evidências de adaptação após exposição a fatores de risco, de forma a lidar, manter e de restaurar a integridade do equilíbrio e da sensação de bem-estar.

Por isso, especialistas na área da saúde se reuniram na Conferência Internacional de Saúde realizada em 2009 na Holanda (Health Netherlands, 2009) para propor uma nova formulação da definição de saúde que estivesse de acordo com as novas alterações sofridas, sendo definida como "a capacidade para se adaptar e se auto-gerir" (Huber e colaboradores, 2011).

Esta nova definição de saúde está de acordo com o paradigma da salutogénese que consiste numa estratégia pró-ativa baseada na promoção. Este conceito foi criado por Antonovsky em 1979 e segundo este a promoção da saúde se faz por meio do desenvolvimento de recursos e não pelos fatores de risco, como no modelo patogénico, e abrange o sentido de coerência e o conceito holístico de saúde (Antonovsky, 1996; Lindstrom, Eriksson, 2006).

O sentido de coerência consiste na capacidade como o indivíduo, com um persistente e dinâmico sentimento de confiança, encara os estímulos vindos dos meios interno ou externo, aumentando a sua compreensão, o gerenciamento e o significado de uma situação difícil, de forma ter a capacidade para adaptar e gerenciar a si de forma a melhorar o seu bem-estar subjetivo.

Segundo Antonovsky, o indivíduo é capaz de reforçar o seu sentido de coerência através da ação envolvendo recursos individuais e culturais, entre eles a inteligência e a interpretação, o suporte social e financeiro (Antonovsky, 1996; Lindstrom, Eriksson, 2006).

A salutogénese tem como objetivo promover o aumento das capacidades e das resistências dos indivíduos e da comunidade de forma que eles consigam lidar com os fatores adversos da vida, ou seja, com o estresse; é uma forma de adaptação do indivíduo aos fatores de risco sendo denominada de resiliência (Antonovsky, 1996; Nunes, 2000).

Deste modo, surge a importância da relação entre a educação e a saúde, uma vez que os mais escolarizados parecem ser mais propensos a acreditar na ciência e uma menor literacia leva a uma menor utilização dos serviços preventivos e maiores gastos com a saúde (Buss e Filho, 2007).

A educação, ou literacia, determina o acesso a informação e conforto e com a capacidade de negociar o sistema de cuidados de saúde (WHO, 2011) Literacia em saúde consiste na capacidade do indivíduo de tomar decisões fundamentadas em diversos setores, incluindo casa, trabalho, comunidade, serviços de saúde.

Uma estratégia que se baseia no aumento da literacia em saúde procura dar empoderamento para os indivíduos, objetivando uma melhor qualidade de vida, de forma que eles possam ter controle sobre a sua saúde, tenham capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades (Nutbeam, 1998).

O empoderamento inclui variáveis como a motivação, o interesse, a auto-estima, a auto-eficácia, a capacidade crítica, a percepção de controle e de intenções para promover a ação; consiste no aumento da conscientização do indivíduo para que consiga desenvolver as suas competências pessoais e sociais, de forma que tome decisões que dão respostas as suas necessidades de saúde (Loureiro e Miranda, 2010; Lindstrom e Eriksson, 2006).

Uma baixa literacia pode afetar diretamente a saúde das pessoas pela limitação do seu desenvolvimento pessoal, social e cultural, dificultando o desenvolvimento da literacia em saúde (Nutbeam, 2000).

A literacia em saúde está dependente dos níveis básicos de alfabetização associados ao desenvolvimento cognitivo. O indivíduo com pouco desenvolvimento na habilidade da leitura e escrita terá uma menor exposição à educação em saúde, além de uma menor habilidade para atuar sobre a informação recebida. Por isso, as estratégias que visam promover a melhoria da literacia em saúde estão completamente relacionadas com as estratégias para promover a alfabetização.

No entanto, o indivíduo com bom nível de alfabetização (capacidade para ler e escrever) não necessariamente irá responder de forma desejada para uma educação em

saúde e comunicação, torna-se necessário trabalhar também a consciência crítica dos indivíduos; trabalhar o senso crítico das pessoas com baixas ou nenhuma qualificações em leitura e escrita pode alcançar os resultados na melhoria da literacia em saúde (Nutbeam, 2000).

O estudo de Sabia e colaboradores (2009) verificou uma associação positiva entre a obesidade no adulto com baixos níveis cognitivos numa idade mais tardia. Os resultados deste estudo verificou que o indivíduo que foi obeso 2 ou 3 vezes apresentaram menores pontuações do mini-exame do estado mental.

A investigação de Volkow e colaboradores (2009) verificou uma associação negativa entre o IMC e a linha de base da atividade metabólica pré-frontal, que contribui para um pior desempenho cognitivo, em indivíduos com excesso de peso e obesidade.

Huizinga e colaboradores (2008) verificaram que um baixo nível de conhecimento matemático está relacionado com a obesidade; este conhecimento se faz necessário para monitorar a ingestão calórica e pode ter importantes implicações clínicas na implementação de intervenções para o controle do peso.

Os resultados deste estudo revelou que os indivíduos com habilidades matemáticas inferiores ao 9º ano apresentaram uma média de IMC de 31,8, enquanto os que se encontraram com conhecimento acima do 9º ano tinham uma média de IMC de 27,9.

Em 2009, a investigação de Huizinga e colaboradores (2009) avaliaram o nível de literacia e competências numéricas em 164 participantes; foi pedido que os participantes servissem um determinado peso ou quantidade em volume para uma refeição de 3 alimentos sólidos e 1 líquido. Os resultados obtidos apontaram para uma associação entre uma baixa literacia e competências numéricas para interpretação dos rótulos dos alimentos com uma estimativa incorreta da porção pedida, tendo a porção alimentar pedida uma estimativa superior à adequada em termos nutritivos e quantitativos.

A falta de competências numéricas pode afetar o controle do peso corporal, uma vez que geralmente há uma tendência para aumentar a dose alimentar o que vai contribuir

para uma sobre-estimação da porção considerada adequada, levando ao aumento da ingestão alimentar, com conseqüente desenvolvimento de excesso de peso (Huizinga, 2009).

A educação do indivíduo com obesidade desempenha um papel importante na aceitação deste “diagnóstico” e o entendimento das medidas que tem que realizar para modificar os seus comportamentos de forma a ter uma participação ativa no seu tratamento. Por exemplo, é fundamental ter conhecimento que deve alterar seu estilo de vida, adotando uma dieta para perda de peso e a inclusão de atividade física.

O estudo de Williams e colaboradores (1998) mediram as habilidades funcionais de literacia de saúde em pacientes hipertensos e diabéticos e avaliou a relação de literacia dos pacientes com conhecimento da doença e as habilidades de autogestão e os seus resultados. Os dados obtidos demonstraram que quase metade (48%) dos pacientes do estudo apresentou inadequada literacia em saúde e estes pacientes apresentaram menor conhecimento de sua doença, das modificações do estilo de vida que deveriam fazer e das suas habilidades de autogestão.

Semelhante resultado foi observado no estudo de Sharif e Blank, (2010) onde a literacia em saúde foi negativamente correlacionada com o IMC em crianças com excesso de peso, ou seja, os níveis elevados de literacia estiveram significativamente correlacionados com baixos IMC ajustado para a idade e gênero.

No caso do excesso de peso, as medidas que visam o aumento da literacia em saúde são importantes no desenvolvimento do empoderamento pessoal e social, contribuindo para que o indivíduo com excesso de peso seja capaz de identificar e de tomar consciência das suas próprias necessidades de saúde e de desenvolver as competências adequadas para que consigam realizar as ações que irão gerar as mudanças de estilo de vida e de ambientes mais saudáveis.

O papel da literacia em saúde torna-se importante no planejamento de intervenções que objetivem a melhoria do IMC em crianças, de forma a promover a auto-eficácia e a mudança do comportamento.

No entanto as medidas para o aumento da literacia em crianças tem que

considerar aspectos relacionados com a idade, incorporar não somente medidas de matemática e compreensão, mas também oralidade e sonoridade, e levar em conta o contexto cultural, neurocognitivo e as mudanças físicas e psicológicas que ocorrem com o crescimento da criança (Sharif e Blank, 2010).

Em 2005, a UNESCO lançou a Iniciativa de Literacia para o Empoderamento (LIFE) como uma forma estratégica de ação de colaboração para melhorar os esforços de alfabetização nos países com uma taxa de literacia menor que 50% ou onde a população apresenta mais de 10 milhões de adultos sem competências de literacia (Unesco, 2008).

As estratégias que visam aumentar a literacia devem envolver o setor político, ambiente sustentável, com intervenções educativas e ações para o desenvolvimento comunitário, além de uma aliança entre os setores da saúde e da educação (Loureiro e Miranda, 2010; Nutbeam, 2000).

Estas estratégias foram definidas na carta de Ottawa para a promoção da saúde, no entanto muitas delas não foram implementadas na sua totalidade (WHO, 1986).

A junção entre a educação e a saúde com o objetivo da prevenção do excesso de peso poderá proporcionar os fundamentos para uma tomada de decisão, através de uma mensagem sobre os fatores de risco e os fatores protetores.

Os meios de comunicação social também são uma ferramenta bem eficaz na medida de prevenção do excesso de peso, uma vez que constituem uma importante fonte de referência para o público. No entanto, a educação e a informação são mais efetivas se forem realizadas em ambientes familiares para as crianças como as escolas.

Considerando que um dos fatores de risco para o desenvolvimento do excesso de peso é a hereditariedade, as influências culturais, sociais e familiares assumem também uma fundamental importância, uma vez que pais obesos e/ou que não adquirem hábitos de vida saudáveis influenciam na formação de atitudes e crenças dos seus filhos, levando-os a adquirirem estes hábitos.

Além disso, o poder financeiro também intervém no processo de hábitos alimentares hipercalóricos, uma vez que os produtos com baixo valor nutritivo são mais baratos

comparados com os nutritivos. Outra questão a ser discutida é o tempo que os pais estão em casa, tempo esse que o governo queria reduzir ainda mais em virtude da crise. Os pais passam pouco tempo com os seus filhos e tem pouco tempo e entusiasmo para depois de um dia de trabalho preparar uma refeição completa e balanceada. Os produtos hipercalóricos e pouco nutritivos são rápidos e fáceis de preparar. A falta de tempo com os filhos também implica na não disponibilidade para a prática de atividade física.

Desta forma, estão aqui envolvidos os determinantes da saúde relacionados com as características individuais, os estilos de vida, as condições de vida e de trabalho e os macrodeterminantes que envolvem as condições socioeconômicas e culturais. Os estilos de vida são hábitos e comportamentos de resposta às situações do cotidiano que são apreendidos através do processo de socialização e estão sendo constantemente reinterpretados e testados ao longo da vida. Ou seja, a epidemia obesidade é o resultado de múltiplas interações dinâmicas que tem levado progressivamente a mudanças duradouras nos estilos de vida das pessoas em relação à nutrição e a atividade física (OECD, 2011).

Muitos governos estão intensificando seus esforços para promover uma cultura de alimentação saudável e de vida ativa, onde a maioria das iniciativas são direcionadas para as crianças em idade escolar. As três grandes áreas de intervenção envolvem a promoção e educação para a saúde, medidas de fiscalização e regulação e aconselhamento nos cuidados de saúde primários (OECD, 2011).

O Plano de Ação Global para as Doenças Crônicas de 2008 da OMS (WHO 2008-2013 - Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non Communicable Diseases) estipulou uma série de atividades que envolvem a alteração da política agrícola, o aumento do preço dos produtos com baixo valor nutritivo e hipercalóricos, melhoria da economia relativa a produtos alimentares considerados saudáveis, criação de ambientes favoráveis à prática de atividade física, assim como a sua segurança.

Uma vez que a melhoria dessas questões envolve medidas políticas, pois vão de encontro ao horário de trabalho e ambiente urbano, uma atuação com resultados a curto

prazo poderia consistir no investimento da educação, envolvendo a parceria com a escola de forma a melhorar a literacia dos indivíduos. Em geral, os indivíduos com menor nível educacional são mais vulneráveis à má alimentação e a inatividade física (WHO, 2010)

A atuação dos profissionais de saúde nas escolas deve então envolver uma abordagem salutogénica de forma a criar nas escolas um ambiente estimulante de criatividade e sentido crítico, e não apenas uma intervenção objetivando as alterações dos fatores de risco. É preciso dar empoderamento, capacitação e motivação, de forma que as crianças e jovens e toda a comunidade escolar sejam responsáveis pelas suas opções de saúde.

Em Portugal, a parceria entre saúde e educação ocorreu em 1994, no projeto da Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde, integrada na Rede Europeia. O Programa Nacional de Saúde Escolar tem como finalidades promover e proteger a saúde e prevenir a doença, desenvolver um ambiente escolar seguro e saudável, reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis, entre outros (PNSE, 2006).

De acordo com este programa nacional, a escola deve incentivar a alimentação equilibrada, através de medidas que vão desde o controlo do fornecimento e venda nas cantinas escolares de produtos com elevado teor de açúcar, sal e gordura e a promoção do consumo de produtos de origem vegetal, em especial frutas e hortícolas de proveniência local e sazonal de forma a reduzir barreiras económicas ao seu acesso, além de incentivar o consumo de peixe (PNSE, 2006). Estas medidas podem ser feitas por meio de competição entre os alunos a ver quem consome produtos mais saudáveis, forma que estimula e dá empoderamento aos alunos.

O Programa Nacional de Portugal também refere o ambiente. O ambiente escolar de qualidade reflete numa melhor saúde das crianças por conferir um espaço e motivação para a prática de atividade física e pela aquisição de água potável em bebedouros, reduzindo o consumo de bebidas hipercalóricas. Um espaço de qualidade estimula a motivação e capacita as crianças de forma eliminar as barreiras da vida ociosa, dando oportunidade para optarem por um estilo de vida saudável (PNSE, 2006).

Fora da escola, o ambiente urbano também deve possuir características que estimulem e favoreçam a prática do exercício físico, com vias e ciclovias em todos os acessos da cidade e com segurança em termos do trânsito de carros e em iluminação de forma a prevenir assaltos e violações (PNSE, 2006).

Além disso, deve-se verificar as opções disponíveis em máquinas de vendas de alimentos onde a maioria oferece snacks e chocolates. Estes produtos são mais facilmente comercializados em virtude do seu melhor armazenamento e de apresentar uma data de validade mais prolongada, não sendo necessária a sua constante substituição caso não seja vendido.

Como referido anteriormente, a comunicação social possui um grande poder na questão da prevenção e intervenção do excesso de peso. O governo deve aumentar o interesse e o conhecimento dos profissionais de comunicação pelas questões de saúde, e também a informação científica e médica tem que ser trabalhada de forma a ser mais fácil de ser compreendida pelo público (Loureiro e Miranda, 2010).

A comunicação deve ser trabalhada tanto dentro quanto fora dos muros da escola no sentido da prevenção do excesso de peso através da produção de materiais pedagógicos adequados, de sítios na internet que sejam comumente utilizados pelos jovens, como sítios de relacionamento. Esta informação deve combater a publicidade a produtos alimentares considerados pouco saudáveis, não através da sua proibição, mas pelo controlo do seu consumo, afinal é o excesso que faz mal. Também deve ser feito o incentivo à alimentação nutritiva e balanceada com a utilização de personagens do meio infanto-juvenil; geralmente estes personagens estão associados a produtos hipercalóricos e adquiridos em restaurantes de comida rápida.

Os efeitos da exposição à publicidade televisiva de alimentos não saudáveis têm mostrado que as crianças expostas a este tipo de publicidade estão mais propensas a pedir alimentos não saudáveis para os seus pais, comer menos frutas e legumes e comer alimentos com elevado teor calórico (Sharif e Blank, 2010).

Resumindo, as estratégias para melhorar a literacia no controlo do excesso de peso envolvem quatro vertentes principais:

Qualidade, Equidade, Acesso, Cidadania e Políticas saudáveis (PNS, 2012).

A melhoria da literacia em saúde dos indivíduos com excesso de peso envolve mais do que somente a transmissão de informações de saúde; esta permite ajudar as pessoas a desenvolver a confiança para agir de modo que o seu conhecimento e a capacidade de trabalho serão melhor alcançado através de formas mais pessoais de comunicação e através de uma base comunitária. Para conseguir alcançar o objetivo final que se reflete na definição de literacia em saúde – tentar promover uma maior independência e empoderamento entre os indivíduos e as comunidades - tem que se reconhecer e compreender os aspetos políticos da educação, de forma a tentar superar as barreiras estruturais à saúde (Nutbeam, 2000) torna-se necessário a implantação de um meio favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam a esses indivíduos a opção de uma vida saudável.

CONCLUSÃO

As crianças e jovens têm que desenvolver a sua própria capacidade de obter, utilizar e compreender a informação em saúde, como a publicidade dos alimentos e rótulos com os valores nutritivos; este aumento da literacia irá permitir que eles façam as suas próprias escolhas com relação ao seu autocuidado, ou seja com a ingestão de alimentos, que por sua vez apresenta um impacto no IMC.

REFERÊNCIAS

- 1-Antonovsky, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health promotion international. Vol. 11. Núm. 1. p. 11-18. 1996.
- 2-Buss, P.; Filho, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Rev Saúde Coletiva. Vol. 17. Núm. 1. p. 77-93. 2007.
- 3-Carmo, I.; Santos, O.; Camolas, J.; e colaboradores. Prevalence of obesity in Portugal. Obes Rev. Vol. 7. 2006. p. 233-237.
- 4-Carmo, I.; Santos, O.; Camolas, J. e colaboradores. Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. Obes Rev. Vol. 23. p. 11-19. 2007.

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

- 5-Cole, T.; Bellizzi, M.; Flegal, K.; Dietz, W. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. Vol. 320. 2000. p.1-6.
- 6-Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Fiocruz. 2008.
- 7-Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas - no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar. Relatório do Encontro Internacional sobre a Saúde em Todas as Políticas. Adelaide 2010. Disponível em:
http://www.who.int/social_determinants/portuguese_adelaide_statement_for_web.pdf
- 8-Ferreira, R.; Marques-Vidal, P. Prevalence and determinants of obesity in children in public schools of Sintra, Portugal. *Obesity*. Vol. 16. p. 497-500. 2008.
- 9-Ferreira, J. Prevalência de obesidade infanto-juvenil: Associação com os hábitos alimentares, actividade física e comportamentos sedentários dos adolescentes escolarizados de Portugal Continental. Doutoramento em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. 2010
- 10-Health Council of the Netherlands. Publication A10/04. Disponível em:
www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/bijlage%20A1004_1.pdf.
- 11-Huber M., Knottnerus J., Green L., Horst H., Jadad A., Kromhout D., Leonard B., Lorig, K.; Loureiro, M.; Meer, J.; Schnabel, P.; Smith, R.; Weel, C.; Smid, H. How should we define health? *BMJ*. Vol. 343. p. d4163. 2011.
- 12-Huizinga, M.; Beech, B.; Cavanaugh, K.; Elasy, T.; Rothman, R. Low Numeracy Skills Are Associated With Higher BMI. *Obesity* (Silver Spring). Vol. 16. Núm. 8. p. 1966-1968. 2008.
- 13-Huizinga, M.; Carlisle, A.; Cavanaugh, K.; Davis, D.; Gregory, R.; Schlundt, D.; Rothman R. Literacy, Numeracy, and Portion-Size Estimation Skills. *Am J Prev Med*. Vol. 36. Núm. 4. p. 324-328. 2009.
- 14-International Obesity Task Force. Acessado em 12/12/2011. Disponível em: <http://www.ietf.org/>.
- 15-Lemos, M.; Martins, M.; Silva, A.; Magalhães, M.; Paiva, A.; Cordeiro, V. Obesidade na infância e adolescência: critérios de diagnóstico clínico e laboratorial. *Rev Pediatr*. Vol. 8. p. 8-16. 2007.
- 16-Lindstrom, B.; Eriksson, M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*. Vol. 21. Núm. 3. p. 238-244. 2006.
- 17-Loke, K. Consequences of childhood and adolescent obesity. *Asia Pacific J Clin Nutr*. Vol. 11. p.S702-S4. 2002.
- 18-Lobstein, T.; Frelut, M. Prevalence of overweight among children in Europe. *Obes Rev*. Vol. 4. p. 195-200. 2003.
- 19-Loureiro, I.; Miranda, N. Promover a saúde: dos fundamentos à acção. Coimbra. Almedina. 2010.
- 20-Marques-Vidal, P.; Ferreira, R.; Oliveira, J.; Paccaud, F. Is thinness more prevalent than obesity in Portuguese adolescents? *Clin Nutr*. Vol. 27. p. 531-6. 2008.
- 21-Minghelli, B.; Timóteo, A.; Jesus, T.; Abílio, F.; Góis, A.; Florença, H.; Lóia, N. Associação entre o excesso de peso e a obesidade com as alterações posturais. *Revista Endocrinologia, Diabetes e Obesidade*. Vol. 3. 2009. p. 131-140
- 22-Nunes, L. O sentido de coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico. Sociedade Portuguesa: Passados recentes, futuros próximos. IV Congresso Português de Sociologia, 17 a 19 Abril 2000. Universidade de Coimbra. Coimbra. Disponível em:
http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462e0a1588ba7_1.PDF
- 23-Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promotion Inter*. Vol. 13. p. 349-364. 1998.
- 24-Nutbeam, D. Health Literacy as a public goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, *Health Promotion Inter*. Vol. 15. p. 259-267. 2000.
- 25-Organização Mundial da Saúde. Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde, documento de discussão da conferência mundial sobre Determinantes sociais da saúde. Brasil. 2011.
- 26-OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. OECD Publishing 2011. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en
- 27-Pedrosa, C.; Correia, F.; Seabra, D.; Oliveira, B.; Simões-Pereira, C.; Vaz-de-Almeida, M. Prevalence of overweight and obesity among 7-9-year-old children in Aveiro, Portugal. comparison between IOTF and CDC references. *Public Health Nutr*. Vol.13. p.1-6. 2009.

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

28-Programa Nacional de Saúde Escolar - Despacho nº 1 2.045/2006 (2ª série). Publicado no Diário da República Núm.110 de 7 de Junho - Divisão de Saúde Escolar.

29-Plano Nacional de Saúde. Acessado em 14/01/2012. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/2011/07/15/pns11-16-discussao/>

30-Sabia, S.; Kivimaki, M.; Shipley, M.; Marmot, M.; Singh-Manoux, A. Body mass index over the adult life course and cognition in late midlife: the Whitehall II Cohort Study. *Am J Clin Nutr.* Vol. 8. p. 601-7. 2009.

31-Sharif, I.; Blank, A. Relationship between Child Health Literacy and Body Mass Index in Overweight Children. *Patient Educ Couns.* Vol. 79. Núm. 1. p. 43-48. 2010.

32-Unesco. Needs assessment report on literacy initiative for empowerment - Pakistan. Government of Pakistan, Islamabad, Project Wing, Ministry of Education. 2008.

33-Volkow, N.; Wang, G.; Telang, F.; Fowler, J.; Goldstein, R.; Alia-Klein, N.; Logan, J.; Wong, C.; Thanos, P.; Ma, Y.; Pradhan, K. Inverse Association Between BMI and Prefrontal Metabolic Activity in Healthy Adults. *Obesity (Silver Spring).* Vol. 17. Núm. 1. 2009. p. 60-65.

34-Williams, M.; Baker, D.; Parker, R.; Nurss, J. Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Chronic Disease: A Study of Patients With Hypertension and Diabetes. *Arch Intern Med.* Vol. 158. p. 166-172. 1998.

35-World Health Organization. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva. 2009.

36-World Health Organization. World health statistics 2011. World Health Organization. Geneva.

37-World Health Organization. Social determinants approaches to public health: from concept to practice. Editors E Blas. J Sommerfeld e A Kurup. Geneva. 2011.

38-World Health Organization. Equity, social determinants and public health programmes. Editors E Blas. J Sommerfeld e A Kurup. Geneva. 2010.

39-World Health Organization. Health in All Policies: Prospects and potentials. Editors T. Stahl; M. Wismar; E. Ollila; E. Lahtinen; K. Leppo. Finland. 2006.

40-World Health Organization. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. 2008

41-World Health Organization. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. World Conference on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro. Brasil. 21/10/2011.

42-World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion - First International Conference on Health Promotion - Ottawa, 21/11/1986. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

43-World Health Organization. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index1.html>

Recebido para publicação em 29/04/2012
Aceito em 12/06/2012