

**UNIVERSIDADE DE TRÁS - OS - MONTES E ALTO
DOURO**

JORACI DZIUBATE

**HABITOS DE TELEVISÃO E
OBESIDADE INFANTIL NO INTERIOR DO SUL DO
PARANÁ - BRASIL.**

MESTRADO

**Educação Física e Desporto - Especialização em
Desenvolvimento Da Criança E Desenvolvimento Motor.**



Vila Real - 2009.

**UNIVERSIDADE DE TRÁS - OS - MONTES E ALTO
DOURO
VILA REAL.**

**HABITOS DE TELEVISÃO E
OBESIDADE INFANTIL NO INTERIOR DO SUL DO
PARANÁ, BRASIL.**

Dissertação apresentada no programa de Pós graduação na Universidade de Trás – os – Montes e Alto Douro para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências do Desporto. sob a orientação da Prof. Dra. Maria Isabel Mourão Carvalho, Professora, Doutora e Coordenadora do Curso de Mestrado.



Vila Real, Julho de 2009.

Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu marido, por seu amor, paciência, dedicação e que esteve presente em todas as horas que precisei.

A minha mãe, que mesmo distante foi grande incentivadora, nos momentos mais difíceis.

AGRADECIMENTOS

Muitos foram os que contribuíram para a realização deste trabalho e a todos agradeço a inestimável ajuda. Muito particularmente, o meu agradecimento especial:

- Em primeiro lugar agradeço a Deus pelo dom da vida.
- A minha família, pelo tempo e atenção que não lhes dediquei, para poder concretizar este trabalho em especial ao meu marido, pela paciência apoio moral e financeiro, nesta caminhada.
- A minha irmã Viviane, pela colaboração e dedicação na aplicação dos inquéritos.
- À orientadora, Professora Doutora e Coordenadora do Curso de Mestrado em Ciências do Desporto Isabel Mourão Carvalhal, pelo incentivo, empenho e contributo, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho.
- Ao Professor Dr. José Carlos Leitão pelo apoio na realização do tratamento de dados.
- A Dra. Sandra Fonseca pelo apoio na correção da tese.
- Ao Prof. Dr. Dartagnan Guedes, pelo seu apoio e transmissão de conhecimentos.
- Aos meus amigos António Sergio Palma e Lara Palma, pelo apoio na realização de trabalhos durante o decorrer do curso.
- Aos professores e Auxiliares de Educação das Escolas nas quais mantive contato direto para a realização assídua desta pesquisa, pela simpatia e colaboração entusiasta de todos os colegas.

- A todos os meus amigos e colegas, pelo estímulo, incentivo e apoio, que facilitaram a realização deste trabalho.
- A minha amiga Maria Joana pereira, colega de curso, pelo incentivo na finalização deste trabalho.
- Ao meu sobrinho Willian, pelo apoio na organização dos inquéritos..

RESUMO

Este estudo teve como objectivo, caracterizar os hábitos de televisão de crianças brasileiras em idade escolar compreendidas entre os 10 e os 13 anos.

A amostra de conveniência, compreendeu 134 crianças que freqüentavam o 2º ciclo 5º e 6º ano, matriculadas em 4 escolas da Rede Publica do ensino Fundamental no Brasil (Sul do Paraná).

Para obtenção dos dados relativos aos hábitos de televisão, foi utilizado um questionário composto por 15 questões fechadas. Este questionário foi baseado noutros estudos já realizados relativamente aos dados pessoais, Hábitos de TV, adaptado à amostra participante (Ribeiro, 2006).

Para comparar o género feminino e masculino no IMC e na incidência de obesidade foi utilizado o *t* teste e o teste X^2 respectivamente. Através destes testes estatísticos verificou-se não existirem diferenças significativas entre o genero e o IMC assim como, tendo em consideração a incidência de obesidade, o tempo que passam a ver televisão. Observou-se no entanto, que as crianças do sexo feminino apresentam incidências superiores às do sexo masculino.

Palavra – Chave : IMC , Obesidade, televisão.

ABSTRAT

This study it had as objetivo, to characterize the habits of television of Brazilian children in pertaining to school age understood between the 10 and 13 years.

The sample of convenience, understood 134 children who frequented 2° cycle 5° and 6° year, registered in 4 schools of the Net Publishes of Basic education in Brazil (South of the Paraná).

For attainment of the relative data to the television habits, a composed questionnaire for 15 closed questions was used. This questionnaire was based on other studies already carried through relatively to the personal datas, Habits of TV, adapted to the participant sample (Ribeiro, 2006).

To compare género feminine and masculine in the IMC and the incidence of obesidade the t was used has tested and the X2 test respectively. Through these statistical tests it was verified not to exist significant differences between the sort and the IMC as well as, having in consideration the obesidade incidence, the time that start to see television. It was observed however, that the children of the feminine sex present superior incidences to the ones of the masculine sex.

Word key: Imc, Obesity, Television.

INDICE GERAL

| | |
|---------------------|-----|
| Ambito..... | II |
| Dedicatória..... | III |
| Agradecimentos..... | IV |
| Resumo..... | V |
| Abstract..... | VI |

CAPITULO I

| | | |
|----------|------------------------|-----------|
| 1 | Introdução..... | 01 |
| | Objectivos..... | 03 |

CAPITULO II

| | | |
|----------|---|----|
| 2 | Revisão de Literatura | |
| 2.1 | Obesidade..... | 04 |
| 2.1.2 | Prevalência da Obesidade..... | 06 |
| 2.1.3 | Causas da Obesidade..... | 08 |
| 2.1.4 | Consequências da Obesidade..... | 09 |
| 2.1.5 | A Televisão..... | 12 |
| 2.1.6 | Métodos utilizados para avaliação da obesidade..... | 17 |
| 2.1.7 | A Alimentação..... | 21 |
| 2.1.8 | A Alimentação no Mundo..... | 21 |
| 2.1.9 | Alimentação e Saúde..... | 22 |
| 2.2 | Os Alimentos e seus Constituintes Nutricionais..... | 24 |
| 2.2.1 | Eixos de uma Alimentação Correta..... | 25 |

CAPITULO III

3. METODOLOGIA

| | | |
|-------|---|----|
| 3.1 | Amostra..... | 31 |
| 3.1.1 | Crêterios de Inclusão dos Participantes..... | 32 |
| 3.1.2 | Caracteriza o das escolas participantes e do N  de alunos de cada escola... . | 32 |
| 3.1.3 | Caracteriza o das Escolas participantes. | 33 |
| 4. | Variáveis | 34 |
| 4.1 | Instrumentos utilizados na Recolha dos Dados..... | 34 |
| 5. | Procedimentos..... | 35 |
| 5.1 | Recolha de Informa o..... | 35 |
| 6.2 | Tratamento Estatístico | 35 |

CAPÍTULO IV

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 7. | Apresenta o dos Resultados..... | 36 |
| 7.1 | Televisão..... | 37 |
| 7.2 | Obesidade..... | 40 |
| 7.3 | Horas de Televisão e Obesidade..... | 42 |

CAPÍTULO V

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| Discussão de Resultados | 44 |
| Conclusão..... | 47 |
| Recomenda es..... | 48 |

CAPITULO VI

| | |
|--------------------|----|
| Bibliografia | 49 |
| Anexos..... | 58 |

INDICE DE TABELAS

| | |
|--|-----------|
| Tabela nº 1 : Valores de IMC (Cole et al)..... | 19 |
| Tabela nº 2: Caracterização Geral da Amostra em Função da Idade e do Sexo..... | 31 |
| Tabela nº 3 : Características por escola, ciclo, idade, e nº de participantes..... | 33 |
| Tabela nº 4: Caracterização do nº de alunos por escola participante..... | 32 |
| Tabela nº5: Número de Televisores em Casa..... | 34 |
| Tabela nº 6 : Frequência e percentagem das horas passadas em frente ao ecrã..... | 37 |
| de acordo com o género. | |
| Tabela nº 7: Números horas passadas em frente Televisão..... | 38 |
| Tabela nº 8: Companhia habitual na assistência televisiva..... | 38 |
| Tabela nº 9: Frequências para Controlo dos Responsáveis no horário televisivo..... | 39 |
| Tabela nº 10: Programa preferido..... | 40 |
| Tabela nº 11: Comparação do género segundo o índice de massa corporal..... | 40 |
| Tabela nº 12: Frequencia percentual de crianças normoponderais com sobrepeso e obesos de acordo com os valores de corte de Cole et al 2000..... | 41 |
| Tabela nº 13: Comparação da incidência de obesidade com sobrepeso de acordo com o género..... | 41 |
| Tabela nº 14: Comparação do Índice de obesidade relativamente às Horas de televisão..... | 42 |
| Tabela nº 15: Comparação de horas passadas a ver TV com a obesidade em função do género..... | 43 |

INDICE DE FIGURAS

| | |
|--|-----------|
| Figura nº 1. Causas da obesidade (Salbe & Ravussin, 2002)..... | 09 |
| Figura nº 2. Implicações associadas à obesidade (Bray, 2002)..... | 12 |
| Figura nº3. Pirâmide alimentar (Figura adaptada). | |

| | |
|--|----|
| Guia para a escolha dos alimentos S.T.Philipp et al.1996)..... | 28 |
|--|----|

INDICE DE ANEXOS

| | | |
|-------------------|--|-----------|
| Anexo nº1. | Seleção de Fotos | 59 |
| Anexo nº2. | Questionários | 60 |
| Anexo nº3. | Pedido de Autorização as escolas para realização do estudo | 62 |

CAPÍTULO I

1. Introdução

A obesidade tem sido alvo de uma crescente preocupação no âmbito da saúde pública, em particular dos efeitos do aumento excessivo da gordura corporal na infância e adolescência Guedes et al., (2000).

Evidências científicas têm revelado igualmente, que processos patológicos como hipertensão arterial e aterosclerose têm o seu início na infância, sendo que é nesta faixa etária que são criados hábitos tanto alimentares como da inatividade física. Daí a necessidade de nos preocuparmos com prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade na infância Abrantes et al., (2003).

Indexado a estes factores poderão estar também comportamentos indutores de pouca estimulação pela actividade física. Hábitos de vida sedentários, poderão ter surgido com o aparecimento das novas tecnologias da informação e o usufruto de outros meios de comunicação, como a televisão promovendo esta, sensações mais passivas, emoções..., sendo que através dela, as crianças podem viver perigosas aventuras, romances ou até divertirem-se, sem interagirem com os seus pares ou adultos e degerindo alimentos, disponíveis sem qualquer vigilância, por parte do adulto, de forma confortável. A exposição em frente a um televisor sobretudo durante longos períodos de tempo, citando (Cadima, 1998), leva a que a criança ingira salgadinhos, bolachas, refrigerantes e outros produtos, incluindo ainda, todos aqueles que são referenciados na publicidade.

Assim este hábitos, conduzem à agravamento dos constituintes da composição corporal, onde encontramos a gordura corporal. Uma vez, estes constituintes elevados acima dos níveis considerados adequados para homens e mulheres pode conduzir ao sobrepeso e à obesidade. Tais factores, segundo (Guedes, 1994) são elementos de risco para o desenvolvimento das patologias denominadas crónico-degenerativas, entre as quais se destacam as doenças coronarianas, pulmonares, a diabetes tipo 2, a hipertensão arterial e alguns tipos de cancro, assim como morte prematura (Guedes, 1994).

Dados recolhidos em estudo realizado (Vega, 1997), referem inclusive que as crianças que vêem uma média de três horas e meia de televisão por dia chegam a ver uma média de 100 spots publicitários por dia.

Importa, portanto, dar mais atenção aos efeitos da televisão nas crianças e nos jovens. Abrantes et al. (2003) apontam, inclusive, no caso da população portuguesa, para o facto das crianças passarem mais tempo perante a televisão do que a falar com os pais ou nos bancos da escola.

Tendo em conta o que atrás se explanou e reforçando que muitas horas de exposição em frente ao Televisor poderão alterar os comportamentos e atitudes dos indivíduos, predispondo-os ao aumento de peso, e conseqüentemente à obesidade., foi formulado o seguinte problema:

Será que as crianças que apresentam sobrepeso e obesidade apresentam comportamentos diferentes, quer no tempo quer no tipo de programas televisivos?

1.1 Objectivos

1.1.1 Objectivo geral

Verificar se existem diferenças em crianças obesas e não obesas, com idades compreendidas entre 10 e 13 anos, relativamente ao tempo que passam em frente à televisão.

1.1.2 Objectivos Específicos

- Caracterizar a incidência de obesidade das crianças que integram a amostra;
- Caracterizar o número de horas que as crianças passam em frente do televisor;
- Caracterizar o tipo de programas que as crianças vêem na televisão;
- Comparar a incidência de obesidade tendo em conta o género;
- Comparar género feminino e masculino tendo em conta o tempo passado a ver televisão.

CAPÍTULO II

2. Revisão de Literatura

2.1 Obesidade

Obesidade, *nediez* ou *pimelose* (tecnicamente, do grego *pimelē* = gordura e *ose*= processo mórbido) é uma doença na qual a reserva natural de gordura aumenta até estar associada a certos problemas de saúde ou ao aumento da taxa de mortalidade. Apesar de se tratar de uma condição clínica individual, é vista, cada vez mais, como um sério e crescente problema de saúde pública, uma vez que o excesso de peso predispõe o organismo a uma série de doenças, em particular doença cardiovascular, diabetes mellitus, apnéia do sono e osteoartrite (Halpen, 1998).

A obesidade é definida como a acumulação excessiva de tecido adiposo corporal, que comparativamente com amassa magra e o sobrepeso tem uma proporção de peso maior que a desejável para estatura. Trata-se de uma condição etiológica multifatorial (biológica, psicológica e sócio-económicas), sendo que a causa é o excesso de calorias consumidas em relação às calorias gastas (Oliveira et al. 2003). Para identificar o excesso de peso utiliza-se o índice de massa corporal (IMC) que é a relação entre o peso (kg) e a altura (m) elevada ao quadrado, amplamente utilizado como indicador do estado nutricional, devido à boa correlação com a massa corporal e baixa correlação com a estatura Santos (&) Sichieri, 2005).

Segue a abaixo, a concepção de alguns autores que tem apresentado um estudo aprofundando sobre a doença. . seguido de ,

De acordo com a Clinincal Reference Systems (2005), a obesidade é geralmente definida como a condição de pesar 20% ou mais acima do seu peso ideal que pode ser verificado numa tabela de peso. Nos Estados Unidos, cerca de uma em cada cinco crianças entre os 07 e 12 anos de idades são obesas.

Francischi et al., (2000) comenta que a obesidade é, provavelmente, a alteração metabólica mais antiga que se conhece, tendo sido descrita numa monografia datada do século XVII. O semanário médico *The Lancet*, em 1926, em editorial chamava a atenção para a diminuição da expectativa de vida em indivíduos obesos.

Para Fisberg (2005), a obesidade trata-se de uma doença genética, com origem em vários pares de genes, que é modificada pelo meio ambiente. Assim, o estilo de vida é o principal factor que vai determinar se o indivíduo será ou não obeso, mesmo tendo a predisposição genética. De uma maneira didáctica, podemos dizer que a obesidade é função do que ingerimos e do que gastamos, como uma balança; se comemos muito ou gastamos pouco, temos uma maior probabilidade de termos a obesidade segundo Fisberg (2005).

Ribeiro, et al (2001) definem a obesidade como uma enfermidade crónica que acompanhada de múltiplas complicações, caracterizada pela acumulação excessiva de gordura numa magnitude tal que compromete a saúde.

A obesidade é considerada é uma doença, de acordo com Pedrosa (2000) , desde 1985 e vem merecendo uma atenção cada vez maior por parte dos médicos e instituições de saúde. Tal facto decorre do número cada vez maior de obesos observado em todo o mundo, inclusivé no Brasil. Dados estatísticos revelam que cerca de 10% da população brasileira é considerada obesa, sendo a maioria do sexo feminino. O aumento mundial da **obesidade** teve início aquando da revolução tecnológica que trouxe novos hábitos de vida e de alimentação para o ser humano.

Silva (2004), relata que a obesidade habitualmente coincide com o aumento de peso, sendo definida como o aumento da gordura corporal, em comparação com a massa magra, num nível tal que possa ser a associado a um risco elevado para a saúde, assim como a herança genética .

Guedes e Guedes (2003) entendem o sobrepeso como um “aumento excessivo do peso corporal total, o que pode ocorrer em consequência de modificações em apenas um de seus constituintes (gordura, músculo, osso e água) ou em seu conjunto”.

Lopez e Ribeiro, (2001) definem a obesidade como, uma enfermidade crónica que se traz consigo múltiplas complicações, caracterizada pela acumulação excessiva de gordura numa magnitude tal que compromete a saúde, sendo que, entre as complicações mais comuns está o diabetes mellitus, a hipertensão arterial, as dislipidemias, as alterações osteomusculares e o incremento da incidência de alguns tipos de carcinoma e dos índices de mortalidade. Embora a obesidade seja ainda o resultado de ingerir mais energia que a necessária. Não há dúvidas que este consumo excessivo pode iniciar-se

em fases muito remotas da vida, nas quais as influências culturais e os hábitos familiares possuem um papel fundamental. Por isso dizemos que a obesidade possui factores de carácter múltiplo, tais como os genéticos, psicosociais, cultural-nutricionais, metabólicos e endócrinos.

2.1.2 Prevalência da Obesidade

Estudos realizados em diferentes locais, nas regiões Sul, Sudeste e Sudoeste do Brasil têm revelado prevalências de sobrepeso e obesidade alarmantes. Em Jundiaí/SP, foi encontrada uma prevalência de sobrepeso igual a 13% e de obesidade igual a 9% em adolescentes de 10 a 18 anos (Vanzelli et al., 2008). Em Santos/SP, encontrou-se prevalência de 15,7% e 18,0% de sobrepeso e obesidade, respectivamente Fisberg et al, (2006).

De acordo com estudos do IBGE,(2006) está aumentando o número de pessoas obesas. As pesquisas indicam que há cerca de 17 milhões de obesos no Brasil, o que representa 9,6% sendo que 2,8 são crianças e adolescentes com idades entre 03 á 14 anos de idade. Segundo a - OMS, (2004) há 300 milhões de obesos no mundo e, destes, um terço está nos países em desenvolvimento. A OMS considera a obesidade um dos dez principais problemas de saúde pública do mundo, classificando-a como epidemia.

Segundo estudos publicados relatando o epidemia da obesidade nos Estados Unidos, mostra que em 2004, a percentagem de pessoas obesas cresceu de 23,7% para 24,5% da população, com aumento em 48 dos 50 Estados Americanos. Entre os anos de 1987 a 2002, as despesas com obesos tiveram um incremento de US\$ 3,6 bilhões por ano (2% das despesas médicas particulares) para US\$ 36,5 bilhões (11,6%). Há duas décadas, entre as crianças, o problema vem crescendo e especialistas já tratam de casos diagnosticados como "diabesidade". Crianças e adolescentes começaram a ser vítimas de diabete tipo II, além de apresentarem quadros de hipertensão arterial e colesterol alto. Fonte: <http://www.diabetes.org.br/>

De acordo com um levantamento do IBGE (2005) há 38,8 milhões de pessoas com excesso de peso, no Brasil. Das crianças de 7 a 13 anos, segundo pesquisa do Instituto LatinPanel, do grupo IBOPE, 35% estão acima do peso (Iwasso, 2005).

Guedes e Guedes (1998) num estudo realizado em Londrina, PR, região Sul, envolvendo um grande número de crianças e adolescentes de ambos os sexos com idades entre 7 e 17 anos, encontrou uma prevalência de sobrepeso e obesidade em 23% das raparigas e 17% dos rapazes.

Em Portugal a prevalência da obesidade infantil, a nível nacional é de 30%, uma das mais elevadas da Europa (Padez et al., 2004), a par da Itália e da Grécia.

Segundo a OMS, e tendo por base os dados do NHANHES I, II e III, registou-se nos EUA, ao longo das últimas 3 décadas, um aumento significativo da prevalência da obesidade na idade adulta, sendo este muito acentuado na infância (15%) e na adolescência (11%) (NCHS, 1995), estimando-se actualmente que 50% da população americana apresenta sobrepeso/obesidade. Estudos de projecção apontam para uma prevalência de adultos obesos nos EUA de 30% em 2015 e superiores a 40% em 2025.

Na Europa ocidental, dados recentes apontam para uma prevalência de 30% de sobrepeso/obesidade na população adulta, verificando-se para Portugal valores de 35% e 14,4 (C% respectivamente armo et al).

Em França, um estudo recente (2001) aponta para valores superiores ao dobro na prevalência da obesidade pediátrica desde a década de 80 (6 para 15%). De notar no entanto que na Europa a maioria dos inquéritos nacionais são baseados em entrevistas e não em recolha de dados no terreno (medições de populações), razão pela qual será de supor que as prevalências de sobrepeso/obesidade actualmente conhecidas estejam subestimadas. Por outro lado, e embora a OMS preconize a utilização do índice de massa corporal (IMC), a definição de obesidade pediátrica não é fácil, e o recurso a diferentes metodologias para a sua caracterização não só dificulta a interpretação dos dados existentes como justifica os largos intervalos de prevalência encontrados em diferentes estudos.

Não existe de momento uma noção real da prevalência de obesidade pediátrica (0-18 anos) no nosso país. Num grupo de crianças do norte-interior de Portugal seguidas prospectivamente ao longo dos últimos 10 anos Guerra, et al.(2002) observa-se um desvio para a direita dos percentis do IMC, traduzindo-se num aumento da ponderosidade/adiposidade, apresentando ainda a população portuguesa, quando comparada com outros centros europeus (Euro Growth Study), um valor médio de IMC dos mais elevados. Num trabalho realizado com adolescentes do grande Porto (Mota J et al), a prevalência de obesidade entre os 8-13 anos oscila entre os 4-11,1%.

Um outro estudo, realizado no Porto por (Alves, et al (1999) e envolvendo adolescentes do sexo feminino, aponta para uma prevalência de 21% de sobrepeso e 6% de obesidade, valores sobreponíveis aos encontrados no Concelho de Oeiras. Mais preocupantes são os valores encontrados nos Açores Maia, et al,(2002) onde a prevalência de sobrepeso e obesidade no arquipélago é de 15% e 12% respectivamente, atingindo em algumas ilhas (Sta. Maria, Faial e S. Jorge) valores de prevalência de obesidade que oscilam entre 19,6% e 22%. Sendo inquestionável a existência de uma base genética, a sua importância na expressão clínica (fenotípica) da obesidade humana é alvo de controvérsia. Não sendo admissível que as últimas 3 décadas constituam tempo suficiente para que se tenha registado uma mudança significativa do pool génico da humanidade (Prentice et al), o aumento observado para a sua prevalência só poderá ser explicado pela modificação dos hábitos de vida das populações.

2.1.3 Causas da Obesidade

Os agentes promotores da obesidade são hormonais, hereditários, ingestão excessiva de alimentos e os baixos níveis de actividade física. Destes, na maioria dos casos, os factores relacionados com o estilo de vida (alimentação e actividade física) representam a combinação mais efectiva para o controlo de peso e o desequilíbrio é a principal causa do crescente índice de sobrepeso (IMC>25) observado na nossa população (Nahás, 2001).

Apesar da influência genética no ganho de peso corporal, para muitos autores os factores ambientais, como estilo de vida sedentário e hábitos alimentares inadequados são determinantes neste processo (Who, 1998; Bouchar, 2003).

Muitos são os fatores envolvidos na obesidade, tais como: os comportamentais (estatuto económico, educação, actividade física, nutrição, tabagismo); os metabólicos (factores genéticos, metabólicos e endócrinos) e os biológicos (raça, género, idade, gravidez), que influenciam ou predisõem o indivíduo para o desenvolvimento a obesidade (Figura 1). (Salbe & Ravussin, 2002).



Figura 1. Causas da obesidade (Salbe & Ravussin, 2002).

2.1.4 Consequências da Obesidade

Este incremento na prevalência de sobrepeso e obesidade infantil tem preocupado os profissionais e pesquisadores da área da saúde, pois além de ser um grande preditor da obesidade na vida adulta (Luo e Kalberg, 2000), o excesso de peso corporal na infância está associado a doenças crônico-degenerativas (Saxena et al., 2004).

Actualmente existe um grande número de estudos que mostram que o excesso de peso e gordura corporal está relacionado com a existência de doenças crônico-degenerativas, e assim reduzem significativamente a qualidade de vida dos indivíduos (Nanchahal, 2005; Bouchard, 2003.).

Segundo Schiwimer et al. (2003), a nível individual esta redução nos aspectos qualitativos da vida ocorre não apenas em função de problemas médicos e fisiológicos, mas também devido a problemas psicológicos.

O rápido aumento da prevalência da obesidade na infância e adolescência em todo o mundo nas últimas décadas é um facto preocupante, pois, além de ser considerada um grande problema de saúde pública, a obesidade infantil pode acarretar diversas conseqüências para a saúde, tais como: ortopédicas, neurológicas, pulmonar, endócrinas, fatores de risco para doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, dislipidemia, intolerância a glicose, hipercolesterolemia), conseqüências sociais e econômicas, persistência da obesidade na vida adulta (Stein & Colditz, 2004; Dehghan et al., 2005).

O sobrepeso também é considerado um importante factor de risco cardiovascular, e caso não seja controlado, posteriormente pode provocar aumentos da adiposidade tanto em adultos quanto em crianças (Wisemandle et al., 2006).

Conforme, Escrivão et al. (2000), crianças obesas passam também por sérios problemas psicológicos, como auto-estima baixa, imagem corporal alterada e conseqüentemente acaba por isolar-se.

È importante ressaltar também que a obesidade infantil é um dos grandes factores de risco para o desenvolvimento da obesidade na vida adulta (Luo & Kalberg, 2000), e de acordo com (Whitaker et al. 1997), crianças obesas quando comparadas às eutróficas apresentam o dobro da probabilidade de se tornarem adultas obesas. Entretanto, conhecer as prevalências de sobrepeso e obesidade ainda na infância é muito importante, existem evidências que nos remetem para a possibilidade de que mais de 60% das crianças obesas apresentam um ou mais factores de risco cardiovasculares como hiperinsulinemia, intolerância à glicose, dislipidemia e hipertensão (Río-Navarro et al, 2004).

Neste estágio o excesso de gordura na região do abdómen tem uma relevância muito maior que o total de gordura corporal no tocante a problemas metabólicos tais como: pressão arterial elevada, hiperinsulinemia, diabetes tipo 2 e dislipidemia (Freedman et al., 1999).

A obesidade causa problemas psicossociais, transtornos psicológicos, bem como a discriminação sofrida pelos obesos na sociedade, diminuindo a sua auto-estima, levando-os a uma maior vulnerabilidade à depressão e maior busca pelo alimento, e afastamento das actividades sociais. Esta estigmatização e rejeição

começam na idade pré-escolar, afetando a performance escolar e os relacionamentos (Fisberg, 2005).

A obesidade contribui para diminuição da expectativa de vida. Quando a exposição é por tempo prolongado, i.e., desde a infância/adolescência, a obesidade contribui para um excesso na mortalidade por todas as causas e por doenças cardiovasculares, especialmente no sexo masculino.

Estudos realizados pela OMS (2003) têm mostrado que crianças e adolescentes obesos são mais propensos a permanecerem obesos na vida adulta o que dificulta o tratamento para a causa, tendo neste tempo desencadado outros tipos de doenças derivados da obesidade.

A prevenção e o tratamento da obesidade e do sobre-peso pode ser mais fácil nas crianças do que nos adultos dado que as crianças ainda se encontram em fase de crescimento. Relacionado com o aumento da necessidade de energia durante o crescimento, uma criança pode realizar reduções no tecido adiposo sem reduzir a quantidade de energia consumida (Doak et al. 2005).

Tratar e investigar a obesidade antes da idade adulta é extremamente importante, pois os hábitos e estilos de vida da criança e do jovem são mais fáceis de mudar do que os hábitos e estilos de vida do adulto. Além disso, os jovens sofrem mais a pressão da sociedade para que fiquem magros e a preocupação com o peso é maior, pois a gordura impede que os jovens se sintam integrados no seu grupo de pares (Gavino, 1992).

A obesidade infantil está associada a conseqüências negativas para a saúde da criança e do adolescente, incluindo inflamações crônicas, aumento da tendência a coagulação sanguínea, resistência à insulina, diabetes tipo 2, hipertensão, complicações ortopédicas, alguns tipos de cancro e até apnéia do sono. Quadro psicológico conturbado, com diminuição da auto-estima, depressão e distúrbio da auto-imagem também está associado à obesidade infantil. Como a criança obesa tem um maior risco de tornar-se um adulto obeso, poderá haver conseqüências profundas na saúde pública nos próximos anos como resultado das doenças associadas à obesidade, como diabetes tipo 2, doenças cardíacas e infarte (Bray, 2002).

Uma das preocupações com o aumento da obesidade é a associação com os factores de risco cardiovasculares como diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, algumas formas de câncer, apnéia do sono, osteoartrite (Figura 1). Outras questões a serem consideradas são as alterações metabólicas associadas à obesidade, pois o que era

evidente apenas na população adulta, atualmente, está se manifestando com maior frequência na infância e adolescência (Bray, 2002).



Figura 2. Implicações associadas à obesidade (Bray, 2002).

È importante que a prevenção tenha uma visão multidisciplinar, que combine a educação nutricional com a actividade física e também a avaliação e o trabalho de variáveis psicológicas associadas ao excesso de peso (Pereira, 2000).

2.1.5 A Televisão

Segundo a literatura mais recente, a televisão desempenha um papel importante na gênese da obesidade infantil. A televisão reforça o estilo de vida sedentário e promove uma alimentação desequilibrada através da publicidade. Segundo um estudo de Deco (2004), a categoria de produtos mais publicitados, durante a programação infantil, é a dos bolos e chocolates, alimentos ricos em açúcar e gordura e portanto pouco interessantes numa alimentação saudável. É, por isso, importante reduzir o tempo que as crianças despendem a ver televisão, recomendando-se menos que 2 horas/dia.

Este é hoje em dia, o meio mais usado pela população. O custo é mínimo, não há limites de idade para acesso, e a tecnologia é avançada para acesso em diferentes áreas.

Mas, é cada vez mais preocupante que o facto de o uso da televisão, tornar 65% da população dependentes desde cedo, proporcionando indirectamente o sedentarismo, atingido-os lentamente com sérios problemas de saúde, sendo hoje taxado a nível mundial como epidemia- A Obseidade (Doença do Século XXI).

Segundo Linn (2006), a televisão pode afectar o comportamento das crianças, através da excitação causada na exposição. A intensidade de qualquer outra emoção pode ser afectada por essa excitação, levando a que a experiência televisiva encoraje ou iniba certos comportamentos, como os casos de violência, o uso abusivo de álcool, entre outros.

Não se trata de atacar os média, que também prestam um grande trabalho à sociedade, informando os acontecimentos dos sectores públicos e privados. Segundo Linn (2006), a maior problemática situa-se na postura ingénuo e submissa, além da relação de dependência do círculo da globalização, que colocou a televisão como ponto central da vida das pessoas.

Uma pesquisa, desta vez mexicana, demonstrava relação entre os problemas entre televisão e hábitos de alimentação em crianças. Num artigo publicado na Revista Chilena de Nutrição, – afirmam que “usos exagerados de TV estão relacionados com um grande consumo de gorduras e açúcar e maior consumo de fast foods” CMI Brasil, (2007)

Esta pesquisa apresenta a TV como mediadora do fenómeno da obesidade. Os dados foram obtidos em São Luis Potosi, no México. A investigação foi realizada tendo como objectos de estudo crianças entre 6 e 13 anos de idade, que estudavam em escolas primárias na região urbana na cidade, provenientes de famílias incluídas na classe média. Foram utilizadas, entre outras ferramentas de pesquisa, discussões em grupo e entrevistas individuais. A metodologia teve por objectivo obter resultados qualitativos – quanto à natureza das informações recebidas – e quantitativos – quanto à quantidade das informações que se tornariam disponíveis para o desenvolvimento da tese. Obtiveram-se os seguintes resultados, cerca de 80% das crianças pesquisadas comem enquanto assistem TV, e outra quantidade equivalente assiste TV enquanto come. Também consta que 41% das crianças assistem uma a três horas diárias de televisão, e outros 29% assistem mais de três horas. Dados estatísticos apresentados pelos pesquisadores apontam que 5,2% das crianças apresentaram um índice de massa corporal (IMC) maior que 25, e 3,4% um índice maior que 27. Embora, a maioria das crianças, então, não tenha apresentado sobrepeso ou obesidade, para os pesquisadores, os dados já indicam

preocupação e necessidade de alerta para a situação que se irá desenvolver quando estes sujeitos alcançarem a idade adulta.

Para Sampaio (2000), “A obesidade associa-se à equação criança / televisão / consumo / obesidade”, e “a pesquisa contribui para os esforços da comunidade médica no tratamento da obesidade, destacando e visualizando as relações entre a moléstia e o acto de assistir televisão”. Eles afirmam ainda que “o estudo comprovou que a ciência social e a comunicação podem estudar problemas de saúde pública, que anteriormente eram estudados e atacados de maneira unidisciplinar. Ambas as ciências podem chegar a resultados pouco conhecidos, e é por isso que essa investigação descobriu cientificamente que a televisão actual é uma fonte de poder que interfere de maneira ideológica no consumo alimentício televisivo”, além de incentivar ao sedentarismo.

O Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2000) aponta que crianças de 4 a 14 anos representam 37.245.906 de brasileiros, quase 22% da população do país. Além disso, 78% dessas crianças vivem em situação domiciliar urbana, ou seja, mais próximas dos bens de consumo e expostas à comunicação publicitária estrategicamente dirigida a segmentos específicos, em diversos meios sendo que a televisão predomina em 56% a preferência das crianças. Esta segmentação, ocorrida com a criança e com outros grupos, é uma prática da sociedade pós-moderna. Um agrupamento que incorporou ao seu quotidiano a cultura do consumo; entendida por Sampaio (2000), como a ênfase ao mundo das mercadorias e a seus princípios de estruturação. A expansão desta cultura de consumo e sua manutenção são garantidas pelos media, principalmente na publicidade: o mais notável meio de comunicação de massas da época.

Promover o consumo de produtos e serviços. São mensagens dispostas por toda parte, em diversos meios de comunicação, media, no quotidiano das crianças e adultos, associadas ao luxo, erotismo, beleza e fantasia. Entendendo ser a publicidade, concatenada ao seu canal principal, os media, os agentes de fomento da cultura de consumo, partir-se-á para a argumentação, com enfoque na comunicação em massa dirigida às crianças, sobre conceitos que permeiam a temática tais como: sociedade contemporânea, infância, consumo e media. (Toaldo, 2007, p. 98).

Como período filosófico, a modernidade surgiu com Descartes, não representando necessariamente uma idéia de passado, pelo contrário, o início de uma nova “sensibilidade diante da realidade e da vida”, como afirma Teixeira (2005).

A modernidade caracteriza-se, essencialmente, como a ênfase às tecnologias em detrimento do humanismo. Nela, os elementos que justificam a sociedade baseiam-se na produção e relações de trabalho, tal como defende o pensamento marxista, ou na democratização político-económica engajada pelo neoliberalismo, ou seja, a lógica do capital.

Até certo momento, a própria modernidade era capaz de se explicar nas suas reduções racionais e tradicionais dos elementos que ela própria criara. O pós-moderno emana das contradições e exageros encontrados no moderno. Surge como uma reação às estruturas solidificadas, desconstruindo os modelos e teorias sobre o consumo, globalização, padronização do modo de vida, hegemonia mercantil e massificação. Lipovetski, (2000)

Uma pesquisa realizada por Sampaio (2000), mostra a associação entre anúncios publicitários e os alimentos que as crianças consomem. Este fato é comprovado por duas nutricionistas entrevistadas pelo autor, que demonstraram na realização de uma dissertação de Mestrado, a entrevista de 235 alunos de 1ª a 4ª série do ensino fundamental de uma escola pública e uma particular da cidade de São Paulo, na qual se pode comprovar que todos eles com idade entre 8 a 13 anos de idade assistem a mais de oito horas diárias de televisão. Segundo o autor: “É preocupante ter tanto comercial de alimentos. O apelo é grande e as crianças pequenas não têm muito discernimento e vêem o comercial como parte da programação”. (Sampaio, 2000).

Prado (2000) integrante da ONG Tver, avalia a qualidade da informação televisiva, lembra que há penalidades para anunciantes, agências e veículos que se aproveitam da deficiência de julgamento da criança - jovem e não respeitam a ingenuidade, credulidade, inexperiência e sentimento de lealdade.

Segundo Almeida (2002), 27,47% dos anúncios televisivos referem-se a produtos da área da alimentação. Na composição destes comerciais, observa-se que 58% se referem a anúncios de gorduras, óleos, açúcares e doces; 21% são sobre pães, cereais, arroz e massas; 12% sobre leites, queijos e iogurtes; apenas 9% são referentes a carnes, ovos e leguminosas e inexistem anúncios relacionados a frutas e vegetais. Isso demonstra que, caso essas ofertas sejam consumidas, a alimentação irá se caracterizar pela carência e má qualidade em termos nutricionais e de necessidades diárias.

Frente à exposição televisiva, o comportamento de cada criança vai depender de inúmeras variáveis como: experiências anteriores, ambiente cultural e familiar, frequência da exposição e características do expectador infante-juvenil. Estas condições irão determinar a maneira como cada criança irá interpretar a imagem e o comportamento seguinte.

Segundo Áries (2003), os media tendem a produzir sujeitos infantis metamorfoseados em “adultos em miniatura”. Numa sociedade capitalista, mas também marcada pela mercadorização das relações sociais, as crianças e os adolescentes deixam de ser vistos na perspectiva de sujeitos de direitos, para serem vistos como potenciais consumidores, transformando-os numa fatia de mercado que envolve bilhões de dólares. Muitas vezes, as ofertas são incompatíveis com o poder de compra das famílias.

No Brasil, cerca de 27,4 milhões de crianças vivem em famílias com renda menor ou igual a meio salário mínimo. Este universo de crianças fica aliado deste mercado interno, perpetuando um ciclo de pobreza e exclusão social. Entretanto, os apelos ao consumo não são indiferentes a esta massa de jovens excluídos, que, muitas vezes buscam reconhecimento, senso de pertencimento e inclusão social através da aquisição de produtos de marca (IBGE, 2007).

A partir dos estudos de Ariès (2003), a sociologia reconhece a criança como sujeito histórico e social, participativa e criadora de culturas. Áries, afirma que é no final do século XVII que a infância passa a ser entendida como uma fase autónoma à idade adulta, ao contrário da visão medieval de homunculus, ou homem em miniatura. por se tratar de uma relação entre a criança e o consumo de material publicitário, entende-se como apropriada a classificação feita pelo instituto de pesquisa mercadológica Ibope Media Quizz, que em seu material limita a infância ao intervalo etário entre quatro e quatorze anos.

Pesquisas realizadas pela OMS (2005) apontam como uma das principais causas da obesidade infantil o aumento contínuo do consumo de alimentos industrializados e de alto teor de calorias, como consequência, a saúde fica prejudicada e estas acabam por engordar muito rapidamente, de acordo com o peso adequado para suas idades.

Durante as primeiras fases da vida humana, a actividade principal do organismo é crescer e desenvolver-se. Assim sendo, quando os factores ambientais são negativos existe o retardamento desse processo e quando positivos tendem a incentivar o crescimento (Silva et al. 2006). Quando não é insentivado da maneira correcta, a criança tende a crescer de forma irregular.

Dietz e Gortmaker (2000) demonstraram a existência de uma relação causal entre TV e obesidade em adolescentes de 12-17 anos. A prevalência de obesidade aumentava 2% a cada hora adicional de TV. Da mesma forma, Gortmaker et al. sugeriram que o risco de sobrepeso aumenta em 4,6 vezes em adolescentes de 10-15 anos que assistem TV mais de 5 h/dia, comparados àqueles que assistiam por até 2 h/dia.

Presente em quase todos os lares, a TV é uma forma de lazer acessível a todas as camadas da população e, por vezes, substitui a actividade física por ausência de segurança (ou percepção de segurança) nos equipamentos públicos de lazer, principalmente nos grandes centros urbanos. Além disso, a TV exerce influências negativas sobre a saúde mediante programas e/ou propagandas com conteúdos de violência, sexualidade, nutrição e obesidade e uso/abuso de tabaco e álcool. Um exemplo na TV brasileira foi apresentado por Almeida et al. (2001).

O sedentarismo é outro fator que contribui para o aumento da prevalência da obesidade. Adolescentes mais activos tendem a apresentar menores valores de gordura corporal (3,12). Silva (1998) também encontrou essa tendência, embora as diferenças não sejam significativas em nenhum dos sexos. O tempo de assistência à televisão também está relacionado com a incidência de obesidade tanto em crianças quanto em adultos.

Os dois prováveis mecanismos responsáveis pela obesidade são o baixo nível de actividade física durante a assistência à TV e o aumento das possibilidades de ingestão de alimentos nutricionalmente pobres, de acordo com o Caderno Saúde Pública (2000). A mudança dos hábitos de vida com o aumento do sedentarismo e a adopção de hábitos de vida não saudáveis, com alimentação não adequada e as incorporações de hábitos procedentes das sociedades americanizadas podem explicar o aumento descontrolado da obesidade (Fisberg, 2006).

Uma das principais causas da obesidade em crianças e adolescentes são provenientes, na maioria das vezes, do resultado do desequilíbrio entre actividade física e o consumo de alimentos com alta densidade calórica. Estudos têm mostrado que o número de horas que adolescentes passam assistindo TV também é um dos importantes factores associado à obesidade, levando a um aumento de 2% na prevalência da obesidade para cada hora adicional de televisão nesses jovens. Para Dietz (&) Gortmaker (2001), o acto de assistir TV possui uma relação linear com

a prevalência de obesidade na infância, além de constituir a mais popular forma de sedentarismo nos Estados Unidos (Dietz & Gortmaker, 2001).

No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou que mais de 40% da população está com excesso de peso (obesos ou com sobrepeso) – tendência que vem sendo constatada há quase três décadas no Brasil. Além de 40% da população apresentar excesso de peso, o instituto revela que a maioria da população (65% a 70%) é sedentária. De acordo com dados do IBOPE, o brasileiro passa, em média, 5 horas e 53 minutos por dia assistindo televisão (Silva Freiri, 2006).

2.1.6 Métodos utilizados para avaliação da obesidade

Os métodos utilizados para a avaliação da obesidade dividem-se em clínico e complementares. (Pereira, 2000):

Clinicos

- Peso Corporal/ Peso Relativo
- Pregas Cutâneas
- Índice de Massa Corporal (IMC)
- Relação cintura Quadril
- Circunferência Abdominal Cintura

A avaliação antropométrica é o método de investigação em nutrição baseado na medição das variações físicas e na composição corporal global. É aplicável em todas as fases do ciclo de vida e permite a classificação de indivíduos e grupos segundo o seu estado nutricional (Ministério da saúde, 2008).

Esta medida de avaliação apontada como sendo o melhor parâmetro para avaliar o estado nutricional de grupos populacionais, possibilita diagnósticos individuais e colectivos e prediz o desempenho (Who, 2004).

Os parâmetros mais utilizados para a avaliação antropométrica são as medidas primárias (utilizadas isoladamente), como peso, estatura, dobras cutâneas e

circunferências e as medidas secundárias (combinadas) como Índice de Massa Corporal (IMC), peso ideal, somatória de dobras cutâneas, entre outros.

Na relação peso/altura Índice de Massa Corporal ou Índice de Quetelet Segundo Monteiro (1998a), as relações peso/altura apresentam grande precisão na avaliação da obesidade, pois as medições de altura e peso oferecem baixa margem de erro. Apesar de essas relações não distinguirem o aumento de gordura ou de músculo nem sua distribuição, são úteis quando interpretadas adequadamente. O IMC é considerado um bom índice por medir melhor a adiposidade e se correlacionar muito bem com as pregas cutâneas, além de não necessitar de padronização por idade e minimizar o efeito da altura (Lessa, 1998). Este índice pode ser obtido pela divisão do peso em quilos pela altura ao quadrado, expressa em metros.

O Índice de Massa Corporal (IMC), peso [Kg] / altura [m²], é o parâmetro de escolha para identificar adultos obesos e foi validado para identificar crianças e adolescentes obesos.

Tabela 1 - Valores de IMC (Cole et al.)

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

Fonte: Cole et al. (2000)

Exames Complementares

Os aparelhos disponíveis para este tipo de avaliação fornecem os valores de massa de gordura, massa magra e água corporal por meio de equações preditivas ajustadas para sexo, idade, peso, altura e nível de actividade física. Entretanto, as equações de predição variam conforme o aparelho e da mesma forma que as equações de medidas de dobras cutâneas, através de resultados computadorizados. (Jackson & Pollock,1978).

Citados abaixo:

- Hidrodensimetria
- Dexa
- Tomografia Computadorizada
- Ressonância Nuclear Magnética
- Biopedância (BIO)

Dentre os métodos complementares o mais utilizado e de fácil utilização é a biopedância.

Biopedância

A biopedância utiliza um aparelho que consegue medir a gordura do corpo através de uma corrente eléctrica de baixa intensidade, que é imperceptível. Quanto maior a quantidade de água contida num órgão, mais facilmente a corrente irá passar. Assim, como a gordura possui pouca água, a corrente sofrerá uma resistência maior nos órgãos que têm mais gordura, ocasionando uma corrente mais lenta. Desta maneira, é feito o registro da corrente eléctrica de acordo com a quantidade de água e de gordura presentes no corpo.

Para fazer essa avaliação, são utilizados eléctrodos. Alguns cuidados devem ser tomados, para que o resultado seja perfeito.

Através desse método é estimado de maneira mais fidedigna a massa muscular. Além disso, pode-se fazer um acompanhamento e uma orientação dietética objetivando uma maior perda de massa gorda e menor de massa muscular durante o tratamento de emagrecimento.

A balança pode induzir em erro, já que pode estar a ocorrer perda de gordura e ganho de massa muscular, e conseqüentemente, o peso não se altera ou se pode estar perdendo muita massa muscular o que não se deseja durante o emagrecimento. (Cabral, 2000)

2.1.7 A Alimentação

A vida traduz-se por uma constante procura da manutenção do equilíbrio interno. Desde sempre a alimentação faz parte desse equilíbrio, estando a saúde do indivíduo intimamente ligada à forma como decorre essa alimentação,

Este tem sido ao longo dos séculos um dos principais problemas do homem. Com efeito, ainda hoje, apesar da enorme evolução e desenvolvimento tecnológico, há regiões do mundo nas quais as populações morrem em grande número por carências alimentares. Neste caso, a doença e a morte resultam da falta de alimento em quantidade suficiente (Andreson, 2001).

A alimentação é um dos factores ambientais mais importantes para a saúde e bem-estar dos povos. De acordo com Peres (2006): “A alimentação, através do estado nutricional dela resultante, constitui um factor ambiente com maior repercussão na saúde e na duração da vida”.

2.1.8 A Alimentação no Mundo

A alimentação é uma necessidade primária do Homem, pois dela depende a sua sobrevivência e em grande parte o seu bem-estar. O desenvolvimento das civilizações tem estado intimamente ligado à forma como o indivíduo se alimenta. Primitivamente o Homem obtinha os alimentos através da caça, da pesca e da recolha de frutos e raízes silvestres (Ferreira, 2005).

À medida que o Homem se foi fixando, ia recorrendo à terra para plantar e criar, pois os recursos alimentares adquiridos com facilidade, iam escasseando. Mais tarde, o Homem descobriu a agricultura e a criação de gado, tornando-se agricultor e pastor. Segundo Ferreira (2005), com o tempo, o Homem aprendeu a produzir os seus alimentos e a trocá-los por outros. O facto da região em que vivia ter maior ou menor abundância em certos alimentos levou-o a criar novos hábitos na sua alimentação.

O tipo de alimentação dos povos nas diferentes regiões ajuda-nos a compreender a sua história. Na verdade existe uma grande relação entre a situação geográfica de um povo, o comportamento, o tipo de alimentação e a saúde. Da mesma forma, a frequência de certas doenças pode estar relacionada com os hábitos alimentares das populações. Segundo Peres (2006), assim, certas doenças como a tuberculose, gastroenterites, raquitismo e outras, poderão ser indicativos de alimentação carenciada, enquanto as doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão e outras, poderão ser consequência de uma alimentação excessiva ou não equilibrada.

Conforme Champagne (2002), o saber comer, não pode advir senão de modelos socioeconómicos que realizem todas as dimensões culturais, sociais, emocionais, éticas e racionais da alimentação.

Muitos dos hábitos alimentares são condicionados desde os primeiros anos de vida, por influências externas. Além das condições ecológicas, também o estilo de vida, a estrutura social, as condições de trabalho e mesmo a religião e a cultura, interferem no modo como o Homem se alimenta (Carvalho, 1995).

2.1.9 Alimentação e Saúde

Cada vez mais se enraíza a idéia de que a saúde não se conquista apenas ao tratar a doença, mas, sobretudo ao criar e desenvolver condições sociais que criem bem-estar. Promove-se essa idéia quando essas condições se desenvolvem e universalizam e quando, contemporaneamente, cresce o conhecimento das pessoas acerca do que faz bem e faz mal, de modo que possam, em plano individual, defender-se e, em plano colectivo, compreender e integrar-se em acções que interessem a toda a comunidade (Coucello, 2007).

De acordo com Coucello (2007), embora estar permanentemente saudável seja um objectivo desejável, parece ser impossível à luz dos conhecimentos actuais. Mas se há fatores que tornam susceptíveis a certas doenças, outros há que podem ser influenciados pelo próprio indivíduo. Os investigadores que estudam os padrões das doenças em diferentes populações têm vindo a associar certas doenças a características ou a fatores como a alimentação. É o caso das doenças coronárias, cancro, enfarte e outras doenças graves.

Conforme Saldanha (2000), para além da sua importância na prevenção destas doenças, a dieta ajuda a combater o stress, a insónia e a falta de energia.

Logo, como já se referiu anteriormente, a alimentação constitui um factor de grande repercussão na saúde individual e colectiva. Considera-se mesmo o factor mais importante, no sentido em que modela poderosamente a qualidade e duração de vida.

Segundo a OMS (2005), a situação nutricional decorrente de uma alimentação insuficiente, excessiva ou desequilibrada é hoje o principal problema de saúde no mundo. De acordo com Peres (2006), a falta de alimentação em quantidade e qualidade suficientes, além de responsável por morte e envelhecimento prematuro, também é causa de um viver muito deficiente, sem saúde, dado que as pessoas adoecem com facilidade, possuem pouca capacidade para o trabalho físico e são intelectualmente diminuídas. Peres (2006) ressalta que:

“A alimentação faz-nos pequenos ou grandes, imbecis ou inteligentes, frágeis ou fortes, apáticos ou intervenientes, insociáveis ou capazes de saudável convivência; mata-nos cedo, ainda em embrião no ventre materno, ou tarde, no caso de uma vida plena”. (Peres, 2006, p. 13).

Segundo Ferreira (2005), sendo considerado um meio de prevenção das doenças, a nutrição já recebeu o seu título de nobreza no domínio cardiovascular. É o resultado dos espantosos progressos conseguidos na bioquímica das gorduras e do colesterol. Ela afirma-se enquanto método inevitável na prevenção dos cancros, tanto na perspectiva do público em geral como na dos profissionais da saúde. Ferreira (2005) mencionando Hipócrates: “Que o alimento seja o teu primeiro medicamento!” afirma que esta sábia máxima, objecto de reflexão durante séculos sobre a higiene da vida, é hoje mais que nunca actual. Em todos os tempos, o homem teve consciência da importância da sua alimentação para ganhar e manter a sua saúde.

Peres (2006) ressalta que a nutrição como ciência, é ainda recente, mas parece óbvio que são muitos os problemas de saúde que a alimentação pode ajudar a evitar, a aliviar, ou pelo menos a tornar mais suportáveis. Pode, então, dizer-se que uma alimentação saudável tem como características fundamentais ser variada e adequada às necessidades individuais no que diz respeito ao fornecimento de energia e nutrientes essenciais, obtidos com a ingestão de alimentos naturais, facilmente disponíveis, baratos, saudáveis e de bom paladar.

Socialmente, este desejo emana das classes mais favorecidas, compostas por indivíduos cultos e materialmente privilegiados. O fosso abre-se entre aquele que sabe e

aquele que não sabe ou sabe pouco, ou que não tem consciência de que sabe. Razão pela qual se defende a educação sob todas as suas formas, em particular a nutricional, a fim de contribuir para a satisfação de semelhantes reivindicações, tanto as individuais como as coletivas (Sadanha, 2000).

2.2 Os Alimentos e seus Constituintes Nutricionais

Segundo Nardo (2007), o organismo humano é constituído por células, e para que essas células se formem, são necessárias várias substâncias que se encontram nos alimentos. Neste caso, o corpo necessita de cinquenta a sessenta substâncias diferentes que têm de ser obtidas através da alimentação.

Para se manter saudável, o organismo precisa que lhe sejam fornecido nutrientes de forma regular e equilibrada. Logo, os alimentos são as substâncias que mantêm o organismo a funcionar com todo o seu potencial durante o tempo de vida, a qual se tem direito biologicamente.

Segundo Teixeira (2002), os alimentos contêm os seis nutrientes essenciais para haja um funcionamento perfeito do nosso organismo, segundo o autor o autor precisamos de : Proteínas, carboidratos, gorduras, sais minerais, vitaminas e água. Na comida de cada dia devem-se usar todos os grupos de alimentos, cada um com as suas propriedades específicas e acção nutritiva própria. Deve-se também variar o mais possível dentro de cada grupo e quanto mais se mudar de ementa melhor. Só variando se pode aproveitar as particularidades de cada alimento, o que é indispensável para enriquecer e proporcionar a alimentação (Peres, 2006).

Assim, é importante que a alimentação se guie por três regras principais:

- Os alimentos devem ser nutritivos;
- A dieta deve salvaguardar a saúde e contribuir para combater as doenças e;
- Ter aspecto e sabor atraentes.

Não existem alimentos “bons” nem alimentos “maus”, apenas bons ou más dietas. Ou seja, se foi ingerido apenas fruta e saladas durante todo o dia, um hambúrguer, batatas fritas ou uma boa dose de peixe com batatas, podem ser exactamente aquilo de que o organismo carece.

Todos os alimentos contêm níveis diversos de nutrientes, mas nenhum alimento específico fornece todos os nutrientes de que o organismo necessita.

De acordo com Teixeira (2002), os princípios nutritivos são todos eles indispensáveis, uma alimentação correcta tem que fornecer todos esses princípios em determinadas quantidades e de modo equilibrado, ou seja, de maneira que haja uma relação correcta de quantidade entre todos eles.

As gorduras fornecem ácidos gordos essenciais, que o organismo não consegue produzir, e transportam as vitaminas lipossolúveis A, D, E e K. As proteínas fornecem aminoácidos, a matéria-prima necessária à formação do tecido muscular e à reparação das células. Os micronutrientes incluem os minerais e as vitaminas, ambos essenciais à regulação biológica. Os minerais são utilizados para o crescimento, reparação e regulação dos processos orgânicos. Existem dois tipos de vitaminas: as hidrossolúveis, vitaminas do complexo B e vitamina C, e as lipossolúveis, vitaminas A, D, E e K. Como o organismo não consegue armazenar as primeiras, há que consumir diariamente alimentos que as contenham para prevenir deficiências.

A obesidade tem sido claramente considerada como um problema de consumo calórico, contudo evidências de estudos recentes sugerem que a obesidade é devida, sobretudo a um baixo dispêndio energético em vez de um consumo exagerado de alimentos. O estilo de vida sedentário e uma dieta hipercalórica que caracterizam a sociedade dos países ocidentais parecem ser os fatores mais importantes do desenvolvimento da Obesidade (Erikson, Tamela & Koivisto, 1997).

2.2.1 Eixos de uma Alimentação Correcta

Segundo a maioria dos nutricionistas, comer bem não é comer excessivamente mesmo alimentos de boa qualidade. Ou seja, comer bem, correctamente, racionalmente, é comer o suficiente, nem demais, nem de menos, mas de modo que as crianças se desenvolvam física e intelectualmente e cresçam sem engordarem, que os adultos mantenham o peso ideal e que, uns e outros, sintam bem-estar, boa capacidade de trabalho e para as demais formas de vida, resistência às doenças, e pujança física, intelectual e afetiva durante o maior número possível de anos.

Segundo Peres (2006), um padrão alimentar saudável adaptado às exigências e gostos dos povos europeus, exige as condições a seguir descritas que recolhem o consenso dos especialistas e o aval da OMS.

Formulação de ementas bem equilibradas, agradáveis e respeitadoras de hábitos e tradições, embora abertas à inovação. Uma alimentação saudável deve assegurar o equilíbrio entre os nutrientes energéticos e os não energéticos.

As necessidades individuais de energia dependem de diversos fatores: sexo, idade, peso, clima, fase de crescimento, uma eventual gravidez e grau de actividade. Nos adultos, é este último factor que influi, de maneira determinante, nas necessidades energéticas.

O equilíbrio entre os vários nutrientes energéticos é muito importante, ou seja, não se pode comer apenas gorduras ou açúcares sem pôr a saúde em risco, mesmo que, dessa forma, se atinja a quantidade ideal de calorías.

Segundo Engel (2000) em traços gerais, é desejável que as fontes de energia sejam distribuídas da seguinte forma.

- entre 10 e 15 % sob a forma de proteínas;
- entre 30 e 35 % sob a forma de gorduras;
- entre 55 e 60 % sob a forma de hidratos de carbono (açúcares e amidos).

É ainda desejável que o balanço energético diário seja repartido da seguinte forma:

- 20-25 % ao Primeiro almoço;
- 30-35 % ao almoço;
- 30-35 % ao jantar;
- 15 % entre as refeições.

Daí a importância da elaboração de ementas, ou de esquemas de distribuição dos alimentos ao longo do dia.

O pequeno-almoço deve ser uma verdadeira refeição, que represente 20 a 25 % da contribuição energética total. Variado e bem apresentado, pode ajudar a vencer a falta de apetite matinal e, dessa forma, preparar o organismo para enfrentar a azáfama diária. Devem proporcionar proteínas de origem animal, como as que se encontram no leite, iogurte, queijo e carnes magras - fiambre, que completam, desta forma, o contributo das proteínas vegetais presentes no pão, nas tostas, nas bolachas ou em diversos tipos de cereais.

Deve incluir vitaminas, sobretudo vitamina C, o que se consegue pela presença de fruta ou de sumos naturais. Deve contribuir com ácidos gordos essenciais, através, por exemplo, do uso de margarina, rica em ácidos gordos poliinsaturados.

Relativamente à refeição principal, o fornecimento de proteínas deverá ser assegurado, fundamentalmente, pelo prato principal, na forma de carne ou peixe. A isto há que acrescentar um acompanhamento, que forneça hidratos de carbono: pão, batatas, arroz ou massa. De forma a enriquecer a refeição em fibras, sais minerais e vitaminas, é ainda necessário introduzir legumes, crus ou cozidos, e fruta.

Os pratos complementares asseguram a restante contribuição energética, isto é: uma sopa, sobremesas, entre outros. Também é necessário garantir o suporte hídrico, isto é, a quantidade e a qualidade das bebidas. Convém dar preferência às bebidas não alcoólicas e pouco açucaradas, sobretudo, à água.

Segundo a legislação vigente em nosso país, a "Pirâmide Alimentar é um instrumento, sob a forma gráfica, de orientação da população para uma alimentação mais saudável". (RDC nº39, de 21 de março de 2001). Ela constitui um guia para uma alimentação saudável, onde você pode escolher os alimentos a consumir, dos quais pode obter todos os nutrientes necessários, e ao mesmo tempo, a quantidade certa de calorias para manter um peso adequado.

A pirâmide possui 4 níveis com 8 grandes grupos de produtos, de acordo com a sua participação relativa no total de calorias de uma dieta saudável. Os alimentos dispostos na base da pirâmide devem ter uma participação maior no total de calorias da sua alimentação, ao contrário dos alimentos dispostos no topo da pirâmide, que devem contribuir com a menor parte das calorias de toda a sua alimentação. Cada grupo de alimentos é fonte de nutrientes específicos e essenciais a uma boa manutenção do organismo.

- Grupo de pães, massas, tubérculos: Fonte de carboidratos, nutriente fornecedor de energia. Pães, massas e biscoitos integrais são ainda boa fonte de fibras, que ajudam no bom funcionamento do intestino.
- Grupo das frutas e hortaliças: Ótimas fontes de vitaminas e sais minerais, entre eles, antioxidantes que diminuem o efeito deletério do estresse oxidativo e dos radicais livres. Também possuem boa quantidade de fibras.
- Grupo das carnes: São alimentos compostos basicamente de proteína, muito bem utilizada por nosso organismo para produção de tecidos, enzimas e compostos do sistema de defesa. Além disso, são ricas em ferro e vitaminas B6 (pirixodina) e B12 (cianocobalamina), tendo sua ingestão (nas quantidades adequadas) efeito preventivo nas anemias ferropriva e megaloblástica.

- Grupo do leite e derivados: são os maiores fornecedores de cálcio, mineral envolvido na formação de ossos e dentes, na contração muscular e na acção do sistema nervoso. Além disso, possuem uma boa quantidade de proteína de boa qualidade.

Açúcares e óleos: são pobres em relação ao valor nutritivo, sendo considerados, por isso, calorias vazias.

Todos os grupos de alimentos são importantes para suprir as necessidades de nutrientes dos indivíduos e manter sua saúde, por isso, todos devem ser consumidos nas suas quantidades adequadas. Estas quantidades variam de acordo com as necessidades de cada indivíduo, mostrada na figura abaixo.



Figura 3: Pirâmide alimentar (Figura adaptada: guia para a escolha dos alimentos - S.T.Philipp et al.1996)

Entre os dez e os dezoito anos o desenvolvimento físico é explosivo, enquanto a maturação física intelectual e afetiva se processa. Como a adolescência tem uma forte correlação com condicionantes sociais e culturais, nos países desenvolvidos, tem tendência a prolongar-se para além do termo da maturação física. Em média, a explosão maturadora que se inicia com a puberdade e se prolonga pela adolescência ocorre, em crianças bem alimentadas dos países do Sul da Europa, entre 10 e 16 anos, nas raparigas, e entre 12 e 18,5 anos, nos rapazes. Nas crianças mal alimentadas, o impulso da puberdade arranca mais tarde e o desenvolvimento termina mais tardiamente, tal como em crianças bem alimentadas dos países do Norte da Europa.

De acordo com Peres (2006), é muito importante a alimentação saudável, contribuindo para o êxito escolar em todas as idades.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGIA

Assim, em qualquer investigação, é necessário um método e este não é mais do que uma formalização do percurso intencionalmente ajustado ao objecto de estudo e é concebido como meio de direccionar a investigação para o seu objectivo, possibilitando a progressão do conhecimento acerca desse mesmo objectivo.

De acordo com Bakthin (2005), os métodos de investigação são um procedimento ou um conjunto de procedimentos que servem de instrumento para alcançar os fins da investigação. A maioria dos métodos de investigação, são descritivos, tentam descobrir e interpretar a realidade. A investigação descritiva preocupa-se com as condições ou relações que existem, com as práticas que prevalecem, com as crenças, pontos de vista ou atitudes que se mantêm, com os processos em desenvolvimento, com os efeitos que se sentem ou com as tendências que se desenvolvem.

No caso do presente estudo, a investigação foi descritiva e inferencial onde segundo Baquero (2004), se analisa apenas dados de uma determinada amostra, utilizando os critérios de procedimento científico adoptados. Desta forma, no decorrer da análise realiza-se um estudo de caso, que segundo Pardal (2004), pode e deve ser orientado por um esquema teórico capaz de orientar a recolha de dados e pode apoiar-se em hipóteses ou objetivos metodicamente construídos. O estudo de casos pode apresentar como objetivos:

- Descrever e analisar situações únicas;
- Adquirir conhecimentos ou;
- Diagnosticar uma situação.

Com efeito, pretendeu-se conhecer e caracterizar uma situação, mais especificamente, conhecer os hábitos de televisão de escolares Brasileiros com idades compreendidas entre os 10 e os 13 anos.

3.1 Amostra

Não se tratou, portanto, de uma amostra aleatória, uma vez que não se recorreu ao acaso, permitindo que cada um dos elementos do universo tivesse probabilidade igual de integrar a amostra. Recorreu-se sim a uma amostra de conveniência, não-probabilística ou empírica, intencional.

Foi, portanto uma selecção deliberada, uma vez que o investigador seleccionou de forma directa os elementos concretos dos sujeitos que compõem a amostra.

Participaram do estudo 134 crianças com idades compreendidas entre 10 e 13 anos, que freqüentavam o 2º ciclo 5º e 6º matriculadas em 4 escolas da Rede Publica do ensino Fundamental, Escola Julia H. Sousa, Escola Tiradentes, Escola Sitio Boa Ventura, Escola Estadual Rio do Meio.

Das 134 crianças, 50,7% (n=68) são rapazes e 49,3% (n=66) são raparigas, com idades compreendidas entre os 10 e 13 anos. A amostra masculina apresenta uma média de idades de 10,50 ($\pm 0,50$) e a feminina 11,78 ($\pm 0,83$).

Tabela 2 – Caracterização Geral da Amostra em Função da Idade e do Sexo

| Sexo | % | Mínimo | Máximo | Média | D.P |
|------------------|-----------|---------------|---------------|--------------|------------|
| Masculino | 50,7 (68) | 9,87 | 12,65 | 10,50 | 0,50 |
| Feminino | 49,3(66) | 9,97 | 13,00 | 11,78 | 0,83 |
| Total | 134 (100) | | | | |

Na tabela 3, encontramos as características por escola, ciclo, idade e nº de participantes. Sendo que, mediante a sua análise podemos concluir que participaram no estudo 76 alunos matriculados na 5ª série com idades entre 10 e 13 anos, e 58 alunos matriculados na 6ª série do ensino.

Tabela 3: Características por escola, ciclo, idade, e nº de participantes.

| Ciclo | Idade | C. E. P. Júlia H. de Souza | | C. E. Adónis Morski | | C. E. Rio do Meio | | C. E. Tiradentes | | Total | |
|-----------------|--------------|----------------------------|-------------|---------------------|-------------|-------------------|-------------|------------------|-------------|-----------|------------|
| | | Freq | % | Freq. | % | Freq | % | Freq. | % | | |
| 5ª série | 10 | 3 | 3,9 | 7 | 9,2 | 1 | 1,3 | 0 | 0 | 11 | 14,5 |
| | 11 | 9 | 11,8 | 7 | 9,2 | 13 | 17,1 | 2 | 2,6 | 31 | 49,8 |
| | 12 | 2 | 2,6 | 10 | 13,2 | 8 | 10,5 | 0 | 0 | 20 | 29,6 |
| | 13 | 0 | 0 | 5 | 6,6 | 7 | 9,2 | 2 | 2,6 | 14 | 18,4 |
| | <i>Total</i> | <i>14</i> | <i>18,4</i> | <i>29</i> | <i>38,2</i> | <i>29</i> | <i>38,2</i> | <i>4</i> | <i>5,3</i> | <i>76</i> | <i>100</i> |
| 6ª série | 10 | 1 | 1,7 | 2 | 3,4 | 0 | 0 | 2 | 3,4 | 5 | 8,6 |
| | 11 | 5 | 8,6 | 1 | 1,7 | 5 | 8,6 | 3 | 5,2 | 14 | 24,1 |
| | 12 | 7 | 12,1 | 4 | 6,9 | 4 | 6,9 | 10 | 17,2 | 25 | 43,1 |
| | 13 | 2 | 3,4 | 4 | 6,9 | 0 | 0 | 8 | 13,8 | 14 | 24,1 |
| | <i>Total</i> | <i>15</i> | <i>25,9</i> | <i>11</i> | <i>19,6</i> | <i>9</i> | <i>15,5</i> | <i>23</i> | <i>39,7</i> | <i>58</i> | <i>100</i> |

3.1.1 Critérios de Inclusão dos Participantes

Foram incluídos na amostra, os alunos com idades compreendidas entre 10 e 13 anos de idade, matriculados regularmente e frequentantes assíduos, das escolas Estaduais escolhidas com quantitativos, mais especificamente um questionário.

Segundo Carmo (2004), o questionário constitui um meio, por excelência, para obter opiniões, conhecer atitudes e receber sugestões. Ele constitui seguramente a técnica de recolha de dados mais utilizada no âmbito da investigação sociológica.

Cada pergunta do questionário deve contribuir de uma maneira específica para alcançar os objetivos do estudo.

3.1.2 Caracterização das escolas participantes e do número de alunos de cada escola.

Observa-se que 21,6% dos sujeitos da amostra andam da escola C.E.P Júlia M. de Sousa, 29,9% da C.E Adónis Morski, 28,4% da C.E Rio do Meio e os restantes 20,1% da C.E Tiradentes.

Tabela nº 4: Caratezização do número de alunos por escolas participantes.

| Escolas Participantes | Freq. Alunos | % | Total |
|------------------------------|---------------------|----------|--------------|
| C.E. P Júlia M. de Sousa | 29 | 21,6 | 21,6 |
| C. E Adónis Morski | 40 | 29,9 | 29,9 |
| C.E Rio do Meio | 38 | 28,4 | 28,4 |
| C.E Tiradentes | 27 | 20,1 | 20,1 |
| Total | 134 | 100 | 100 |

3.1.3 Caracterização das Escolas participantes.

Escola Estadual Adonis Luis Morski

A Escola Estadual Adonis Luis morski, esta localizada na PR 466 Km 213 no município de Boa Ventura de São Roque, meio Rural, pertecente ao núcleo Regional de Pitanga, Hoje estão Matriculados hoje 982 alunos com idade entre 10 e 18 anos de idade. Tem o Funcionamento do 1º e 2º grau, matutino e vespertino, com cursos profissionalizantes para os alunos matriculados no 2º grau com idades entre 14 a 18 anos de idade.

Escola Estadual Rio Do meio

A Escola Municipal do Rio do Meio está situada no Bairro Vila Nova. Fica a uma distância de 32 Km da sede do NRE de Pitanga no município de Pitanga, na Zona Rural atende 632 alunos com idade entre 07 e 16 anos de idade regularmente matriculados.

Escola Estadual Tiradentes.

A Escola Estadual Tiradentes – Ensino fundamental, está situada na avenida Interventor Manoel Ribas, nº 250 no município de Pitanga – Paraná/Brasil na Zona Urbana com 343 alunos de 10 a 16 anos de idade, sendo 202 no período da manhã e 141 no período da tarde.

Escola Estadual Professora Julia H. De Sousa.

Está situada na rua 1º de maio, 550, na cidade de Pitanga Paraná, Zona Urbana. Nos dias atuais, o colégio atende na comunidade de Vila Planalto cerca de 710 alunos, nos períodos matutino, vespertino e noturno. A maioria da clientela é residente no próprio bairro e oriundos de famílias de baixa renda. O corpo funcional da escola compõe-se de 35 professores, Diretor, Vice-diretor, Orientador Educacional, 4 Supervisores Escolares, Secretário, 4 Auxiliares Administrativos e 9 Auxiliares de Serviços Gerais.

4. Variáveis

As variáveis do nosso estudo agrupam-se em variáveis independentes e dependentes, tendo em conta os objectivos do estudo.

Variáveis Dependentes: Obesidade (IMC) .

Variáveis Independentes: Horas de TV, Gênero, Programas preferidos.

4.1 Instrumentos utilizados na Recolha dos Dados.

A estatura foi medida com uma fita métrica da marca 3M.

O índice de massa corporal (IMC) foi calculado mediante do quociente da massa corporal em quilogramas pela estatura em metros ao quadrado.

Para classificar o sobrepeso e a obesidade, foram utilizados os pontos de corte de IMC, para sexo e idade, propostos pela International Obesity Task Force (IOTF) (COLE et al., 2000). Adoptou-se a expressão excesso de peso para definir sobrepeso e obesidade.

Foi utilizado um questionário que foi respondido pelos alunos, com 15 questões, sendo que 3 questões eram para obter os seus dados pessoais: Nome, escola, idade e escolaridade, com apenas 2 questões descritivas, sendo o nome do participante e o nome da escola o restante das questões para serem respondidas pelos alunos sobre hábitos de televisão, 15 questões objectivas, as quais 12 eram sobre hábitos de televisão.

5. Procedimentos

5.1 Recolha de Informação

Para recolher as variáveis dependentes, utilizamos os procedimentos a seguir:

A altura foi medida entre o vértex e o plano de referência do solo e os dados foram registrados em centímetros.

O peso foi medido com as crianças todas descalças, sem objectos na cabeça, e os dados foram registrados com aproximação em 100 gramas.

Para a detecção do sobrepeso e da obesidade (variáveis dependentes), utilizou-se o Índice de Massa Corporal (IMC; kg/m^2), e a classificação do estado nutricional, nas crianças e adolescentes, foi baseada nos pontos de corte dos valores de IMC, segundo sexo e idade, recomendados por Cole et al.(2000)

Para a recolha de dados referente ao questionário contámos com a ajuda dos professores ministrantes das aulas, no momento da aplicação.

O questionário foi aplicado a uma população de 134 alunos, efetuando-se assim um estudo sobre os hábitos televisivos, bem como os dados pessoais de cada participante.

Para obtenção dos dados relativos as variáveis, independentes, sobre hábitos de televisão, foi utilizado um questionário composto por 15 questões fechadas. O questionário utilizado foi baseado em outros estudos já realizados, sobre dados pessoais, Hábitos de TV, de forma a adaptada à amostra participante (Ribeiro, 2006).

6.2 Tratamentos Estatísticos

Os dados foram tratados no programa estatístico SPSS, versão 17.0. Inicialmente foi utilizada a estatística descritiva para todas as variáveis através da média e desvio padrão e frequências e percentagens. Para comparar género feminino e masculino no IMC e na incidência de obesidade foi utilizado o t teste e o teste X^2 respectivamente.

Para comparar os grupos, normal, sobrepeso e obeso relativamente às horas que veem televisão foi utilizado o teste X^2 .

CAPÍTULO IV

7. Apresentação dos Resultados

7.1 Televisão

Quando analisamos as respostas referente ao número de televisões que cada aluno possuía (tabela nº 4), verificamos que todas as crianças tem televisão, sendo no mínimo 1 TV, e no máximo 3 Tv. Sendo que 55,2% possuem 1 Tv, 30,6 % possui 2 Tv, observa-se que apenas 13,4% tem 3 Televisores, e 5,2 % da possui televisão no quarto em que dorme.

Tabela nº 5 : Número de Televisores em Casa

| Nº de Televisores em Casa | Frequência | % |
|---------------------------|------------|------|
| 1 TV | 74 | 55,2 |
| 2 TV | 41 | 30,6 |
| 3 TV ou Mais | 10 | 13,4 |
| TV no quarto | 7 | 5,2 |
| Total | 143 | 100 |

O nº de horas passadas em frente ao ecrã, está representado na tabela nº 6. Analisando esta tabela concluímos que 21% dos sujeitos do sexo feminino vêm entre 1 a 2 horas diárias de televisão, e 28% 3 horas ou mais. Dentro dos sujeitos do sexo masculino 30,2% vêm entre uma a duas horas e os restantes 3 horas ou mais.

Tabela nº 6: Frequência e percentagem das horas passadas em frente ao ecrã, de acordo com o género.

| Horas de TV | Freq. | % | Freq. | % | Total |
|-------------|----------|----|-----------|------|-------|
| | Feminino | | Masculino | | |
| 1 a 2 h | 20 | 21 | 31 | 30,2 | 51,2 |
| 3h ou + | 46 | 28 | 37 | 11 | 49,8 |
| Total | 66 | 59 | 68 | 41 | 100 |

Na tabela nº 7 encontramos a estatística descritiva para a hoas passadas em ver Tv em função do sexo. Analiasando-a podemos concluir que, os sujeitos dos sexo masculino

passam em média 2.57 horas a ver televisão por dia (D.P=1.27) e dos do feminino 3.02 horas (D.P=1.25).

Tabela nº 7: Números horas passadas em frente a Televisão.

| Sexo | N | Média | D.P |
|-------------|----------|--------------|------------|
| Masculino | 68 | 2.57 | 1.27 |
| Feminino | 66 | 3.02 | 1.25 |
| Total | 134 | | |

Observa-se na tabela nº 8 que a maioria (32,1%) dos sujeitos estão habituados a assistir televisão sozinha, apenas 28.9% tem a companhia dos pais, e 12,1% dos amigos. Apenas 3% assistem televisão acompanhada de um adulto.

Tabelas nº 8: Companhia habitual na assistência televisiva

| Companhia | Frequência | % | Total |
|------------------|-------------------|----------|--------------|
| Sozinho | 43 | 32,1 | 100% |
| Pai | 36 | 28,9 | 100% |
| Irmão | 32 | 23,9 | 100% |
| Amigos | 19 | 12,1 | 100% |
| Adulto | 4 | 3 | 100% |
| Total | 134 | 100 | 100% |

Na tabela nº9 encontramos os resultados relativos ao controlo dos responsáveis pela criança, durante o tempo em que estas visualizam Televisão.

Concluimos que 29,1% dos inquiridos conversam com os pais acerca dos programas televisivos, 27.6% dos sujeitos afirmam que os pais controlam o tempo a que assistem TV, 27.6% pedem aos pais para comprar um determinado produto anunciada na TV, 28.4% afirmam que quando o seu comportamento não é adequado ficam se ver TV, 27.6% comem enquanto vêem TV, e os restantes, 28.4% afirma que os pais escolhem o tipo de programas que estes podem ver.

Tabela nº 9: Frequências para Controle dos Responsáveis no horário televisivo

| Controle dos responsáveis | Sim | | Não | | Total |
|------------------------------------|------------|------|------------|------|--------------|
| | Freq. | % | Freq. | % | |
| Conversa c/ pais sobre TV | 29 | 29,1 | 95 | 70,9 | 100 |
| Controlo do tempo TV | 37 | 27,6 | 97 | 72,4 | 100 |
| Pede ao pai comprar produto Tv | 37 | 27,6 | 97 | 72,4 | 100 |
| Mal comportamento castigo Tv | 38 | 28,4 | 96 | 71,6 | 100 |
| Como enquanto vê TV | 37 | 27,6 | 97 | 72,4 | 100 |
| Pais decidem que programa pode ver | 38 | 28,4 | 96 | 71,6 | 100 |

Analisámos a preferéncia dos programas habituais, como podemos verificar na tabela nº 10, observa-se que o que programas habituais com maior frequência são os filmes com 61,9%, em seguida as novelas com 52,2%, seguida dos desenhos animados com 44,8%, a maioria, 72,4% assistem a publicidade durante os intervalos dos programas, também se observa pouco interesse pelos programas informativos/jornais/doc.históricos com apenas, 10,4%, e 5,2% de interesse.

Tabela nº 10: Programa preferido

| Programas Assistidos | Sim | | Não | | Total |
|----------------------|-------|------|-------|------|-------|
| | Freq. | % | Freq. | % | |
| Novelas | 70 | 52,2 | 64 | 47,8 | 100 |
| Filmes | 83 | 61,9 | 51 | 38,1 | 100 |
| Musicais | 28 | 20,9 | 106 | 79,1 | 100 |
| Doc. Históricos | 7 | 5,2 | 127 | 94,8 | 100 |
| Doc. Científicos | 14 | 10,4 | 120 | 89,6 | 100 |
| Desportivos | 10 | 7,5 | 124 | 92,5 | 100 |
| Dese. Animados | 60 | 44,8 | 74 | 55,2 | 100 |
| Publicidade | 97 | 72,4 | 37 | 27,6 | 100 |
| Informação | 14 | 10,4 | 120 | 89,6 | 100 |

7.2 Obesidade

O IMC dos elementos do género masculino é, em média, de 20,6 enquanto o dos elementos do género feminino é de 20,2. O teste t utilizado para comparar as médias desta variável, revelou um resultado não significativo ($t=,539$; $p=,591$), conforme podemos observar na tabela nº 11.

Tabela nº 11: Comparação do género segundo o índice de massa corporal

| IMC | Feminino | Masculino | t | P |
|-------|----------|-----------|-------|-------|
| N | 66 | 68 | 0,539 | 0.591 |
| Média | 20,6 | 20,2 | | |
| D.P | 4.2 | 3,3 | | |

$P= <0.005$

Quando comparámos a percentagem de obesos, conforme classificação da tabela T. (Cole *et al*, 2000), observámos que 74,6% dos sujeitos têm peso normal, 9% tem índice de sobrepeso e os restantes 16,4% são obesos, conforme podemos observar na tabela nº 12.

Tabela nº 12: Frequencia percentual de crianças normoponderais, com sobrepeso e obesos de acordo com os valores de corte de Cole et al 2000.

| | Frequência | % | Total |
|------------------|-------------------|----------|--------------|
| Normal | 100 | 74,6 | 74,6% |
| Sobrepeso | 12 | 9,0 | 9,0% |
| Obeso | 22 | 16,4 | 16,4% |
| Total | 134 | 100 | 100% |

Tal como podemos observar na tabela nº 13 , 82% dos indivíduos do sexo masculino têm peso normal, 5,9% têm sobrepeso e 11,8 % são obesos. No que diz respeito ao sexo feminino 66,7% são normais, 12,1% têm sobrepeso e 21,2% são obesas. Embora se denotem diferenças entre os géneros, apresentando o sexo feminino incidências de sobrepeso e de obesidade superiores, no entanto, essas diferenças não são estatisticamente significativas ($X^2=4,381$; $p= 0,112$).

Tabela nº 13: Comparação da incidência de obesidade de acordo com o género

| Género | Normal | | Sobrepeso | | Obeso | | Total | | X² | P |
|------------------|---------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|--------------|----------|----------------------|----------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Masculino | 56 | 82,4 | 4 | 5,9 | 8 | 11,8 | 68 | 100 | 4,381 | 0,112 |
| Feminino | 44 | 66,7 | 8 | 12,1 | 14 | 21,2 | 66 | 100 | | |
| Total | 100 | 74,6 | 12 | 9,0 | 22 | 16,4 | 134 | 100 | | |

$p < 0,005$

7.3 Horas de televisão e obesidade

Na tabela nº 14, encontramos os resultados do teste de Independência do Qui-quadrado, pelo que podemos concluir que não existem diferenças entre os grupos, normal, sobrepeso e obesos, de acordo com as horas que passam a ver televisão. Concluimos que, as mesmas são independentes, ou seja, o tempo que os sujeitos passam a ver televisão não é diferente quando tomamos em consideração a incidência de obesidade ($X^2=4,381$; $p=0,112$).

Contudo, observa-se que dos sujeitos que vêm entre 1 a 2 horas de televisão por dia, 44% apresentam peso normal, 5,3% sobrepeso e os restantes 9,7% são obesos, comparativamente, com os que vêm televisão 3 horas ou mais por dia, 56,0% apresentam peso normal, 6,7% têm sobrepeso e os restantes 12,3% são obesos.

Tabela nº 14: Comparação do Índice de obesidade relativamente às Horas de televisão.

| Horas TV | Normal | | Sobrepeso | | Obeso | | Total | | X ² | P |
|----------------|--------|------|-----------|------|-------|------|-------|-----|----------------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| 1 a 2h | 47 | 44 | 4 | 5,3 | 8 | 9,7 | 59 | 59 | 0,47 | 1,440 |
| 3h ou + | 53 | 56,0 | 8 | 6,7 | 14 | 12,3 | 75 | 75 | | |
| Total | 100 | 100 | 12 | 12,0 | 22 | 22,0 | 134 | 134 | | |

P= <0.005

Mediante a análise da tabela nº 15, concluimos que não existem diferenças significativas entre géneros e tendo em conta a incidência de obesidade, quer na amostra de sujeitos que vêm 1 a 2 horas de televisão durante o dia ($X^2=0,809$; $p=0,424$), quer no sub-grupo dos sujeitos que vêm 3 ou mais horas de televisão ($X^2=3,897$; $p=0,142$).

No grupo dos sujeitos que vêm entre 1 a 2 horas de televisão por dia, observa-se que 30,3% dos rapazes apresentam peso normal, 2,6% apresentam sobrepeso e 5,2% são obesos, enquanto que, 21,2% dos homens que vêm 3 horas ou mais de televisão durante o dia apresentam peso normal, 3,2% sobrepeso e os restantes 5,6% são obesos. Ou seja, podemos afirmar que os sujeitos do sexo masculino que vêm mais horas de televisão tem uma maior tendência para a obesidade. Os Sujeitos do sexo feminino,

16,7% vêm entre 1 a 2 horas de televisão por dia apresentam peso normal, 1,4% têm sobrepeso e os restantes 2,8% sofrem de obesidade, comparativamente, com as que vêm 3 horas ou mais, 31,8% apresentam peso normal, 4,8% sobrepeso e os restantes 8,4% são obesas, ou seja, as raparigas que vêm mais horas de televisão também tem uma maior tendência para a obesidade.

Tabela nº 15: Comparação de horas passadas a ver TV com a obesidade em função do género.

| Horas TV | Género | Normal | | Sobrepeso | | Obesidade | | X ² | P |
|----------|-----------|--------|------|-----------|-----|-----------|-----|----------------|-------|
| | | N | % | N | % | N | % | | |
| 1 a 2h | Masculino | 31 | 30,3 | 2 | 2,6 | 5 | 5,2 | 0,809 | 0,424 |
| | Feminino | 16 | 16,7 | 2 | 1,4 | 3 | 2,8 | | |
| 3h ou + | Masculino | 25 | 21,2 | 2 | 3,2 | 3 | 5,6 | 3,897 | 0,142 |
| | Feminino | 28 | 31,8 | 6 | 4,8 | 11 | 8,4 | | |

P= <0.005

CAPÍTULO V

Discussão de Resultados

Neste capítulo iremos discutir e analisar os resultados com base o objectivo pretendidos no nosso estudo é verificar se existem diferenças no número de horas televisivas, tendo em conta a prevalência da obesidade em crianças com idade entre 10 e 13 anos, matriculadas em escolas públicas do Município de Pitanga- Paraná.

Quando comparamos os resultados de acordo com o género concluímos que, embora não se registem diferenças estatisticamente significativas, os sujeitos do sexo feminino passam mais tempo a ver televisão por dia (em média 3,02 horas) do que os sujeitos do sexo masculino, que vêm uma média de 2,57 horas por dia. Tais resultados, vão de encontro aos obtidos num estudo realizado pela VSP (2004) com crianças e adolescentes da faixa etária dos 4 aos 14 anos, onde se concluiu que estas assistem a uma média de 3 horas de televisão por dia, sendo que, o público feminino apresenta uma maior percentagem.

Observou-se também que a maioria das crianças visualiza televisão sem qualquer tipo de monitorização pela parte dos pais ou de pessoas mais velhas, dado que apenas uma minoria dos sujeitos da amostra (3%) afirma que vêm televisão na companhia de um adulto.

Os resultados demonstraram, que uma grande percentagem das crianças assiste aos intervalos publicitários, sendo que, no topo das assistências televisivas encontramos os filmes, seguidos das novelas e dos desenhos animados, em detrimento dos noticiários e dos documentários científicos e históricos.

Podemos também afirmar que o controlo dos pais relativamente aos programas assistidos é extremamente reduzido, no sentido em que, só 21,9% dos sujeitos inquiridos é que conversam com os pais sobre programas televisivos, e 27,6% têm o controle dos pais no que diz respeito ao tempo passado a ver TV. São poucos (28,4%) também os pais que seleccionam os programas a que os filhos podem assistir.

As diferenças no IMC entre os sujeitos do sexo masculino e do sexo feminino não são estatisticamente significativas, embora nos primeiros se observe uma tendência para terem um IMC superior.

A maioria das crianças inquiridas apresentam um peso normal para a sua idade, no entanto, já se observou uma percentagem significativa de sujeitos com sobrepeso (9%) e com obesidade (16,4%). Estes resultados, vão de certa forma de encontro aos encontrados num estudo realizado numa escola de classe média/alta no Nordeste do Brasil, onde foram detectadas em crianças e adolescentes uma prevalência de 26,2% de sobrepeso e 8,5% de obesidade infantil (Balaban & Silva, 2003).

Quando comparamos a incidência da obesidade entre os géneros masculino e feminino chegamos à conclusão de que este é mais elevado nos sujeitos do sexo feminino (21,2%) do que no sexo masculino (11,8%), acontecendo o mesmo para o Índice de Sobrepeso, 5,9% e 22,1% para jovens do sexo masculino e feminino, respectivamente. Estes resultados poderiam ser explicados pelo facto de as crianças do sexo feminino passarem mais horas a ver TV do que as do sexo masculino, levando a um maior sedentarismo e conseqüente excesso de peso, como afirmam alguns autores (Kornody & Borwn, 2002; Felipe, 2003).

Contudo, no nosso estudo, chegou-se à conclusão de que as horas passadas a ver televisão e a obesidade são variáveis independentes, por outras palavras, o tempo que os sujeitos passam a ver televisão em nada influencia o seu peso. Estes dados são apoiados pela tese de Varela (2000), na qual ele considera a existência de vários factores que levam à obesidade, mas nenhum estudo conseguiu ainda demonstrar que a televisão é a sua principal causa. Apesar de esta relação não ser estatisticamente significativa, observou-se, no grupo de sujeitos que assistem entre 1 a 2 horas de televisão por dia, é menor a percentagem de indivíduos com sobrepeso e obesidade, comparativamente com os que vêem 3 ou mais horas por dia. Isto, remete-nos para o facto, de apesar da diferença ser pouco significativa, os sujeitos que vêem mais horas de televisão por dia têm uma maior probabilidade de ficarem obesos do que os que vêem menos horas.

Estes resultados, vão de encontro aos encontrados por outros investigadores. Num estudo realizado pelo *International Journal of Obesity* (2009), conclui-se que o tempo gasto pelas crianças a ver televisão é um indicador do IMC e de excesso de peso na infância. Constatou-se ainda, que há uma associação significativa (ao contrário do que concluímos no nosso estudo) entre o número de horas de assistência televisiva e o aumento de peso, sendo que esta associação é mais forte nas raparigas do que nos rapazes.

Em outro estudo realizado por Crespo (2001) nos EUA, chegou-se á conclusão de que quanto maior o tempo passado em frente à televisão, maior será a gordura

corporal da criança. Conclui-se ainda com este estudo, que a obesidade é menor em crianças que assistiram televisão uma hora ou menos por dia, e que há medida que as horas de assistência televisiva aumentam também aumenta o número de crianças obesas.

Finalmente, concluímos também que na comparação entre géneros relativamente à obesidade não se obtiveram resultados significativos em nosso estudo.

CAPITULO VI

Conclusão

De acordo com os objectivos formulados para este estudo, podemos retirar as seguintes conclusões:

Relativamente à caracterização da incidência de obesidade das crianças que integram a amostra, verificou-se que não houve diferença entre os géneros e número de horas passadas em frente a TV apesar do sexo feminino apresentar incidências de sobrepeso e de obesidade superiores ao sexo masculino, apresentando 12,1% para o índice de sobrepeso e 21,2 % da amostra feminina apresentava índice de obesidade, sendo que ao rapazes apresentavam o menor índice sendo 5,9% tinham sobrepeso e apenas 11, 8 % eram obesos, o valores encontrados na amostra total foi ($X^2 = 4,381; P = 0,112$)= $p < 0,005$

No que concerne ao número de horas (1 a 2 horas e mais de 3 horas) que as crianças passam em frente do televisor, observa-se que no grupo masculino tanto como feminino vêm em média o mesmo número de horas de televisão, não se verificando diferenças significativas entre estes grupos.

Quanto à caracterização do tipo de programas que as crianças vêm na televisão, os dois grupos, masculino e feminino preferem os filmes com 61,9% e apresentam menor interesse pelos documentários e jornais com 10,4%.

Quando comparamos a obesidade tendo em conta os géneros concluímos em nosso estudo que a amostra não apresentou diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente à associação entre o tempo passado a ver televisão e a incidência de obesidade, os nossos resultados não indicam qualquer associação significativa entre horas passadas em frente a televisão e obesidade.

Recomendações

Com este estudo pretendemos despertar o interesse de outros investigadores sobre esta temática, de forma a aprofundar-lá.

Contudo serão necessários estudos, com amostras maiores, incluindo os dois géneros.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados, relacionando o nível de atividade física, tempo diário de inatividade física (quer seja diante da TV ou de outros aparelhos eletrônicos presentes atualmente no mundo infantil), os hábitos alimentares e mais, as questões psicológicas que envolvem esta complexa disfunção, a obesidade infantil – juvenil.

CAPITULO VI

Bibliografia

Almeida, L. Metodologia da investigação em psicologia e educação. Braga: Psiquilíbrios, Vol.3, n.3, pp. 23-79 , 2003.

Almeida, S. S. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. A Influência da Mídia na Alimentação Infantil. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 1, nº 2, p. 12-14 , 2002.

Almeida, G. A. N.; Santos, J. E.; Passian, S. R. & Loureiro, Perceptions of body shape and size in women: an exploratory study. Psicologia em Estudo, Vol.3, n.3, 10, 27-35. S. R. , 2005.

Anderson, L. Educação para a saúde: guia para Professores e educadores. Lisboa: Texto Editora, 2001.

Antonio.J.R. Incidência de Sobrecarga Ponderal e Obesidade. Estudo realizado em crianças dos 3 e 6 anos. Monografia Licenciatura em Educação Física e Desporto. Vila Real, 2004.

Abrantes, Marcelo M.; Lamounier, Joel A.; Colosimo, Enrico A. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade nas Regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. Rev. Assoc. Méd. Bras. v.49,n.1 p.162 166,ISSN 0104-4230 jun, 2003.

Ariès, P. História da vida privada: da renascença ao século das luzes. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

Baqueiro, G. Métodos de pesquisa pedagógica. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

Moreno, Arturo & Zapata, Luis Toro .Escola de Ciências da Comunicação da Universidade Autônoma de São Luis Potosi (México) BMI(2007) www.jbonline.terra.com.br consultado em 16/06/2008.

Balaban, G.; Silva, G. A. P. da; Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes matriculadas em duas escolas particulares de Recife, Pernambuco. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Vol.3, n.3, 2003.

Batista Filho, M. & Rissin, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, Sup. 1, p.S181-S191, 2003.

Bouchard C, Atividade Física e Obesidade. Manole, São Paulo, 2003

Burlandy, L. Caderno da saúde Pública. Livro de textos do Curso de Vigilância Alimentar e Nutricional. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

Bray, G.A, Sobrepeso, mortalidade de morbidade. In: Bouchard, C. (editor). Atividade Física e Obesidade. Vol.3, n.3 (p. 35-61) Trad. Dulce Marino. Editora Manole: Barueri-SP, 2002.

Cadima, Francisco Rui Estratégias e Discursos da Publicidade, Vol.3, n.3 (p. 55-81) Lisboa, veja,1998.

Champagne, P. Visão Mediática. Petrópolis: Vozes, 2002.

Carmo, I. A alimentação, o comportamento e a história do ser humano. São Paulo: Edições Loyola, v.23 n 1. pp 23-45-234, 2004.

Carvalho, G. S . Elementos de nutrição e saúdeVol.7 n.1 (p. 33-76)1995.

Carvalho, G. S. Alimentos de nutrição e saúde. Braga: IEC – Universidade do Minho, Vol.7 n.1 (pp. 41-76)1995 2005.

Acesso em www.saude.pt 07/2008

Cole, T.J. et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ, v.320, p.1-6, may, 2000.

Cole TJ, Bellizi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320:1240-3.

Cole, Tim J. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. British Medical Journal : May 6, 2000. Disponível Em:<<Www.Abeso.Com.Br> Acesso Em: 05/08/2003.

Coucello, T. Educação Alimentar: práticas e discursos dos médicos de clínica geral. Lisboa: Educa – Formação, 2007.

Crespo, C. et alii Television watching, energy intaking, and obesity in US children. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, Vol. 155,n.1 pp. 360-365
CDC ((2001).

Dietz, W. H.; Gortmaker, S. L. Do we fatten our children at television set Obesity and television viewing in children and adolescents. Pediatrics, v.75, p.807- 12, 2001.

Dietz, W. H.; Gortmaker, S. L. Do we fatten our children at television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. Pediatrics, v.76, p.144, 2002.

Dietz Wh, Bland Mg, Gortmaker, Sl, Molloy M, Schmid TL. Policy tools for the childhood obesity epidemic. J Law Med Ethics 2002 Fall;30(3 Suppl):83-7.

Engel, James. Comportamento da criança frente a Tv. 8. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

Escrivão M.A.M.S.;Oliveira F.L.C.; Taddei J.A.A.C.; Lopez F.A. Obesidade exógena na infância e na adolescência. Jornal de Pediatria 2000, v.76 (suppl 3), S305-S310, 2005.

Ferreira, F.A.G. Moderna saúde pública. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005.

Fisberg, M Obesidade na Infância e na adolescência. Rev. Bras Educ. Fis. Esp. São Paulo, v.20, p.163-64, set.2006.

Fisberg, Mauro. Atualização em obesidade na Infância e Adolescência. Editora: Atheneu, São Paulo, Vol.3, n.3. pp. 235, 2005

Freedman D.S.; Byers T.; Sell K.; Kuester S.; Newell E.; Lee S. Tracking of serum cholesterol levels in a multiracial sample of preschool children, Vol. 90,n2 p. 80-86. Pediatrics, 1992.

Freedman D.S.; Serdula M.K.; Srinivasan S.R.; Berenson G.S. Relation of circumferences and skinfold thicknesses to lipid and insulin concentrations in children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. American Journal Clinical Nutrition 1999, v.69, p. 308-17

Gallahue, D. L.; Osmun, J. C. Compreendendo o Desenvolvimento Motor: Bebês, crianças, adolescentes e adultos. São Paulo: Phorte Editora, 2001.

Guedes, D. P.; Guedes, J. E. R. P. Crescimento, composição corporal e desempenho motor de crianças e adolescente. São Paulo: Balieiro, 1997.

Guedes, Dartagnan P. . Crescimento, composição corporal e desempenho motor em crianças e adolescentes do município de Londrina (PR), Brasil. Tese de doutorado. Escola de Educação Física . USP. (1994).

Guedes, D.P.; Guedes, J.E.R.P.. Distribuição de gordura corporal, pressão arterial e níveis lipídicos-lipoproteínas plasmáticas. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Vol. 70(2): pp. 93-8, 1998.

Halpern, Alfredo Obesidade São Paulo: Editora Contexto, 1998.

Ibge. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003 – Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes nos Brasil. Rio de Janeiro, 2006.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Disponível em www.ibge.gov.br . Acesso 06/02/2008.

Iwasso, Simone. Obesidade Infantil e epidemia século XXI. Dissertação de mestrado USP(2005).

Jones, K. C. Introdução à Biologia. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2007.

Katch, F. Nutrição, exercício e saúde. Rio de Janeiro: Medsi, 2006.

Ketele J.M. Metodologia da recolha de dados. Lisboa: Instituto Piaget, 2003.

Lessa, I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, Vol.7 n.1 (p. 33-76) 2008.

Lipovetski, Gilles. A era do Vazio. Ensaio sobre o individualismo Contemporâneo. Barueri: Manole, Vol.3 n.1 (p. 33-76)2005.

Linn, Susan. Crianças E Televisão: a infância roubada. São Paulo: Instituto Alana, 2006. Disponível em www.televisaoesaude.com.br. Acesso em 22 de junho 2008.

Luo Z.C.; Kalberg J. Critical growth phases for adult shortness. American Journal of Epidemiology 2000, v.152(2), p. 125-31.

López Jr, Ribeiro Julio, Vicente-Rodríguez G, Biosca M, Moreno LA. Sedentary behaviour and obesity development in children and adolescents. Nutr Metab Cardiovasculares. Vol.7 n.1 .p.18,242-51. (2001)

Maranhão Neto, G. A. (2000). Alguns indicadores de adiposidade e tempo gasto assistindo TV em adolescentes obesos. Revista Brasileira Atividade Física e Saúde, vol. 5 (3), 52-57.

Ministério Da Saúde. Disponível em :www.saude.gov.br> . Acesso em 28.agosto.2008.

Ministério da Saúde, 1999. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Disponível www.portal.saude.gov.br/alimentacao. Acesso em 14 de Fev de 2008.

Mônica Cabral - Março 2006

<http://www.monicacabral.com.br> consultado em 22/04/2008.

Nanchahal H.; Morris J.N.; Sullivan L.M.; Wilson P.W.F. Coronary heart disease risk in men and the epidemic of overweight and obesity, Vol. 29,3 pp. 317-23, International journal of obesity 2005.

Nardo Jr, N. Nutrição e Atividade Física (e outras questões). Revista da Educação Física / UEM. v. 13, n. 02, pp33-84. Maringá: UEM/DEF, 2002.

Oliveira, M.R. de, et al.. Emagrecimento e composição corporal: estudo comparativo entre bioimpedância elétrica e medidas de dobras cutâneas. Saúde em Revista, vol.2,(3): 91-98, 2000.

Oliveira, Ana Mayra A. De; Cerqueira, Eneida M. M., Souza, Josenira da Silva; Oliveira, Antônio César de. Sobrepeso e obesidade infantil: influência de fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA. Arquivo Brasileiro Endocrinológico de Metabolismo, v. 47, n.2, pp. 144-150. 2003 .

OMS - Organização Mundial de Saúde. As metas de saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde, 2005.

Obesidade Infantil. Assessoria de Imprensa, UNIFESP, Janeiro, 2005. Disponível em: www.unifesp.br/comunicacao. Acesso em: 18/08/2005.

Padez C; Fernandes T; Mourão I; et all. Prevalence of overweight and obesity in 7-9-y old Portuguese children. Trends in body mass index from 1970 to 2002. Am J Hum Biol 2004;16:670-8. Disponível em: <<http://www.cienciapt.info/pt/>>. Acesso em 04 de Jun. de 2008.

Pardal, L. Métodos e técnicas de investigação social. Porto: Areal Editores, Lda, 2004.

Peres, Emílio. Bem Comidos e Bem Bebidos. São Paulo: Paulus, 2006.

Pereira, Rita Marisa Ribes. Infância, televisão e publicidade: uma metodologia de pesquisa em construção. Caderno de Pesquisa, São Paulo, n. 116, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex>. Acesso em: 20 Mai 2007.

Pereira, S. Projeto de intervenção em crianças e adolescentes obesos. Artigo científico publicado nos arquivos de Medicina. 2000..

Portugal, Isabel. TV é capaz de re-programar o cérebro. Revista Fórum on-line, São Paulo, v. 1, nº 2, p. 12-14, Jul de 2005.

Río-Navarro B.E.; Velázquez-Monroy O.; Sánchez-Castillo C.; Lara-Esqueda A.; Berber A.; Fanghanel G.; Violante R.; Tapia-Conyer R.; James W.P.T. The High Prevalence of Overweight and Obesity in Mexican Children..., Vol. 12, (4) pp .215-23. Obs Res. 2004.

Saxena S.; Ambler G.; Cole T.J.; Majeed A. Ethnic group differences in overweight and obese children and young people in England: cross sectional survey., Vol. 89, pp. 30-6. Arch. Dis. Child, 2004

Sampaio, Inês Silva Vitorino. Televisão, Publicidade e Infância. São Paulo: Annablume; Fortaleza: Secretaria de Cultura e Desporto do Estado do Ceara, 2000.

Saldanha, H. . Nutrição clínica. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda, 2000.

Santos, Débora Martins dos; SICHIERI, Rosely. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. *Revista de Saúde Pública*, Vol.39(2): 163-8. 2005.

Sanner, Elizabeth, LOPEZ, Fábio Ancona, ribeiro, Júlio. A Obesidade Infantil Já Atinge Cerca de 10% das Crianças Brasileiras. Disponível em: www.boasaude.uol.com.br acesso 04/2008.

Salbe, A.D. & Ravussin, E. The determinants of obesity. In C. Bouchard (Ed.). *Physical activity and obesity*. Vol. 23 (4) (pp. 69-102). Champaign Il: Human Kinetics. . (2000).

Sartori, G. *Homo videns, televisão e pós-pensamento*. Bauru, Edusc: 2001.

Silva, R. C. R. Da; Malina, R. M. – Sobrepeso, atividade física e tempo de televisão entre adolescentes de Niterói, RJ, Brasil- *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, v.11, n.4, p. 63-66, out/dez-2003.

Silva, Rcr. *Coronary heart disease risk factors and health-related fitness of adolescents in Niterói, Rio de Janeiro, Brazil*. [Tese de doutorado]. East Lansing, Michigan, EUA: Michigan State University; 1998.

Silva, Rcr, Malina RM. Nível de atividade física em adolescentes do município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. v.16(4) pp.1091-1097. *Cad Saúde Pública*. 2000;

Silva, Carla C.; Goldberg, Tãm Ara B. L. ; Teixeira, Altamir S.; Dalmas, José C. Análise preditiva da densidade mineral óssea em adolescentes eutróficos do sexo masculino . *Arquivo Brasileiro Endocrinológico Metabólico*, v.50, n.1 SP, 2006.

Silva, Freri Michele, *Televisão e Obesidade em discussão*, Dissertação de mestrado, FAAC/UNESP – Bauru –S.P. 2006.

Silva, . *Os Perigos da Obesidade* . Vol.1 n.1 pp. 33-76 (2004)

Schwimmer J.B.; Burwinkle T.M.; Varni J.W. Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. Vol. 289,n (3) pp.1813-19. *Jama*, 2003.

Stein C.J.; Colditz G.A. The Epidemic of Obesity. The Journal of Clinical & Metabolism 2004, Vol. 89(6), p. 2522-25.. Disponível em : www.boasaude.uol.com.br
Acessado em 29/10/2008

Teixeira, Evilázio Borges. Mudanças de hábitos Alimentares, São Paulo: Paulus, Vol.2 n.1 (p. 45-72), 2005.

Teixeira, Evilázio Borges , Cultura pós moderna. São Paulo, 2002.

Tutela, J. Alimentação e rendimento escolar. Porto: Civilização Editora, 2002.

Wisemandle W.; Maynard L.M.; Guo S.S.; Siervogel M. Childhood Weight, Stature, and Body Mass Index Among Never Overweight, Early-Onset Overweight, and Late-Onset Overweight Groups., vol.106(1), pp. 1-8. Pediatrics 2006

Whitaker, R. C. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. N Engl. J; Vol. 21 (3) pp.337: 869-873. Med., 1997

Who, World Health Organization Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva. Vol.8 n.1 (p. 11-45)1997.

Who, World Health Organization,. Gender, health and ageing. Geneva, Switzerland. (2003).

World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Geneva, 2004.

World, Health Organization. Obesity - preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization, 1998.www.drauzioarella.com.br. Acesso em 9 de janeiro de 2009.

Varella, D. Crianças obesas e sedentárias. Disponível em: www.drauzioarella.com.br. Acesso em 05 de Abr de 2008.

Veiga, G. V., Cunha, A. S., Sichieri, R. Trends in overweight among adolescents living in the poorest and richest regions of Brazil. American Journal of Public Health, Washington, v.94, p.1544-8, 2004..

Vieira, Pedro Almeida. O Estrago da Nação. São Paulo: Paulus, 2006.

Wang, G. & Dietz, W. H. Economic burden of obesity in youths aged 6. Pediatrics, Vol. 109,n 2 , pp81-86. to 17 years: 1979-1999.

Whitaker, R. C. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. N Engl. J. Med., 1997; vol. 337(4) pp. 869-873. (2002).

Winnicott, D. W. Criança e o Seu Mundo. Rio de Janeiro:. v.94, p.1544-8,1998..

Sites consultados:

[ISBN 8-57-244064-X](http://www.pt.wikipedia.org/wiki/Obesidade) consultado no site www.pt.wikipedia.org/wiki/Obesidade

www.ibope.com.br Site consultado 23/09/2007

www.drapn.min-agricultura.pt Site consultado em 22/01/2009

www.noticias.terra.com.br consultado 12/03/2006

www.noticias.terra.com.br/ciencia acesso em 14.03.06.

www.exerciciofazbem. site consultado dia 31/08/2008

www.sbt.com.br/programacao. Acesso em 28 de Jan de 2008.

www.portal.saude.gov.br/alimentacao. Acesso em 14 de Fev de 2008.

www.abeso.com.br. Acesso em: 05/08/2003.

Anexos

Anexo Nº 1.

Seleção de Fotos

Imagem 01- Atividades Desenvolvidas em Sala de Aula antes da aplicação questionário



Imagem 02. durante a aplicação do questionários.



Imagem 03- Retirada dos dados antropométricos.



Imagem 04 - Dados antropométricos



Imagem 05 – Alimentação e Televisão



Anexo Nº 2

Questionários

Inquérito

Este questionário destina-se a alunos do Ensino Básico, tendo como objetivo único o levantamento e obtenção de dados.

Os dados fornecidos são confidenciais e anônimos e destina-se a ser realizados, unicamente, no âmbito do trabalho de mestrado que versa o tema. **A influência da Televisão na Alimentação e na Obesidade Infantil.**

A – Identificação

Escola –

1 – sexo

Masculino () feminino ()

2 – Idade

10 anos () 11anos () 12anos () Mais de 12anos ()

3 – Ano de escolaridade

5ª Série ()

6ª Série ()

B – Televisão

4- Quantas televisores existem em tua casa? _____

5 – Tem televisão no quarto em que você dorme ?

Sim () Não ()

6 – Ja comprou algum produto alimentício que conheceu na Televisão?

Sim () Não ()

7 – Quantas horas por dia vê televisão?

1 hora () 2 horas ()

3 horas () + que 3 horas ()

8 – Que tipo de Programa de Televisão você prefere assistir?

Novelas ()

Filmes ()

Programas musicais ()

- Documentários Históricos ()
- Documentários Científicos ()
- Programas Despositivos ()
- Desenhos animados ()
- Publicidades (Propagandas) ()
- Programas Informativos/ Jornal ()

9 – Costumam ver Televisão

- Sozinho ()
- Acompanhado pelos Irmãos ()
- Acompanhado pelos pais ()
- Acompanhado pelos Amigos ()
- Acompanhado por um Adulto ()

10 – Costumas conversar com os teus pais sobre os programas que Vê na Televisão?

- Sim () Não ()

11 – Os teus Pais costumam controlar o tempo, que passa em frente a Televisão?

- Sim () Não ()

12 – Quando você vê alguma propaganda na Televisão, de algum produto alimentício, novo, pede aos Pais para comprar?

- Sim () Não ()

13 – Quando se comporta mal é castigado, seus Pais proíbem você de ver Televisão?

- Sim () Não ()

14 – Costuma comer enquanto vê Televisão?

- Sim () Não ()

Oque? _____

15 – Os teus Pais decidem quais programas você pode ver?

- Sim () Não ()

Obrigado por colaborar

A Influência da Televisão na Alimentação e na Obesidade Infantil

Anexo Nº 3

Pedido de Autorização as escolas para realização do estudo

AUTORIZAÇÃO

Eu Joraci Dziubate, aluna do Mestrado em Desenvolvimento da Criança com Variante em Desenvolvimento Motor, venho através deste documento pedir autorização a _____ para aplicação de um Inquérito nos alunos de 5ª e 6ª séries matriculados nesta escola, com o único âmbito da conclusão de um projecto de Mestrado, o qual versa o tema A Influência da Publicidade na Alimentação e na Obesidade Infantil, coordenado e Orientado pela Professora Dra. Maria Isabel Martins Mourão Carvalho associada do Departamento de Desporto da Universidade Trás - os - Montes e Alto Douro de Vila Real - Portugal .

Pitanga, 22 de Novembro de 2007.

Diretora Responsável pela
Escola
