

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Obesidade na adolescência: Um olhar sobre os conhecimentos e
opiniões dos alunos do 2º e 3º ciclos**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Helena Cristina Figueiredo Lopes Pereira

Orientador

Professora Ana Maria Monteiro Martins



Vila Real, 2013

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Obesidade na adolescência: Um olhar sobre os conhecimentos e
opiniões dos alunos do 2º e 3º ciclos**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Helena Cristina Figueiredo Lopes Pereira

Orientador

Professora Ana Maria Monteiro Martins



Vila Real, 2013

Este trabalho foi expressamente elaborado como dissertação original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária, sendo apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

“Desde os primeiros momentos de vida, a alimentação está entrelaçada de emoções, simbolismo e influências culturais...Na adolescência, a necessidade de marcar novas posições ou de se desvincular da família pode-se expressar por conflitos que podem ser transferidos para a alimentação...”.

Eisenstein, 1998

AGRADECIMENTOS

Aos adolescentes, a nossa gratidão pela confiança depositada e pela oportunidade da constante aprendizagem.

À nossa orientadora, Professora Ana Monteiro, cuja cooperação foi plena de ensinamentos, com uma prontidão que foi indubitavelmente valiosa.

Aos professores, pelo apoio dado para que pudéssemos cursar as disciplinas do Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Aos colegas e amigos, pela força e ajuda que sempre nos deram.

Aos nossos pais e família, pelo apoio incondicional.

A todos, o nosso muito obrigada.

RESUMO

A obesidade é uma doença crónica, multifatorial e multisistémica. Emergiu como a nova doença crónica ao longo das últimas duas décadas, constituindo um grave problema de saúde pública. Na idade pediátrica, a prevalência da obesidade tem também vindo a aumentar em termos globais, sendo atualmente considerada a doença crónica mais comum nesta idade. Atualmente, mais de 300 milhões de indivíduos são considerados obesos e 1,2 biliões, ou seja, 34% da população mundial, é considerada como tendo excesso de peso (OMS, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (2006), colocou a obesidade entre os dez principais fatores de risco para a saúde nos dias de hoje, considerando a prevenção da epidemia como um desafio prioritário da saúde pública. A prevalência da obesidade em muitos países está acima do limiar crítico de 15% estabelecido pela OMS para situações epidémicas e a necessitar de intervenção.

Durante a adolescência, o excesso de peso e a obesidade constituem frequentemente uma sobrecarga ao processo de desenvolvimento, podendo resultar em problemas psicossociais graves. Com este estudo pretendeu-se **identificar os conhecimentos e opiniões dos alunos do 2º e 3º ciclos acerca da obesidade.**

Metodologicamente, desenvolvemos um estudo de carácter exploratório, descritivo, transversal, analítico, com abordagem de natureza quantitativa. A população em estudo é constituída por 125 adolescentes, de ambos os sexos, que frequentam o 2º e 3º ciclos (5º, 6º e 7º anos), na Escola Secundária de Carrazeda de Ansiães.

Dos resultados obtidos, verificamos que: existe uma percentagem de jovens obesos de 14% e 15,7% têm excesso de peso; apenas 74,8% dos alunos sabe o que é a obesidade, alguns alunos ainda desconhecem aspetos importantes acerca da obesidade (25,3%); 42,5% dos jovens considera que os pais têm um papel preponderante na transmissão de conhecimentos acerca da obesidade, 19,2% os professores e apenas 6,3% dão relevância aos profissionais de saúde; 71,2% dos alunos não têm familiares obesos, porém 28,2% tem familiares com excesso de peso, neste caso, os pais e os avós são os elementos da família com maior predomínio; 87,6% dos jovens considera a alimentação um fator relevante, 7,4% a hereditariedade e 5% o sedentarismo; 47,2% dos alunos faz 5 refeições por dia, 6,4% faz 3 refeições, não respeitando os princípios de uma alimentação equilibrada; a maioria dos alunos pratica exercício físico na escola, sendo que os mais escolhidos são o futebol (64,8%) e ginástica (57,6%). Constatamos que a maioria deles sabe as vantagens do exercício físico (91%); 72% dos alunos considera que faz uma alimentação saudável, apenas 15% considera fazer uma alimentação pouco saudável; e 64% da amostra afirma que já foi abordada esta temática na escola, apesar de considerarem que o principal veículo de informação é os pais.

Os resultados do presente estudo e a tendência mundial para a pré-obesidade e a obesidade são notáveis na sua importância e coerência, chamando a atenção para o grave problema do aumento da obesidade infantil e juvenil em Portugal.

Palavras-chave: Adolescência, alimentação, sedentarismo, conhecimentos, estilos de vida, opinião.

ABSTRACT

Obesity is a chronic, multifactorial and multisystemic. Emerged as a new chronic disease over the last two decades, constituting a serious public health problem. In the pediatric population, the prevalence of obesity has also been increasing globally and is currently considered the most common chronic disease in this age. Currently, more than 300 million people are considered obese and 1.2 billion, or 34% of the world population, is considered to have overweight (WHO, 2006).

The World Health Organization (2006), put obesity among the ten major risk factors for health these days, considering the epidemic prevention as a priority public health challenge. The prevalence of obesity in many countries is above the critical threshold of 15% set by the WHO for epidemic situations and require intervention. During adolescence, excess weight and obesity are often a burden to the development process and may result in severe psychosocial problems. With this study we sought to identify the knowledge and opinions of students from the 2nd and 3rd cycles about obesity.

Methodologically, the study developed an exploratory, descriptive, cross-sectional analytical approach to quantitative. The study population consists of 125 adolescents of both sexes attending the 2nd and 3rd cycles (5, 6 and 7 years), Secondary School Carrazeda of Ansiães.

From the results, we observed that there is a percentage of obese youth 14 new% and 15.7% are overweight, only 74.8% of students know what is obesity, some students are still unaware about important aspects of obesity (25.3%), 42.5% of young people think that parents have a role in the transmission of knowledge about obesity, 19.2% teachers and only 6.3% give relevance to health professionals; 71.2% students do not have obese relatives, but family has 28.2% overweight in this case, parents and grandparents are the elements of the family with the highest prevalence, 87.6% of young people consider food an important factor, 7.4% to 5% heredity and physical inactivity; 47.2% of students makes 5 meals per day, 6.4% 3 meals does not respect the principles of a balanced diet; most students exercise hard at school and the most chosen are the football (64.8%) and gymnastics (57.6%). We found that most of them know the benefits of physical exercise (91%), 72% of students think that makes a healthy diet, only 15% consider eating a little healthier, and 64% of the sample stated that this issue has already been addressed in school, although they consider that the main vehicle of information is parents. The results of this study and the worldwide trend towards pre-obesity and obesity are remarkable in their consistency and importance, calling attention to the serious problem of childhood obesity increased in juvenile and Portugal.

Keywords: Adolescence, food, sedentary lifestyle, knowledge, lifestyle, opinion.

ÍNDICE

PENSAMENTO	v
AGRADECIMENTOS	vii
RESUMO	ix
ABSTRACT	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xv
ÍNDICE DE TABELAS	xvii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xix
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	9
1.1. Definição de adolescência	10
1.2. Definição de obesidade.....	12
1.3. Epidemiologia da obesidade	16
1.4. Etiologia da obesidade na adolescência.....	17
1.5. Consequências da obesidade na adolescência.....	18
1.6. Prevenção da obesidade na adolescência.....	20
1.7. Tratamento da obesidade na adolescência.....	21
1.8. Educação alimentar.....	23
1.9. Atividade física e comportamentos sedentários.....	25
1.10. Papel do enfermeiro na vigilância da saúde infantil e juvenil.....	26
1.10.1. Vigilância de saúde na UCSP e UCC de Carrazeda de Ansiães.....	30
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	35
2.1. População alvo - amostra populacional.....	36
2.2. Tipo de estudo.....	36
2.3. Variáveis em estudo	37
2.3.1. Operacionalização das variáveis.....	38
2.4. Instrumento de recolha de dados.....	39
2.5. Critérios de inclusão e exclusão	42
2.6. Hipóteses	42
2.7. Procedimentos na recolha de dados.....	43
2.8. Tratamento dos dados.....	44

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	45
3.1. Dados de caracterização sociodemográfica.....	45
3.2. Hábitos de vida e frequência alimentar.....	53
3.3. Análise das hipóteses.....	66
CAPÍTULO IV – CONCLUSÃO E SUGESTÕES.....	73
4.1. Conclusão.....	73
4.2. Sugestões/Considerações finais.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
Apêndice A - Estratégias de intervenção no combate à obesidade (Plataforma de Luta contra a Obesidade).....	89
Apêndice B - Questionário subordinado ao tema “Obesidade da adolescência: um olhar sobre os conhecimentos e opiniões dos alunos do 2º e 3º ciclos”	95
Apêndice C - Pedido de autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados	103
Apêndice D - Obtenção do consentimento livre e esclarecido	105
Apêndice E - Carta Europeia de Combate à Obesidade	107

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Excesso de peso na Europa.....	10
Figura 2. Número de habitantes das freguesias de Carrazeda de Ansiães.....	31
Figura 3. Histograma e diagrama de folhas obtido para a variável "idade".....	47
Figura 4. Distribuição do conhecimento sobre as vantagens do exercício físico.....	54
Figura 5. Distribuição do meio de transporte habitual para se deslocarem à escola.....	55
Figura 6. Opinião dos alunos acerca da seleção de uma alimentação equilibrada e diversificada na escola?.....	59
Figura 7. Resultados para a questão "Qual a tua bebida de eleição quando tens sede?".....	60
Figura 8. Resultados da autoavaliação dos alunos segundo o tipo de alimentação.....	61
Figura 9. Opinião dos alunos relativamente à questão: "quem tem um papel preponderante na escolha da alimentação"?.....	64
Figura 10. Médias e diferenças de médias observadas no questionário de conhecimentos sobre obesidade entre os rapazes e as raparigas da amostra.....	66
Figura 11. Diagrama de dispersão obtido entre as variáveis "conhecimentos sobre obesidade" e IMC.....	68
Figura 12. Comparação dos pesos médios dos alunos e dos valores do IMC tendo em conta a presença ou ausência de excesso de peso em elementos da família.....	69
Figura 13. Médias e intervalos de confiança para as médias obtidas no questionário de conhecimentos sobre obesidade pelas categorias da variável "Consideras que a tua alimentação está adequada às tuas necessidades nutricionais?".....	72

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Prevalência da sobrecarga ponderal e de obesidade	13
Tabela 2. Variáveis em estudo, definição, tipo, operacionalização e categorização	39
Tabela 3. Distribuição dos alunos segundo o sexo, a idade e o ano de escolaridade	46
Tabela 4. Distribuição das estatísticas descritivas para a variável “ idade”	47
Tabela 5. Distribuição das estatísticas descritivas para a variável ”peso”	48
Tabela 6. Distribuição das estatísticas descritivas para a variável “altura”	48
Tabela 7. Distribuição dos alunos segundo a residência e com vivem habitualmente	49
Tabela 8. Distribuição dos alunos segundo o nível de escolaridade dos pais.....	50
Tabela 9. Distribuição dos resultados para a variável “profissão dos pais”	51
Tabela10. Distribuição dos casos de excesso de peso por elementos da família.....	52
Tabela 11. Distribuição dos alunos segundo a opinião sobre os fatores predisponentes para a obesidade	53
Tabela12. Distribuição dos alunos pela prática de atividade física no âmbito escolar.....	53
Tabela 13. Distribuição das estatísticas descritivas para a questão "Habitualmente, quantas horas de exercício praticas na escola?"	54
Tabela14. Distribuição dos alunos segundo a prática de atividade física fora do programa escolar.	55
Tabela15. Distribuição das estatísticas descritivas para a questão "Horas por semana dedicadas à prática desportiva fora do programa escolar"	56
Tabela 16. Distribuição dos alunos segundo a ocupação dos tempos livres.....	56
Tabela 17. Distribuição das estatísticas descritivas para a questão "Habitualmente quantas horas de sono fazes por dia?"	57
Tabela 18. Distribuição das estatísticas descritivas para a questão "Quantas refeições fazes por dia?"	57
Tabela19. Distribuição dos alunos segundo as refeições realizadas por dia	58
Tabela 20. Distribuição dos alunos segundo os principais locais de realização das refeições durante o período escolar	58
Tabela 21. Distribuição dos alunos segundo a pessoa com quem costumam realizar as principais refeições	59
Tabela 22. Distribuição dos alunos segundo a frequência de consumo de alimentos	60
Tabela 23. Distribuição dos alunos segundo o tipo de confeção de alimentos.....	61
Tabela 24. Distribuição dos alunos segundo as seguintes questões: alerta dos pais para a seleção e confeção dos alimentos, adequação da alimentação às necessidades nutricionais, abordagem da temática obesidade	62

Tabela 25. Distribuição dos alunos segundo a fonte de informação sobre as temáticas alimentação e obesidade.....	63
Tabela 26. Distribuição dos alunos segundo a opinião sobre: “A obesidade constitui um grave problema da sociedade moderna. Na tua opinião, qual das seguintes afirmações melhor caracteriza a obesidade?”	64
Tabela 27. Distribuição dos alunos segundo a opinião sobre os fatores que interferem para aumento do peso e obesidade	65
Tabela 28. Distribuição das estatísticas descritivas para o IMC dos alunos	65
Tabela 29. Distribuição dos alunos segundo as categorias do IMC	66
Tabela 30. Distribuição dos resultados das correlações obtidas pelo cruzamento das variáveis idade e respostas corretas no questionário de conhecimentos.....	67
Tabela 31. Médias e desvio-padrão obtidos no questionário de conhecimentos de acordo com os adolescentes classificados no IMC.....	68
Tabela 32. Médias e diferença de médias entre os adolescentes que praticam, ou não, desporto fora do âmbito escolar nas variáveis peso e IMC.....	70
Tabela 33. Médias das respostas corretas obtidas no questionário de conhecimentos, de acordo com as categorias das variáveis relativas à frequência com que os alunos ingerem certos alimentos.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA - American Dietetic Association

CDC - Center for Disease Control and Prevention

cit. - citado

HBSC - Health Behaviour in School-aged Study Children

IMC - Índice de Massa Corporal

IOTF - International Obesity Task Force

NCHS - National Centre for Health and Statistics

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

PASSE - Programa de Alimentação Escolar em Saúde Escolar

SPSS - Statistical *Package* for the Social Sciences

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidade Local de Saúde

UNICEF - United Nations Children's Fund

WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

Na idade pediátrica, a prevalência da obesidade tem vindo a aumentar em termos globais, sendo atualmente considerada a doença crónica mais comum.

Durante a adolescência, o excesso de peso e a obesidade constituem frequentemente uma sobrecarga ao processo de desenvolvimento, podendo resultar em problemas psicossociais graves. Os adolescentes com excesso de peso e obesidade expressam preocupações ligadas ao peso com mais frequência, envolvendo-se mais em comportamentos prejudiciais para a saúde, tais como dietas crónicas e voracidade alimentar (Fonseca, 2008).

Mais recentemente, vários autores demonstraram que a obesidade da criança e do adolescente está associada a uma qualidade de vida inferior nos domínios físico, psicossocial, emocional, e do funcionamento escolar, quando comparada com a de crianças e adolescentes não obesos de idade semelhante (Fonseca, 2008).

Segundo a mesma autora, uma perceção frequentemente inadequada da necessidade de fazer dieta, uma avaliação precária da sua saúde e um potencial isolamento social, colocam o adolescente obeso e com excesso de peso num risco acrescido para a sua trajetória de desenvolvimento.

Modificações no estilo de vida ocidental conduziram a reduções significativas no gasto energético das crianças e encorajaram uma alimentação hipercalórica. Vários fatores contribuíram para a redução da atividade física das crianças e adolescentes, incluindo a crescente utilização de vídeos e jogos de computador, a televisão, a internet, de um modo geral, um menor número de oportunidades em se manterem ativos, irem a pé para a escola ou brincarem ao ar livre.

A televisão promove o ganho de peso, não apenas por diminuir o tempo de atividade física como também por, secundariamente, aumentar o aporte energético.

O adolescente obeso, com menor capacidade para a atividade física, vai ter um fator acrescido que se irá somar aos outros ambientais, já de si promotor de obesidade, com que vive. Os fatores genéticos podem ter um efeito importante na predisposição individual, estando descrita uma maior incidência de obesidade em filhos de pais obesos (Wang & Lobstein, 2006).

Os diversos estudos existentes acerca da obesidade têm demonstrado que a obesidade nas crianças e nos adolescentes encontra-se fortemente associada ao aumento da morbidade e mortalidade, refletindo-se numa variedade de situações patológicas com risco de persistência no adulto (Cianflone, Lu, Smith, Yu & Wang, 2005).

À obesidade associam-se sérios fatores de risco para a saúde como as doenças cardiovasculares e outras doenças crónicas, incluindo diabetes, hiperlipidémias, hiperinsulinémias, hipertensão e arteriosclerose precoce (American Dietetic Association [ADA], 2006; Cole et al., 2002). Por outro lado, a importância da obesidade e da pré-obesidade na saúde infantil e juvenil deve-se à sua elevada repercussão no desenvolvimento psicossocial das crianças, estando frequentemente associada a distúrbios psicológicos nas crianças e adolescentes, como a diminuição da autoestima, isolamento social e diminuição da participação em atividades coletivas (Viner & Cole, 2005).

Porque na última década a obesidade apresentou um elevado aumento de prevalência (WHO, 2007), explica-se o facto de esta ser a doença pediátrica que deve ser valorizada e avaliada em função da sua real importância na vigilância de saúde infantil e juvenil.

Muitas vezes a escolha de alimentos saudáveis é preterida em função de uma alimentação exagerada, rica em gorduras e com baixo teor nutritivo, não colmatando as necessidades inerentes à adolescência.

A combinação de mudanças dos hábitos alimentares saudáveis para outros pouco recomendados, bem como de estilo de vida ativo para uma vida mais sedentária têm contribuído significativamente para o aumento da prevalência obesidade (Madureira, Corseuil, Pelegrini & Petroski, 2009).

Da mesma forma, com a evolução tecnológica nas últimas décadas, crianças e adolescentes tornaram-se menos ativos, o que tem contribuído para o aumento da prevalência entre eles (Farias, 2009).

De acordo com a Plataforma contra a Obesidade (2007), uma estratégia de melhoria do estado nutricional e de combate à obesidade deve fazer-se através de medidas que; *i*) Permitam disponibilizar alimentos promotores da saúde e bem-estar a toda a população; *ii*) Consigam criar cidadãos capazes de tomar decisões informadas acerca dos alimentos que querem integrar no seu dia-a-dia; *iii*) Incentivem a produção de alimentos saudáveis e ao mesmo tempo sejam capazes de dinamizar o emprego, o ordenamento equilibrado do território e as economias locais; *iv*) Incitem consumos e métodos de produção local e de transporte dos alimentos que reduzam os impactos sobre o meio ambiente; e *v*) Reduzam as desigualdades na procura e acesso a alimentos que permitem construir um padrão alimentar saudável.

Nos contextos do dia a dia, no exercício da atividade profissional como enfermeira de família e como enfermeira especializada em enfermagem comunitária, no contato com os jovens adolescentes na nossa comunidade onde está sediado o Centro de Saúde, nas escolas e nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, constatamos a realidade descrita pelos autores referidos anteriormente, o que foi determinante para a nossa opção de estudar e conhecer esta problemática na nossa região, o seu impacto e, por outro lado, conhecer o que pensam os adolescentes, o que sabem e o que valorizam em termos da obesidade.

Assim, efetuamos uma revisão de literatura existente em artigos científicos e estudos publicados, o que nos permitiu clarificar e definir a problemática a estudar no presente estudo. Procuraremos utilizar metodologia e rigor científico, com uma linguagem simples de forma a elucidar os leitores e seus seguidores, nomeadamente os jovens adolescentes.

Desenvolvemos este trabalho partindo dos pressupostos e considerando que o enfermeiro de família, o enfermeiro em saúde escolar, o enfermeiro em saúde comunitária e na intervenção familiar, desenvolve um papel crucial na educação para a saúde, na promoção de estilos de vida saudáveis, de sensibilização, consciencialização, indutores e promotores de mudança de comportamentos nas populações ao longo do ciclo vital.

O desenvolvimento deste estudo de investigação sobre a problemática da obesidade juvenil decorre no contexto da escola e no âmbito da saúde escolar. Tem como população alvo os jovens dos 10 aos 16 anos de idade, acompanhados na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) pelo enfermeiro de família e na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) pelo enfermeiro de saúde escolar.

Tendo em atenção os ensinamentos e a evidência científica demonstrada nos resultados obtidos pelos autores nos estudos consultados sobre a temática, partimos para o presente estudo, **“Obesidade na adolescência: um olhar sobre os conhecimentos e opiniões dos alunos do 2º e 3º ciclos”**. Tem como finalidade **identificar os conhecimentos e opiniões dos alunos do 2º e 3º ciclos acerca da obesidade**.

Importa referir que esta investigação decorre no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária realizado na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real - UTAD. Este trabalho foi organizado de acordo com as normas de elaboração das teses de Mestrado da Escola supracitada.

Estamos cientes da pertinência desta dissertação, esperamos vir a obter subsídios e contributos de forma a conhecer a expressão do fenómeno na nossa realidade, as suas determinantes, o seu impacto e valorização pela população alvo, o que poderá no futuro ser crucial e determinante dos caminhos a seguir, das estratégias a utilizar em termos do nosso trabalho no dia a dia, na educação para a saúde, nas consultas de saúde infantil, na saúde escolar, na comunidade educativa e na comunidade em geral.

Incentivar comportamentos e estilos de vida saudáveis, são ferramentas de trabalho do enfermeiro, no entanto, sabemos que as mudanças de comportamento demoram algum tempo a serem aceites e consciencializadas, e nesta população alvo não é tarefa fácil, dado tratar-se de adolescentes em o que por vezes conta é o imediato, o aqui e agora. Mesmo assim, aceitamos este desafio cientes das dificuldades, possíveis obstáculos, mas não existem bons trabalhos sem um árduo caminho a desbravar, de forma a inculcar conhecimentos sobre a alimentação, valores nutricionais, as opções para uma nutrição mais adequada e equilibrada, concomitante com outros aspetos e fatores individuais, familiares e ambientais.

A partir da definição da temática a estudar, seguiu-se uma nova etapa de pesquisa, de clarificação de conceitos, face às palavras-chave do presente estudo.

Na clarificação de termos, seguimos o conceito referido por Bello (2004), conhecer é incorporar um conceito novo, ou original, sobre um facto ou fenómeno qualquer. O conhecimento não nasce do vazio e sim das experiências que acumulamos na nossa vida quotidiana, através de experiências, dos relacionamentos interpessoais, das leituras de livros e artigos diversos.

Outro conceito que consideramos pertinente realçar é “opinião”, dado que o nosso estudo centra-se também na opinião dos alunos acerca da obesidade. Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa (2012), “Juízo ou sentimento, que se manifesta em assunto sujeito a deliberação”.

Recentemente e adotando uma definição mais curta, a OMS (2002) refere que a obesidade pode ser definida como um excesso de gordura corporal acumulada no tecido adiposo, com implicações para a saúde.

Ainda segundo a OMS (2002), a adolescência é o período entre 10 e 19 anos de idade, o qual é marcado pelo crescimento e desenvolvimento acelerado, onde o estado nutricional indica condições de uma vida saudável.

No capítulo da fundamentação teórica (1.1 e 1.2) será efetuada uma clarificação mais fundamentada e pormenorizada dos conceitos que são cruciais no trabalho, constituindo-se como que a sua espinha dorsal.

Com a realização deste estudo de investigação, pretendemos atingir os seguintes objetivos:

- Conhecer as opiniões dos alunos acerca da obesidade;
- Identificar os conhecimentos dos alunos acerca da obesidade;
- Clarificar conceitos acerca desta problemática e do fenómeno em estudo;
- Estudar a prevalência do excesso de peso e da obesidade na amostra em estudo;
- Obter dados e conhecimentos científicos sobre os estilos de vida e fatores associados à obesidade e excesso de peso;
- Identificar as opiniões dos alunos sobre o papel do enfermeiro, educadores e pais na prevenção da obesidade.

Estruturalmente, este trabalho divide-se em quatro capítulos: 1) Enquadramento teórico, com uma abordagem referente aos aspetos relevantes acerca da obesidade na adolescência, conhecimentos dos adolescentes acerca da temática, a importância da alimentação, bem como as consequências dos distúrbios e o papel dos profissionais de saúde, pais e educadores na formação do adolescente; 2) Metodologia, onde se apresentam as opções metodológicas adotadas para o estudo; 3) Apresentação e análise dos dados, com a exposição dos resultados obtidos, análise dos mesmos e consequente discussão dos aspetos relevantes e determinantes para o estudo; 4) Conclusão e Sugestões, onde serão evidenciados os resultados obtidos no presente estudo, com uma referência e análise comparativa com os outros estudos realizados e

consultados e, por último, a apresentação de sugestões face aos resultados obtidos e algumas considerações acerca desta temática.

A investigação em enfermagem surgiu no decorrer da segunda metade do século XIX, no seguimento das ideias e práticas veiculadas por Florence Nightingale. Justificar a questão de investigação é investigar porque se quer estudar esta questão e porque ele é relevante para nós.

Consideramos que, apesar de se veicular muita informação acerca da obesidade na adolescência, em vários contextos informativos e formativos, ainda não é suficiente, sendo que durante muito tempo foi considerada falta de carácter, autoindulgência ou como distúrbios psíquicos.

Na sociedade em que vivemos, a obesidade assume uma importância cada vez maior na medida em que provoca discriminação educativa, laboral e social, isolamento social, depressão e perda de autoestima.

Daí a importância e pertinência de se realizarem estudos sobre a prevalência da obesidade dos jovens nas escolas no âmbito da saúde escolar e da promoção e incentivo aos estilos de vida saudáveis, para detetar os possíveis problemas de saúde o mais precocemente possível e sugerir ações que possam auxiliar na promoção do bem-estar do jovem.

Os riscos da obesidade, tanto em adultos quanto na infância, têm sido cada vez maiores, o número de adolescentes obesos tem crescido nos últimos anos, pelo que é fundamental alertar para as consequências provocadas por esta epidemia do século XXI.

Assim, dado tratar-se de um problema de saúde deveras importante, com um grande impacto em nível social, podendo investir-se na promoção de saúde, incutindo precocemente hábitos alimentares saudáveis, é relevante o seu estudo mais aprofundado.

A escolha deste tema baseia-se também no interesse em compreendermos a prevalência e o impacto do fenómeno obesidade na adolescência e a importância do papel e atuação do enfermeiro nas escolas, nas consultas de vigilância de saúde infantil, dando cumprimento ao previsto no Programa Nacional de Saúde Escolar e Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2012) e no Projeto da Direção Geral de Saúde (DGS, 2005) de Luta contra a Obesidade Infantil, tendo por base os conhecimentos e opiniões manifestas pelos

adolescentes, as quais são resultantes da aplicação do questionário por nós construído na população alvo e destinatários do presente estudo.

Ao nível das consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, deparamo-nos com adolescentes que apresentam obesidade, e que muitas vezes recriminamos e não nos preocupamos em tentar saber a causas para conseguirmos reverter esta situação. Compete aos profissionais de saúde terem um papel ativo na promoção de hábitos de vida saudáveis e na vigilância dos adolescentes ao longo dos vários estadios de desenvolvimento.

Neste sentido, a realização deste estudo irá permitir identificar/sinalizar estas situações, desenvolver programas de rastreio e de intervenção na comunidade educativa e sobretudo sensibilizar as escolas, os alunos e as famílias para a importância desta problemática.

Para além do interesse, atualidade e relevância científica do tema, fascinou-nos tentar compreender melhor os fatores associados à obesidade e em que medida é que a obesidade pode influenciar o desenvolvimento de um adolescente.

Um aspeto preocupante, segundo o Programa Nacional de Luta contra a Obesidade, desenvolvido pela DGS (2005), decorrente do único estudo de seguimento da obesidade na população portuguesa para avaliar a sua tendência evolutiva, realizado em inspeções militares entre 1960 e 1990, em rapazes com 20 anos de idade, é a constatação do aumento constante verificado na prevalência da pré-obesidade e obesidade.

Deste modo, o Programa Nacional de Combate à Obesidade assenta fundamentalmente no desenvolvimento de ações a nível nacional e através da implementação de estratégias de intervenção, de formação e de colheita e análise de informação, as quais deverão sofrer replicação e adequação regional e local, de acordo com as especificidades existentes.

Tal como referido anteriormente, e de acordo com a Plataforma de Luta contra a Obesidade (*Apêndice A*), as escolas são também um forte meio de comunicação para as crianças, desde uma idade muito precoce. Sabendo que é na escola que elas passam grande parte dos seus dias, é também na escola que as crianças fazem parte do seu dia alimentar. Como tal, a escola deve ser uma promotora de escolhas alimentares saudáveis, não só no almoço como também nos lanches da manhã e da tarde.

Qualquer serviço de alimentação escolar e em qualquer outra refeição fora da escola deve assegurar as necessidades nutricionais e energéticas, como também promover comportamentos alimentares saudáveis.

Num ambiente escolar, devem ser pensados alguns aspetos que influenciam a procura pelos jovens, nomeadamente o espaço deve ter uma decoração alegre e atrativa, higiene e boa apresentação dos alimentos e acessibilidade, permitindo que os alimentos mais saudáveis sejam mais procurados. O envolvimento dos alunos na elaboração das ementas também é importante.

Segundo a Plataforma contra a Obesidade (2007), deverá haver uma efetiva mudança de comportamentos, para tal é importante considerar alguns aspetos, tais como: *i)* Envolver alunos, pais, professores e auxiliares na definição da política alimentar da escola; *ii)* Estabelecer um compromisso escrito que define claramente quais os alimentos admitidos na escola, que regule a presença de alimentos competitivos (nutricionalmente desequilibrados) definindo os critérios para a elaboração das ementas do restaurante escolar; *iii)* Selecionar o tipo de alimentos disponíveis em máquinas de distribuição automática e que tenha a preocupação de proporcionar experiências agradáveis no restaurante escolar.

No seguimento e na implementação deste estudo nos contextos da Saúde Escolar na Comunidade Educativa, estamos cientes das dificuldades e do longo caminho a percorrer, estamos imbuídos da força que nos move, da motivação face ao tema, da necessidade de conhecer outros estudos e seus resultados, pelo que na continuidade do mesmo e na sua prossecução efetuamos uma revisão da literatura científica e dos estudos publicados sobre a temática Obesidade, constante do capítulo I.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A obesidade é uma doença universal de prevalência crescente e que vem adquirindo proporções epidémicas, sendo um dos principais problemas de saúde pública da sociedade moderna (Lopes, 2006).

A prevalência de pré-obesidade e obesidade em crianças e adolescentes tem vindo a aumentar a nível mundial a um ritmo alarmante, sobretudo nos países desenvolvidos e em alguns segmentos de países em desenvolvimento (Wang & Lobstein, 2006; WHO, 2000).

No estudo realizado por Ferreira (2010), acerca da prevalência da obesidade infanto-juvenil em Portugal, verificou-se existir uma prevalência de excesso de peso nos adolescentes de 30,4%.

Mais recentemente, Araújo (2009), no estudo acerca da “obesidade infantil: que prioridades de intervenção?”, realizado a crianças (2-5 anos) e adolescentes (11-15 anos), em Portugal Continental, alerta para os hábitos alimentares, nomeadamente a ingestão excessiva de doces e refrigerantes e ingestão insuficiente de frutas e produtos hortícolas. Considera que os hábitos alimentares são influenciados por três fatores primordiais: classe social, idade e consumos fora de casa/cantina escolar.

Em 2009, Gomes efetuou um estudo comparativo acerca dos “estilos de vida dos jovens e a obesidade”, em 271 crianças e jovens, com idades compreendidas entre 10 e 17 anos, residentes na Covilhã e concluiu que relativamente à prevalência da obesidade, os níveis de excesso de peso e obesidade são preocupantes, 21,8% dos jovens apresentam prevalências de IMC acima do normal.

Uma das grandes preocupações com a obesidade na infância e adolescência prende-se com o facto de existir uma forte ligação entre a obesidade na infância e adolescência e a sua persistência na idade adulta (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2002; WHO, 2000).

A epidemia da obesidade representa um dos mais graves desafios para a saúde pública na Europa. A Figura 1 apresenta a percentagem de excesso de peso em crianças 7 -11 anos em 22 países europeus.

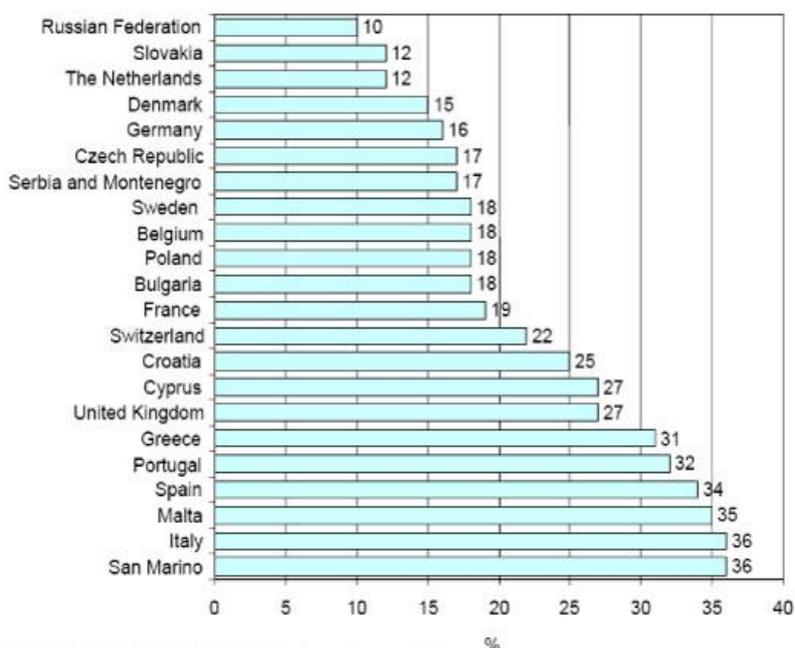


Figura 1. Excesso de peso na Europa

(American Heart Association, British Medical Association, WHO, 2007)

Como podemos constatar, segundo a WHO (2007), Portugal é um dos 5 países da Europa com maior percentagem de excesso de peso.

1.1. Definição de adolescência

Nesta secção, iremos efetuar uma breve concetualização e clarificação de termos utilizados no nosso estudo, os quais constituem as palavras-chave do mesmo.

Se procurarmos a definição de adolescência, iremos encontrar que a origem da palavra vem do Latim “*Adolescentia*”, que significa período da vida humana entre a puberdade e a virilidade, que corresponde dos 14 aos 25 anos de idade.

Outra definição mundialmente utilizada, é da OMS, que define adolescência como sendo um período da vida, que começa aos 10 anos e vai até os 19 anos completos (Conti, Frutuoso & Gambardella, 2005).

Este período pode ser dividido em três etapas: 1) Pré-adolescência – dos 10 aos 14 anos; 2) Adolescência propriamente dita – dos 15 aos 19 anos; 3) Juventude – dos 15 aos 24 anos.

Segundo a OMS (2004), a adolescência é o período entre 10 e 19 anos de idade, marcado pelo crescimento e desenvolvimento acelerado, onde o estado nutricional indica condições de uma vida saudável (Rodrigues & Galvão, 2005).

Na conceitualização sobre a adolescência, Outeral (2003) divide-a em três etapas, esclarecendo que o início e o fim de cada uma não são precisos, havendo flutuações progressivas e regressivas, especificando ainda que as idades são bastante relativas. A primeira seria a da chamada “adolescência inicial”, que vai dos 10 aos 14 anos, sendo caracterizada essencialmente por transformações corporais e suas consequências psíquicas. Em seguida viria a “adolescência média”, entre os 14 e os 17 anos, caracterizada pelas questões relativas à sexualidade, especialmente à passagem da bissexualidade para a heterossexualidade. A última etapa seria a “adolescência final”, entre os 17 e os 20 anos, que consiste no estabelecimento de novos vínculos com os pais, envolvendo ainda a questão profissional, a aceitação de um esquema corporal novo e dos processos psíquicos do “mundo adulto”.

A adolescência é um período de grande turbulência e de inúmeros conflitos internos e externos. Caracteriza-se por um conjunto de mudanças biológicas que vão interagir a nível psicológico. É algo mais do que uma etapa entre a infância e a idade adulta, é uma fase crítica em que o ser humano tenta aceitar a realidade de si próprio e da sua identidade.

As transformações físicas e psicológicas provocam sentimentos contraditórios, emotivos que alternam entre o descontentamento e a esperança. Psicologicamente, as mudanças são menos evidentes, mas igualmente importantes e que muitas vezes se revestem de algum desinteresse.

Atribui-se cada vez mais importância à adolescência entendida como um período da vida em que o adolescente completa as aprendizagens que lhe permitirão assumir as suas responsabilidades no seio da sociedade. Esta fase da vida é considerada especialmente vulnerável em termos nutricionais, devido a uma maior carência geral e necessidades

especiais de nutrientes, provocadas pela maior velocidade de crescimento e pelas alterações do estilo de vida e dos hábitos alimentares que nela ocorrem (Valente, 2006). De facto, o adolescente deverá ter maior cuidado com o seu padrão alimentar, visto que as exigências nutricionais são maiores, dado o seu ritmo de crescimento. Acerca desta temática, o autor refere que os padrões de alimentação dos adolescentes são frequentemente caóticos: tendem a omitir um número crescente de refeições em casa; estabelecem diferentes associações com alimentos saudáveis e alimentos de baixo valor nutritivo, dando preferência aos últimos; e o recurso a *fast-food*, em substituição de refeições normais ou lanches, torna-se prática regular.

Natali (2008), afirma que hábitos alimentares inadequados são causados, muitas vezes, pela necessidade da ausência dos pais, que passam muitas horas do dia no trabalho, relegando essa necessidade, ou ainda sob o encargo do próprio adolescente.

1.2. Definição de obesidade

A obesidade pode ser definida simplesmente como uma doença na qual o excesso de gordura corporal se acumula de tal forma que a saúde pode ser adversamente afetada. No entanto, a quantidade excessiva de gordura, a sua distribuição no corpo e as suas consequências associadas à saúde variam consideravelmente entre os indivíduos obesos (Kosti & Panagiotakos, 2006; WHO, 2000).

Em contexto de saúde, define-se obesidade na criança/jovem como um índice de massa corporal (IMC) superior ou igual ao percentil 95 para a idade e sexo e excesso de peso ou risco de obesidade como valores de IMC superiores ou iguais ao percentil 85 e inferiores ao 95.

Onis (2007), definiu as curvas de percentis de IMC por idade e sexo para crianças e adolescentes entre os 5 e os 19 anos, curvas estas que são as utilizadas pela OMS. Estas curvas foram definidas com base nos dados de 1977 do National Centre for Health and Statistics (NCHS) e com base nas curvas de crescimento até aos 5 anos já definidas pela OMS para poder ser comparada a variação entre as duas amostras e poderem ser definidas as curvas dos 5 aos 19 anos de idade. Esta definição teve também por base os pontos de corte recomendados do IMC do adulto (aos 19 anos).

Através desta classificação, as crianças e adolescentes são classificados com pré-obesidade quando o percentil de IMC está entre o p85 e o p97 e com obesidade quando o percentil de IMC está acima do p97, para ambos os sexos (Onis, 2007).

Na Tabela 1, apresenta-se em resumo os dados referentes à prevalência de obesidade nas crianças e adolescentes, segundo a Plataforma de Luta contra a Obesidade: metas 2010-2013 (DGS, 2005). Esta tem como missão: prevenção e o controlo da obesidade em Portugal, permitindo simultaneamente o crescimento e competitividade económica do país através da melhoria da saúde dos cidadãos mas também de outros setores como os ligados à agricultura/produção alimentar, ambiente, cultura ou emprego e qualificação profissional.

Tabela 1.

Prevalência da sobrecarga ponderal e de obesidade

	Pré-obesidade + obesidade (%)			Obesidade (%)		
	CDC 2000	Cole 2000	OMS 2006/2007	CDC 2000	Cole 2000	OMS 2006/2007
Crianças (2-5 anos)						
Rapazes	27,4	14,6	36,2	10,1	4,4	10,8
Raparigas	30,8	23,6	34,8	15,2	7,3	14,0
Total	29,0	19,0	35,5	12,5	5,8	12,3
Adolescentes (11-15 anos)						
Rapazes	28,6	27,9	35,3	13,4	7,0	16,7
Raparigas	27,8	27,7	32,7	9,4	6,8	11,5
Total	28,2	27,8	33,9	11,3	6,9	14,0

Fonte: DGS, 2010

De acordo com as recomendações da DGS, o crescimento e o estado nutricional da população pediátrica portuguesa devem ser reportados às tabelas constantes do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil que são as do National Centre for Health and Statistics [NCHS]. Na versão datada do início de 2005, este Boletim passou a incluir as curvas do IMC em substituição das curvas da relação peso-estatura, considerando de acordo com o Programa Nacional de Combate à Obesidade, serem mais adequadas à correta monitorização do estado de nutrição de cada criança.

Anteriormente, para monitorizar o estado de nutrição e crescimento das crianças e adolescentes, guiávamo-nos pelos valores de referência propostos pelo Center for Disease Control and Prevention (CDC) e baseados num estudo que envolveu apenas crianças norte-americanas. Além de estar limitado à análise da população de um país, este registo de padrões apoiou-se maioritariamente numa amostra de bebés alimentados com fórmulas lácteas. Desta

forma, as curvas não refletem de forma correta o que pode acontecer quando um bebé alimentado exclusivamente com leite materno.

Perante este facto, a OMS considerou as curvas de crescimento das CDC inadequadas e publicou uma nova versão destes valores de referência para o desenvolvimento infantil e juvenil. A versão da OMS é baseada num estudo realizado, entre 1997 e 2003, em diferentes continentes e que incluiu amostras seletivas de milhares de lactentes e crianças.

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2012) prevê a adoção de novas curvas de crescimento para os bebés e crianças nascidos em Portugal a partir de 2013. Estas tabelas servem de referência para monitorizar o desenvolvimento de bebés, crianças e adolescentes portugueses. Na prática, esta mudança irá contribuir para que os valores expressos nestas tabelas de percentis traduzam um crescimento mais próximo do "ideal" e, por outro lado, irá permitir detetar com mais rigor algumas situações problemáticas, como os casos de obesidade, que atualmente é um dos problemas mais preocupantes da saúde infantil e juvenil portuguesa.

A decisão clínica e os critérios determinantes da presença de pré-obesidade e obesidade em crianças e adolescentes requerem informações adicionais como a história clínica da criança ou adolescente obeso, onde deverão constar os antecedentes pessoais e familiares bem como dados referentes ao estilo de vida, nomeadamente no que diz respeito aos níveis de atividade física (Cole et al., 2002).

A obesidade é caracterizada pela acumulação excessiva de gordura corporal com potencial prejuízo à saúde, decorrente de vários fatores sejam esses genéticos ou ambientais, como padrões dietéticos e de atividade física ou ainda fatores individuais de suscetibilidade biológica, entre muitos outros, que interagem na etiologia da patologia (WHO, 1997). Mais recentemente e adotando uma definição mais sucinta ou restrita, a OMS (2002) define obesidade como um excesso de gordura corporal acumulada no tecido adiposo, com implicações para a saúde.

Conforme considera Arruda e Lopes (2007), o estilo de vida com baixos níveis de atividade física e hábitos alimentares inadequados tem contribuído para o excesso de gordura corporal em adolescentes de países desenvolvidos e em desenvolvimento.

De facto, um estilo de vida saudável, incluindo a prática regular de atividade física, é um fator importante na prevenção e no controle da obesidade (Madureira et al., 2009).

Para enfrentar este problema, as escolas desenvolvem programas de incentivo ao exercício físico, mas na maioria das vezes, isoladamente, não é suficiente.

Kurek e Butzke (2006), consideram a educação alimentar como sendo fundamental para a formação de hábitos alimentares saudáveis, sendo a escola o local adequado para trabalhar esse tema com os educandos.

Segundo Siqueira e colaboradores (2009), a atividade física ganha cada vez mais espaço como uma importante medida eficaz e de baixo custo para proporcionar melhores condições de vida às pessoas.

Madureira e colaboradores (2009), consideram que é de extrema importância a adoção de práticas regulares de atividade física e de hábitos alimentares saudáveis nessa fase do desenvolvimento.

Como já referimos, nas últimas décadas, a prevalência da obesidade tem aumentado de forma preocupante em todo o mundo. De facto, esta é uma doença universal de prevalência crescente e que tem adquirido proporções alarmantemente epidémicas, sendo um dos principais problemas de saúde pública da sociedade moderna (Lopes, 2006).

O mesmo considera Moreira (2000), que afirma que nos últimos anos, a obesidade aumentou em crianças e jovens, sendo decorrente de fatores genéticos, ambientais e psicossociais. As mudanças nos padrões de atividade física e nutrição também são responsáveis por essa alteração.

A obesidade que se inicia na adolescência surge quando o adolescente é incapaz de dominar as tarefas normais do seu desenvolvimento. Constitui uma fase marcante, que implica um acompanhamento e orientação fundamentais para evitar desvios de comportamento, que muitas vezes têm consequências nefastas para a sua vida.

Para Sousa (2008), a obesidade é preocupante na adolescência uma vez que é uma fase marcada pelo desenvolvimento e transformações fisiológicas, cognitivas, afetivas, sociais e morais.

De facto, atualmente, existem evidências científicas que a obesidade resulta de causas multifatoriais e que muitas delas poderiam ser prevenidas ou evitadas.

A OMS (2008) declarou recentemente que a obesidade é a nova síndrome mundial, tendo em vista que altas prevalências são encontradas tanto em países desenvolvidos como também nas chamadas economias emergentes.

1.3. Epidemiologia da obesidade

Nos países industrializados, a pré-obesidade e a obesidade constituem o distúrbio nutricional mais frequente em crianças e adolescentes (Hedley et al., 2004).

Na europa, a prevalência de obesidade triplicou nas últimas duas décadas, constituindo um dado particularmente alarmante. Assumindo a tendência observada em 2006, é dada uma projeção de que aproximadamente 41% de crianças da região mediterrânica oriental e 38% das crianças da europa têm excesso de peso (Wang & Lobstein, 2006).

Na europa, a prevalência de obesidade e excesso de peso varia entre 3% e 35% aos 13 anos e entre 5% e 28% aos 15 anos. Os rapazes apresentam indicadores de prevalência superior às raparigas em todos os países da europa, exceto na Irlanda onde as raparigas apresentam uma prevalência ligeiramente superior (WHO, 2007).

Em média, a prevalência de pré-obesidade e obesidade aos 13 anos é de 14,4% nos rapazes e 9,3% nas raparigas, e 8,2% e 6,0% aos 15 anos, respetivamente.

Dos 32 países que fazem parte do estudo, Portugal encontra-se como o quinto país com maior prevalência de obesidade aos 13 anos em ambos os sexos e em 8º lugar e 19º lugar, aos 15 anos, para rapazes e raparigas, respetivamente (WHO, 2007).

Segundo a International Obesity Task Force (IOTF), uma em cada 10 crianças tem pré-obesidade e aproximadamente 30-45 milhões são obesas. Na europa, os países do sul são os que apresentam um maior aumento da prevalência. No norte da europa, a prevalência de excesso de peso em crianças é de 10-20%, enquanto no sul é de 20- 35% (IOTF, 2004).

Num estudo realizado em Portugal com crianças portuguesas, com idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos, no período de 1970 a 2002, a prevalência de pré-obesidade e obesidade é de 20,3% e 11,3%, respetivamente (Padez, Fernandes, Mourão, Moreira & Rosado, 2004).

Noutro estudo realizado com adolescentes dos 12 aos 19 anos, estudantes do concelho de Lisboa, a prevalência de pré-obesidade e obesidade foi de 35%.

Um outro estudo realizado em crianças e adolescentes dos 10 aos 15 anos da área do Grande Porto revela que 41% dos indivíduos apresentava pré-obesidade e 13,7% obesidade, sendo que os rapazes apresentam valores mais elevados que as raparigas (Ribeiro, 2003).

Estes dados são de facto preocupantes, justificando assim a classificação da obesidade dada pela OMS, como uma *epidemia global* e conseqüentemente um grave problema de saúde pública (WHO, 2007).

Para responder ao desafio crescente resultante da epidemia da obesidade para a saúde, os ministros e delegados presentes na conferência Ministerial da Organização Mundial de Saúde Europeia sobre a Luta contra a Obesidade (Istambul, Turquia, 15-17 Novembro de 2006), e na presença do Comissário Europeu para Saúde e Proteção do Consumidor, adotaram como política a Carta Europeia de Luta contra a Obesidade. O seu processo de desenvolvimento incluiu vários setores governamentais, organizações internacionais, peritos, a sociedade civil e o setor privado através do diálogo e de consultas.

1.4. Etiologia da obesidade na adolescência

A etiologia da obesidade é multifatorial. O mecanismo responsável pela acumulação de tecido adiposo é complexo e pode ser resultante de uma combinação de fatores genéticos, metabólicos, psicológicos, ambientais e comportamentais (WHO, 2000). Além disso, o conhecimento sobre ingestão alimentar e características nutricionais de uma população é fundamental para sabermos como intervir numa sociedade de consumo (Gonçalves, 2006).

Existem alguns fatores que interferem com o desenvolvimento do adolescente e podem induzir um aumento de peso podendo progredir para a obesidade.

Os mais frequentes são definidos por alguns autores como:

Fatores genéticos – 80% das crianças entre os 10 e os 14 anos com um dos pais com obesidade são obesos (Ferreira, 2005);

Sedentarismo – a forma de vida sedentária da sociedade moderna é facilitada pelos avanços tecnológicos como a televisão, os automóveis, os jogos de computador, entre outros, o que contribui para a redução do gasto energético do indivíduo (Barlow, 2007; Carmo, Santos, Camolas, Vieira & Carreira, 2008);

Dieta alimentar – consumo excessivo de produtos gorduroso e açúcares e redução da ingestão de cereais, fibras, legumes e frutas (Pedrosa, 2004);

Família – a família é o pilar essencial de apoio ao adolescente, é também ela responsável por fornecer os alimentos, transmitindo hábitos alimentares.

Meios de comunicação social – a publicidade também constitui um meio de aliciar os adolescentes a consumir determinados alimentos, sendo a maior parte incorretos e inadequados a uma alimentação saudável (Almeida, 2002).

Apenas uma pequena percentagem de obesidade em crianças e adolescentes está associada a alterações genéticas ou hormonais. De facto, estima-se que apenas 1% a 5% dos casos de obesidade sejam motivados por causas endógenas, sendo os restantes 95% a 99%, motivados por uma causa primária ou exógena.

A distinção entre obesidade endógena (resultante principalmente de causas genéticas e/ou endócrinas) e obesidade exógena (motivada essencialmente por ingestão excessiva, quando comparada com o gasto energético do indivíduo) é de grande valia, na medida em que a identificação de uma obesidade de origem endógena, pode ser avaliada e tratada no sentido da correção do distúrbio base, com a normalização dos índices corporais, alterando e controlando os comportamentos alimentares e atividade física (Singhal, Schwenk & Kumar, 2007).

1.5. Consequências da obesidade na adolescência

As consequências da obesidade são também muitas vezes desvalorizadas, no entanto podem causar grandes transtornos na vida do adolescente. Alguns autores consideram como principais sequelas: hiperinsulinémia, aterosclerose precoce, hipertensão arterial, alterações respiratórias, obesidade futura e transtornos psicológicos.

Segundo Soares e Souza (2008), atualmente sabe-se que a obesidade é de etiologia multicausal, ou seja, pode ser determinada por diversos fatores, que podem ser:

- *Influência genética* (a criança que possui pais obesos tem 80% de probabilidade de se tornar obesa, enquanto que a proporção diminui para 40% quando apenas o pai ou a mãe é obeso, se nenhum dos dois for obeso, ainda há 15% de probabilidade.);
- *O hábito de omitir refeições*, especialmente o desjejum, juntamente com o consumo de refeições rápidas e densamente calóricas (*fast-foods*, salgadinhos, doces) faz parte do estilo de vida dos adolescentes, sendo considerados comportamentos importantes que podem contribuir para o desenvolvimento da obesidade. O consumo alimentar como um todo não tem sido consistentemente associado ao estado nutricional;
- *Estilo de vida sedentário*, sendo que os jovens de hoje estão muito ligados a jogos de computador, vídeo jogos, televisão, etc. e não se importam ou não são incentivados a praticar uma atividade física;
- *Fatores psicológicos*, a obesidade está relacionada com fatores psicológicos como: controlo, perceção de si, ansiedade e desenvolvimento emocional do adolescente (Caetano, Carvalho & Galindo, 2005).
- *Fatores fisiológicos* (endócrino-metabólicos). Nos últimos 10 anos, a prevalência da obesidade entre crianças europeias aumentou de 5% a 10%. Em Portugal, 30% das crianças entre os 7 e os 11anos são consideradas obesas ou com excesso de peso. As consequências são cada vez mais crianças e adolescentes a sofrerem de diabetes mellitus tipo 2, de hipercolesterolemia e de hipertensão arterial (Amann, 2006).

As consequências psicossociais de excesso de peso são também significativas e estão relacionadas com discriminação social, autoimagem negativa que persiste na adolescência e na vida adulta, problemas de comportamento e de aprendizagem (Amann, 2006).

A consequência mais comum da obesidade em países industrializados deve-se às perturbações psicossociais. Crianças ou adolescentes associam a sua forma (silhueta) de um corpo com excesso de peso a alguém com pouca interação social, fraco sucesso académico e pouca saúde, bem como os defeitos de carácter (Viner & Cole, 2005).

No entanto, existem poucas evidências que sugiram que a autoestima seja significativamente afetada em crianças obesas. Em adolescentes, os estudos demonstram uma relação inversa

consistente entre o peso corporal e a autoestima e imagem corporal (Braga, Molina & Cade, 2007).

1.6. Prevenção da obesidade na adolescência

O uso de estratégias preventivas tem repercussões futuras na saúde do adolescente. Para favorecer uma alimentação equilibrada é importante transmitir informações corretas, bem como evitar que as informações incorretas permaneçam e sejam percebidas como tal.

Tendo um papel de excelência a nível dos Cuidados de Saúde Primários, a prevenção e promoção da saúde permitem ao enfermeiro investir em atividades diversas, quer ao nível das unidades de saúde, quer ao nível dos cuidados na comunidade, colmatando dúvidas e proporcionando um ambiente menos constrangedor.

A prevenção deverá constituir o primeiro passo na intervenção quer dos educadores (progenitores, familiares), quer dos profissionais de saúde. Educar as crianças e os jovens para uma vida saudável, parece-nos ser o ponto de partida, devemos investir na sua saúde para evitar distúrbios graves que poderão levar a transtornos cíclicos que muitas vezes culminam em afastamento, desinteresse pela vida e até suicídio.

A família, assume um papel importante, considerando a mesma como um "grupo, que evolui de acordo com as suas finalidades, face às quais deverá desenvolver determinadas funções que se transformam ao longo do seu ciclo de vida..." (Figueiredo, 2012, p.68).

Sensibilizar para esta temática é valorizar o problema, é alertar para o facto de ele existir e infelizmente ser uma realidade comum na nossa sociedade.

Assim, consideramos que é nesta faixa etária que tudo se pode fazer, no sentido de alertar e intervir na prevenção e tratamento desta patologia.

Temos a profunda convicção que não cabe apenas aos profissionais de saúde, mas deve resultar de um esforço conjunto e de cooperação com os educadores, pais e professores, pares, e de todas as pessoas que convivem com o adolescente.

1.7. Tratamento da obesidade na adolescência

A obesidade é uma doença de difícil controlo, principalmente na adolescência, onde diversos fatores interferem psicologicamente no indivíduo. Mas para que este cause um desequilíbrio energético corporal é essencial que se reduza a ingestão calórica, que se pratique atividade física ou um misto destes dois, podendo causar uma importante adaptação do exercício havendo o aumento da taxa metabólica basal, e conseqüente aumento do dispêndio energético, auxiliando na perda de peso.

O tratamento da obesidade é possível, porém implica um esforço conjunto para que os resultados possam ser alcançados. As estratégias, as recomendações, as metas só por si são excelentes linhas de orientação, indutoras e promotoras de medidas a implementar, mas estamos perante um grupo muito específico e sensível, os jovens alunos, os quais se encontram num período de transformações significativas, os quais se encontram a viver as suas próprias experiências, o que exige um esforço de caráter contínuo de sensibilização, informação, formação, atualização de conhecimentos e de acompanhamento quer na escola, na família, na vigilância de saúde, o conhecimento de parte dos educadores e dos profissionais de saúde de técnicas de comunicação e de comunicação terapêutica de forma a captar a sua atenção e interesse.

A título de ilustração referimos e recomendamos o manual da DGS, com autoria de Vasco Prazeres, o qual apresenta um conjunto de considerações e ensinamentos para os que trabalham ou pensam vir a trabalhar com jovens adolescentes.

Atividade física e uma dieta adequada são dois parâmetros que muitos autores consideram fulcrais para o seu sucesso. A família é igualmente importante, constituindo uma forte influência sobre a ingestão de alimentos. As crianças têm tendência a seguir padrões paternos, assim toda a família deve ser envolvida em promover uma alimentação equilibrada.

Os pais têm o papel de transmitir valores que ajudem o adolescente a modelar os seus comportamentos nas escolhas alimentares. A aprendizagem de estilos de vida saudáveis deve iniciar-se muito cedo (Sendim & Silva, 2009, como citado em Costa, 2011). Tal como considera Figueiredo (2012), “A família assim representada é todo e partes ao mesmo tempo...qualquer alteração afetará quer as partes, quer o todo e ambos tendem a promover a mudança para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar” (p.66).

O tratamento da obesidade em crianças e adolescentes deve ser personalizado, adaptado à idade, ao grau de obesidade, às complicações metabólicas e às repercussões físicas e emocionais (WHO, 2000). Para se conseguir um sucesso terapêutico, deve ser elaborado um programa de tratamento que envolva uma equipa multidisciplinar composta pelo pediatra, psicólogo e dietista, que deve desenvolver uma atuação em estreita colaboração com a família e a criança/adolescente (ADA, 2006).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2012), desde há muito que os enfermeiros, nomeadamente, de cuidados de saúde primários, desenvolvem projetos de saúde junto da população na promoção de uma alimentação saudável e na adoção de estilos de vida saudáveis. Estes projetos podem estar, ou não, integrados em programas nacionais de saúde: Saúde Escolar, Saúde Infantil, Saúde Materna ou Saúde do Adulto.

O papel primordial dos enfermeiros tem sido o da promoção da saúde com enfoque na prevenção primária em todas as etapas do ciclo de vida da população. No entanto, a intervenção centrada na escola, como a promoção de estilos de vida e hábitos alimentares saudáveis, a distribuição de fruta e legumes, o fornecimento de refeições equilibradas só resultará se consubstanciada na práxis familiar, seja pela prática de atividades físicas da família (caminhar, nadar, andar de bicicleta), seja por alimentação equilibrada que modelem o comportamento das crianças. Ou seja, mudando, efetivamente, os comportamentos.

O Programa-tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2002), elaborado pela Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, decorre da revisão do programa de 1992, decorridos que foram dez anos. Neste documento, a manutenção e a promoção da saúde da criança é considerado como um imperativo para os profissionais e para os serviços de saúde, devendo ser facilitado o desenvolvimento da função parental, e das competências parentais como um direito e um dever de consciencialização, de responsabilização dos pais e familiares.

O aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a redução do analfabetismo e a melhoria das condições de vida, são fatores favorecedores dos conhecimentos e do desenvolvimento de competências nesta função.

1.8. Educação alimentar

Embora os hábitos alimentares sejam influenciados por vários condicionantes, com o crescimento, o indivíduo começa a desenvolver e adquirir as suas preferências e hábitos alimentares, sendo que é no contexto escolar que surgem outros fatores sociais que começam a assumir importância nas opções das crianças e dos adolescentes, dos quais se destacam os professores e o grupo de pares, em conjunto com os media (Vereecken, Bobelijjn & Maes, 2005). Isto é, há um aumento de autonomia nas próprias escolhas alimentares, sendo que na adolescência, o grupo de pares tem uma grande influência no desenvolvimento de hábitos alimentares e estilos de vida (Pérez, 2001).

Este aumento de autonomia e convívio com o grupo de pares potencia o aumento do consumo de alimentos nutricionalmente desequilibrados, conforme a idade progride, quando se consideram os dados relativos às tendências longitudinais (Bauer, Larson, Nelson, Story & Neumark-Sztainer, 2009).

Devem ser tomadas decisões e implementadas intervenções imediatas para prevenir o excesso de peso ganho durante a infância e adolescência e para tratar aquelas crianças e adolescentes que já apresentam excesso de peso. O sistema de cuidados de saúde, as agências governamentais e não governamentais, o sistema escolar, a indústria alimentar e os profissionais de saúde pública são as partes integrantes que em conjunto, devem ter uma ação pró-ativa com o objetivo de prevenir que os indicadores de obesidade infantil evoluam de forma favorável.

Para além disto, torna-se fundamental que a investigação nesta área continue, no sentido de procurar respostas para as melhores formas de prevenção e tratamento desta problemática definida pela OMS como um grave problema de saúde pública.

A família, nomeadamente os pais, representa um papel central no delineamento do padrão alimentar que, por sua vez, proporciona o contexto para a experiência alimentar inicial da criança. As atitudes e práticas alimentares dos pais determinam os hábitos alimentares dos filhos, na medida em que controlam o tipo e quantidade de alimentos ingeridos pelos filhos, os horários das refeições e o contexto social em que se inserem, além de estabelecerem o carácter emocional do momento da refeição (Birch & Davidson, 2001).

A escola tem também um papel fundamental ao nível da escolha dos modelos alimentares, não só através do conhecimento, mas também das atitudes, comportamentos e ambiente (Olivares, 2004).

A OMS (2004), num estudo realizado em 35 países, de entre os vários objetivos preconizados, pretendia avaliar os hábitos alimentares dos jovens no âmbito do *Health Behaviour in school-aged study children (HBSC)*.

Retratando os dados e resultados do mesmo, verificou-se que em relação ao consumo de pequeno-almoço, Portugal posicionou-se em 2º lugar aos 11 e 13 anos e em 1º lugar aos 15 anos, em relação à percentagem de adolescentes que tomava o pequeno-almoço. A sua amplitude dos valores de percentagem observados era elevada assumindo valores entre 34% e 90% entre os diferentes países em estudo (Currie, 2004).

Em relação ao consumo de vegetais, em todos os países, menos de 50% dos adolescentes apresentava frequências de consumo diário deste grupo de alimentos. Relativamente à fruta, o comportamento foi similar. Em ambos os casos, em geral, as raparigas reportam um consumo superior aos rapazes, sendo que esta diferença excede os 10% em três países (Alemanha, Bélgica e Finlândia) e 5% em 17 países. Portugal assume um lugar entre os 4 países, onde o consumo de fruta é superior nos três grupos etários mas em relação ao consumo de vegetais desce para a metade inferior da tabela, relativamente ao consumo diário destes grupos de alimentos (Currie, 2004).

No consumo de refrigerantes, verifica-se que em Portugal há um decréscimo de consumo diário à medida que a idade aumenta, facto que não se verifica em todos os outros países onde as diferenças são mínimas podendo até ser observado um ligeiro aumento (Currie, 2004).

Os alimentos doces ou chocolates são ingeridos uma ou mais vezes por dia em quase um terço dos jovens pertencentes ao estudo (30%) e uma proporção similar (29%) consome alimentos deste tipo uma vez por semana ou menos (Currie, 2004).

Portugal é um dos países onde o consumo é menor, apresentando indicadores inferiores à média. O consumo é superior aos 13 e 15 anos comparativamente com o consumo aos 11 anos (Currie, 2004).

Durante a adolescência, os pais podem influenciar os padrões de consumo alimentar dos adolescentes limitando a disponibilidade e acessibilidade, tornando-se como modelo. À

medida que os adolescentes vão atingindo a idade adulta vão fazendo as suas escolhas alimentares, fazendo parte do seu processo de individualização, saltando refeições e preparando os seus próprios alimentos. O processo de individualização está muitas vezes associado com a rejeição dos valores familiares e é acompanhado pela influência dos pares na vida social fora da família (Lee, 2008).

Todos os estudos e resultados descritos anteriormente apontam para a necessidade de desenvolvimento de programas para a melhoria dos hábitos alimentares na população dos jovens adolescentes. O desenvolvimento de estratégias efetivas requer um conhecimento dos hábitos alimentares dos adolescentes e dos fatores que os influenciam.

Uma revisão recente estabelece um modelo que concetualiza os comportamentos alimentares dos adolescentes como uma função complexa de interação de influências ao nível individual (biológicas e psicológicas), social (família e os pares), ambiental (escola, disponibilidade *fast-food*) e da sociedade (*media* e política), (James, Thomas & Kerr, 2008).

1.9. Atividade física e comportamentos sedentários

Quando estudado o efeito da atividade física no estado nutricional dos adolescentes, a evidência demonstra que a atividade física é um fator protetor ao desenvolvimento de obesidade.

Quando estudadas faixas etárias mais abrangentes (3-18 anos), verifica-se o mesmo tipo de associação, existindo um significado estatístico entre o tempo despendido em visionamento televisivo e a gordura corporal (Marshall, Biddle, Gorely, Cameron & Murdey, 2004). Quando estudado o efeito do visionamento televisivo nas escolhas alimentares, verifica-se que quanto maior o tempo despendido menores são as escolhas alimentares saudáveis, acarretando um aumento no risco de excesso de peso dos adolescentes (Vereecken et al., 2005).

Tem sido proposto que comportamentos sedentários e ativos devem coexistir em simultâneo (Biddle, Gorely, Marshall, Murdey & Cameron, 2004) e que um tipo de comportamento não se desloque automaticamente para o outro. É possível combinar no mesmo dia atividade desportiva (jogar à bola) com comportamento sedentário (ver televisão).

Em conclusão, o objetivo mais importante é que o valor energético total diário seja igual ao gasto energético total diário (Hills, King & Armstrong, 2007). A chave para a associação entre os comportamentos sedentários e a obesidade é que os comportamentos sedentários estão associados a um consumo alimentar desadequado (Rennie & Jebb, 2003).

1.10. Papel do enfermeiro na vigilância da saúde infantil e juvenil

O crescimento é um importante indicador do bem-estar de uma criança ou adolescente. Os fatores nele implicado são múltiplos e vão desde a influência genética, fatores ambientais (nomeadamente a alimentação), fatores de ordem psicológica e um grande leque de doenças.

Um atraso estado-ponderal pode ser a primeira manifestação de patologias como doença celíaca, doença intestinal inflamatória, infeção urinária, fibrose quística, infeção VIH, entre outras. Compreende-se, assim, a importância da correta monitorização nas consultas de vigilância de saúde infantil.

O problema do excesso de peso e obesidade, já referido como a pandemia do século XXI, atravessa todos os grupos etários e atinge números alarmantes. Muitas crianças e adolescentes obesos vão permanecer adultos obesos, antecipando desde logo algumas das complicações na idade adulta, como a diabetes tipo II.

A construção de curvas de crescimento é um processo moroso, que exige elevados recursos humanos e materiais. Por esta razão, muitos países optam pela utilização de curvas internacionais, das quais as do (NCHS são as mais divulgadas. A utilização destes instrumentos permite igualmente uma comparação entre os vários países, como sucede frequentemente em trabalhos científicos e como é pedido por organismos internacionais como a UNICEF ou a OMS.

As curvas do NCHS são utilizadas em Portugal desde 1981. Os dados em que se baseiam são periodicamente atualizados, levando ao desenho de novas curvas. Na edição do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil distribuída no início de 2005, foi incluída a última versão destas curvas, as quais serão igualmente substituídas, na reedição do Programa-Tipo de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (Orientações Técnicas nº 12), previsto para o corrente ano. Nesta revisão, e de acordo com o Programa Nacional de Combate à Obesidade, optou-se por

substituir as curvas da relação peso-estatura pelas do IMC, mais adequadas à correta monitorização do estado de nutrição de cada criança.

As curvas do IMC permitem monitorizar o estado de nutrição, identificando não só as crianças e adolescentes já obesos, mas também aqueles em risco de virem a sê-lo. Este desvio é particularmente importante se o afastamento do percentil do IMC ocorrer fora dos períodos de deposição fisiológica de gordura (primeiro ano de vida e pré-puberdade).

A procura duma faixa de peso saudável e o combate ao excesso de peso e obesidade devem ser uma preocupação de todos os profissionais que trabalham com as crianças e suas famílias.

Uma vez que as curvas do IMC apenas fazem parte do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil editado a partir de 2005, se a criança ou jovem possuir um Boletim anterior a esta edição, recomenda-se a determinação do IMC e respetivo percentil, utilizando as curvas constantes desta Circular Normativa.

Mas, relembramos que para as crianças nascidas em janeiro de 2013, haverá novas curvas a adotar, serão efetuadas atualizações nos respetivos boletins individuais de saúde, de acordo com as recomendações e orientações a emanar pela DGS.

A saúde não depende exclusivamente da prestação de cuidados. A influência do ambiente social, biofísico e ecológico é determinante. No entanto, é indiscutível o impacto das ações de vigilância da saúde infantil e juvenil pertinente e de qualidade. A manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças é, pois, um imperativo para os profissionais e para os serviços.

A OMS (2000), considera que o centro de saúde representa a forma mais facilitada de acesso à promoção da saúde e aos cuidados antecipatórios.

As carências e assimetrias de distribuição de profissionais nos cuidados de saúde primários manifestam-se na diversidade de recursos humanos afetos ao desempenho destas atividades. O fundamental é que estas sejam realizadas por profissionais disponíveis, motivados e competentes.

Neste contexto, é de particular importância desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco.

No decurso da vigilância em saúde infantil e juvenil são efetuadas intervenções que visam a concretização de um conjunto vasto de objetivos, tendo em vista a obtenção contínua de ganhos em saúde nesta população. Assim, pretende-se:

1. Avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar os dados obtidos, nos suportes próprios, nomeadamente no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil;

2. Estimular a opção, sempre que possível, por comportamentos promotores de saúde, entre os quais os relacionados com:

- A nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, promovendo comportamentos alimentares equilibrados;
- A prática regular de exercício físico; o brincar, e outras atividades de lazer em espaços livres e ambientes despoluídos; a gestão do stress;
- A prevenção de consumos nocivos;
- A adoção de medidas de segurança, reduzindo o risco de acidentes.

3. Promover:

- A imunização contra doenças transmissíveis, conforme o Programa Nacional de Vacinação;
- A saúde oral;
- A prevenção das perturbações emocionais e do comportamento;
- A prevenção dos acidentes e intoxicações;
- A prevenção dos maus tratos;
- A prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar inadequada;
- O aleitamento materno.

4. Detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente, tais como: malformações congénitas, luxação da anca, cardiopatias congénitas, testículo (s) não descido (s), perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento estado-ponderal e psicomotor, problemas dentários, alterações neurológicas, alterações do comportamento e do foro emocional e relacional.

5. Prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades, nomeadamente reforçando o papel dos pais e outros cuidadores, alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde.
6. Sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias, bem como promover a eficaz articulação com os vários intervenientes na prestação de cuidados a estas crianças.
7. Assegurar a realização do aconselhamento genético, sempre que tal esteja indicado, quer para os progenitores, quer para os adolescentes, se necessário, através da referenciação para serviços especializados.
8. Identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus tratos e de violência, tais como: negligência, maus tratos físicos, psicológicos, abuso sexual, *bullying*, práticas tradicionais lesivas, nomeadamente a mutilação genital feminina.
9. Promover o desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação das crianças e dos jovens, com progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde, prevenindo situações disruptivas ou de risco acrescido e promovendo a equidade de género.
10. Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover o bem-estar familiar e em outros ambientes específicos.

A concretização destes objetivos implica a otimização dos recursos disponíveis. Assim, de molde a potenciar o trabalho em equipa, há que, em cada situação, aplicar os princípios deontológicos e as competências técnicas atribuídas pelas entidades próprias dos diferentes profissionais de saúde.

Pretende-se rentabilizar a ação dos profissionais e desenvolver sinergias nas diferentes equipas (intra e interinstitucionalmente), com as famílias e a própria comunidade, no sentido de assegurar e otimizar a vigilância adequada da saúde das crianças e jovens. A atuação dos enfermeiros em cuidados de saúde primários situa-se em duas áreas distintas, a da saúde pública e a da saúde comunitária, em parte por herança histórica, mas considerando também os problemas de saúde nacionais, as orientações internacionais, nacionais e regionais, a formação e a evolução da profissão.

Reconhece-se que o enfermeiro detém um lugar privilegiado nos modelos de equipa pluridisciplinar de saúde que têm sido experimentados entre nós devido às múltiplas oportunidades que tem de conhecer as famílias e os seus estilos de vida durante o atendimento das suas necessidades de saúde, assim como dos recursos comunitários. Estas oportunidades conferem-lhe o papel de agente facilitador da mudança que se pretende efetuar.

Trabalham integrados em programas ou projetos no centro de saúde, no domicílio ou em grupos institucionalizados da zona de implantação geográfica do centro de saúde, como promotores ou participantes, a título individual e/ou de forma articulada em grupos multidisciplinares junto de pessoas, famílias e grupos da população.

1.10.1. Vigilância de saúde na UCSP e UCC de Carrazeda de Ansiães

De forma a caracterizar os aspetos referentes ao funcionamento das unidades de saúde que integram a nossa Unidade Local de Saúde do Nordeste, optámos por referir alguns dados que permitem conhecer a nossa realidade e o contexto da oferta de cuidados dirigidos à população alvo do nosso estudo.

a) Caracterização do Concelho de Carrazeda

Carrazeda de Ansiães é uma vila portuguesa, pertencente ao distrito de Bragança, sede de município com 280,91 Km² e área e 6373 habitantes, divididos por 19 freguesias. O município é limitado a norte por Murça e Mirandela, a nordeste por Vila Flor, a leste por Torre de Moncorvo, a sul por Vila Nova de Foz Côa, a sudoeste por São João da Pesqueira e a oeste por Alijó.

Na Figura 2, apresentamos as 19 freguesias do concelho de Carrazeda de Ansiães, bem como o número de habitantes correspondente.

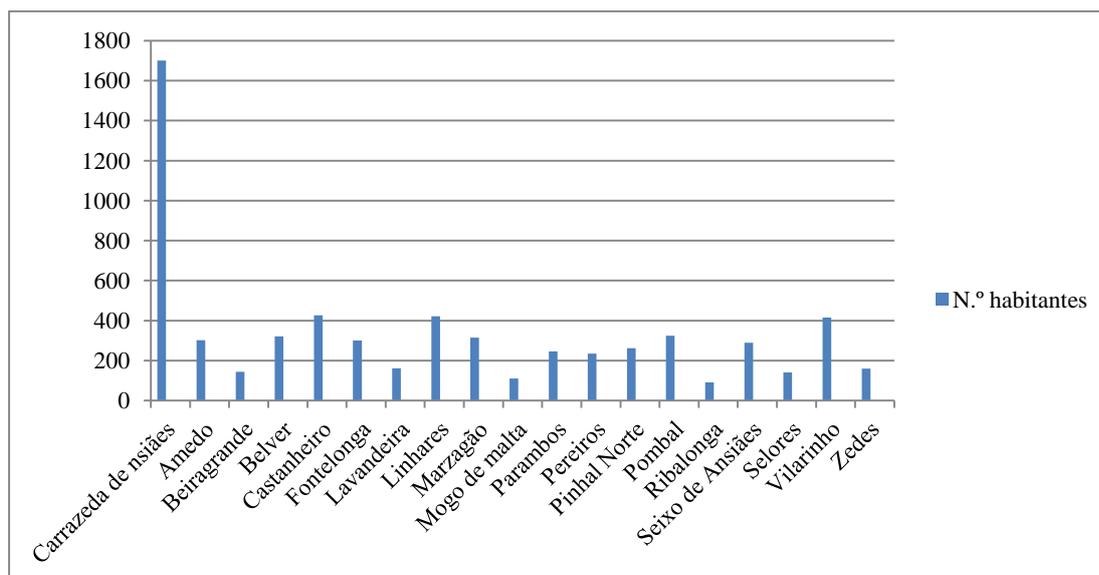


Figura 2. Número de habitantes das freguesias de Carrazeda de Ansiães
(Câmara Municipal de Carrazeda de Ansiães)

b) Organização da consulta de saúde juvenil

De facto, a consulta de vigilância de saúde juvenil torna-se um momento privilegiado de contacto com o adolescente que permite dotar o enfermeiro de conhecimentos acerca do adolescente que podem ser essenciais para a promoção de hábitos de vida saudáveis.

O enfermeiro deverá acompanhar o crescimento e desenvolvimento ao longo da infância e posterior adolescência, avaliando os parâmetros antropométricos, capacidade física e alimentação, relacionando a possibilidade de adquirir esta patologia.

Uma vez instalada a patologia, o enfermeiro deve abordar o aconselhamento da criança e da família sobre os benefícios de um tratamento adequado, evitando consequências, além de orientar para uma equipa multidisciplinar.

É crucial orientar sobre a nutrição dos jovens, no seu campo de atuação; consciencializar os pais da importância da prevenção da obesidade com material educativo; informar a família sobre a patologia; efetuar visitas domiciliárias; fazer acompanhamento nutricional; incutir uma melhoria da alimentação; incentivar exercícios físicos; avaliar o estado psicossocial da criança e da família; analisar o aparecimento de doenças oportunistas à obesidade; orientar sobre a importância de acompanhamento médico (Fernandes & Vargas, 2007).

No Centro de Saúde de Carrazeda de Ansiães, são cumpridas as normas emanadas pela DGS (2005), no que respeita à consulta de vigilância de saúde juvenil. Esta consulta é agendada de acordo com a disponibilidade do jovem e dos pais. É realizada pelo enfermeiro de família e pelo médico de família e, sempre que se justifica, abrange uma equipa mais alargada, nomeadamente: nutricionista, terapeuta da fala e psicóloga.

O rastreio da obesidade, realizado a nível da consulta de vigilância infantil, permite avaliar parâmetros antropométricos, e sempre que justificável os jovens serão encaminhados para a consulta de nutrição. Esta consulta permite uma avaliação mais pormenorizada por parte de um nutricionista, onde são considerados os vários fatores que concorrem para o excesso de peso/obesidade.

O enfermeiro tem um papel crucial e fundamental na comunidade em geral e na comunidade educativa constituída por (alunos, pais e encarregados de educação, professores, pessoal não docente) conforme o referido no Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2006).

As escolas representam um local onde pode ser realizada a educação nutricional que é essencial, porque visa a modificação e melhoria dos hábitos alimentares, refletindo na saúde e na qualidade de vida através de palestras e atividades educativas sobre a alimentação saudável (Fernandes & Vargas, 2007).

Na zona de atuação em cuidados de saúde primários, nomeadamente na UCC, no âmbito do programa de saúde escolar, existe uma equipa de enfermagem que dá apoio a todos os alunos, tendo sido criado um gabinete de apoio ao jovem, onde são esclarecidas todas as dúvidas dos alunos que procuram este gabinete, bem como desenvolvidas algumas ações de formação identificadas como necessárias.

De igual forma, desenvolvemos visitação domiciliária sempre que detetamos ausência dos jovens nas consultas de vigilância ou sempre que seja considerada necessária para o crescimento e desenvolvimento dos jovens, segundo os padrões adequados.

Atualmente, e desde o ano de 2007, está a ser desenvolvido um programa de apoio aos jovens designado PASSE (Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar), que permite atuar em diversas áreas de aprendizagem, dando ênfase às necessidades identificadas pelos profissionais de saúde e educadores.

O PASSE pretende promover comportamentos alimentares saudáveis e contribuir para que exista um ambiente promotor da saúde, em especial no que se refere à alimentação. Trabalha ainda outros determinantes da saúde, como a saúde mental, atividade física e saúde oral. Integra-se naturalmente na comunidade, de modo a contribuir para um ambiente promotor da saúde. O serviço de alimentação escolar é também um dos alvos do deste programa, contribuindo para que a oferta alimentar esteja de acordo com as recomendações nutricionais.

Abrange toda a comunidade educativa de todos os níveis de ensino e elementos-chave da comunidade extra-educativa. Os amigos, a família e as estruturas à volta da escola ajudam, em conjunto, a criar ambientes promotores da saúde. Se, todos juntos, quisermos passar a ideia de que comer bem dá prazer e saúde, todos os parceiros são necessários, desde as autarquias, empresas de transporte, clubes, empresas na área da alimentação, entre muitos outros.

No capítulo seguinte apresentamos a metodologia utilizada na implementação desta investigação sobre o fenómeno em estudo, bem como as razões e os processos de tomada de decisão, as etapas e as opções metodológicas prosseguidas na continuidade deste estudo, tendo em conta os seus contextos, os seus intervenientes, os seus colaboradores e os do contexto do exercício profissional do próprio investigador.

CAPITULO II

METODOLOGIA

Neste capítulo, apresentaremos de forma sucinta e objetiva a metodologia utilizada, bem como a justificação das opções metodológicas seguidas ao longo da fase de concetualização e de implementação deste projeto que, como referimos anteriormente na introdução deste trabalho, intitula-se *“Obesidade na Adolescência: Um olhar sobre os conhecimentos e opiniões dos alunos do 2º e 3º ciclos”*.

Toda a investigação tem como ponto de partida a identificação de um problema, de uma inquietação e que exige uma explicação ou compreensão do fenómeno observado (Fortin, 2009).

Segundo esta autora, o problema de investigação surge como forma de explicar o fenómeno, suprimir o desvio e fornecer conhecimentos úteis para o melhoramento/resolução da situação problemática. Deverá sobretudo responder às necessidades da profissão de enfermagem, baseado em conhecimentos científicos, melhorando a qualidade da prestação de cuidados.

Contudo, é óbvio que a qualidade e a validade dos resultados de um estudo dependem, em grande parte, da representatividade da amostra. Uma amostra é representativa se as unidades que a constituem forem escolhidas por um processo em que todos os membros têm a mesma probabilidade.

Perante a definição da problemática e sua delimitação face à população alvo, a finalidade do presente estudo é: **identificar os conhecimentos e opiniões dos alunos do 2º e 3º ciclos acerca da obesidade.**

É com base neste princípio que se pode tentar mudar estilos de vida, no sentido de inculcar no adolescente valores nutricionais adequados.

Estamos cientes das limitações inerentes ao próprio estudo, e da dificuldade em extrapolar dados, no entanto, o mesmo poderá induzir outros estudos de clarificação e de compreensão da problemática, motivadoras de outros projetos e de intervenções dirigidas ao grupo de adolescentes.

2.1. População alvo – amostra populacional

A amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno (Fortin, 1996).

Visto que a amostra é reduzida face ao número de alunos que compõe cada turma, foram selecionados todos os jovens que frequentam o 2º e 3º ciclos da Escola Secundária de Carrazeda de Ansiães, com idades compreendidas entre os 10 e os 16 anos de idade.

Uma vez que o estudo é realizado num agrupamento de escolas, não se torna difícil, através da base de dados desse mesmo agrupamento, dispor da lista exaustiva dos membros da população a estudar.

2.2. Tipo de estudo

O estudo que pretendemos desenvolver será de carácter exploratório, descritivo, transversal, analítico, com abordagem de natureza quantitativa. Escolhemos um estudo exploratório partindo do pressuposto que o mesmo irá permitir-nos aprofundar os conhecimentos acerca do fenómeno em estudo e adquirir mais competências a respeito da problemática. Poderá ainda suscitar questões e levantar possíveis problemas de pesquisa.

Para Andrade (1995), “a pesquisa exploratória na maioria dos casos constitui preliminar ou preparatório para outro tipo de pesquisa” (p.94). Segundo Gil (1994), “as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” (p.44).

É também considerado um estudo descritivo porque ambiciona apenas estimar parâmetros de uma população, nomeadamente proporções, médias, etc.

Estes estudos têm a importância fundamental de serem sempre o primeiro passo da investigação (Pina, 2006).

O estudo descritivo permite descrever a distribuição de um evento na população, em termos quantitativos. As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis, determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos (Costa, 2003).

Na operacionalização/categorização das variáveis, tivemos em linha de conta as hipóteses formuladas, as quais se encontram descritas no decorrer deste estudo.

Definimos como estudo transversal porque fornece um diagnóstico instantâneo da situação de saúde de uma população, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo. Nos estudos transversais, cada indivíduo é avaliado para o fator de exposição e a doença num determinado momento (Costa, 2003).

Os estudos transversais analíticos são "fotografias" mas que também poderão incluir alguma análise quando as variáveis de exposição e de resultado são persistentes ao longo do tempo. Por exemplo, é possível estudar a associação entre a variável sexo (obviamente, quase imutável...) e uma determinada doença crónica, numa população (Pina, 2006).

O estudo analítico procura investigar a relação exposição-doença, em função do ponto de partida da observação ser a causa ou efeito (Pina, 2006).

A pesquisa é de carácter quantitativo, dado que se traduz em números as opiniões e informações para serem classificadas e analisadas, utilizadas técnicas estatísticas (Rodrigues & Saraiva, 2007).

2.3. Variáveis em estudo

Basicamente, a definição conceitual das variáveis constitui uma abstração articulada em palavras para facilitar sua compreensão e sua adequação aos requerimentos práticos da investigação. Sampieri, Collado e Baptista (2006), definem uma variável como uma propriedade que pode variar cuja variação é suscetível à mediação e à observação. Segundo Pina (2006), variável é um conjunto de dados que variam de um indivíduo, objeto ou

procedimentos para com o outro, altura, quociente de inteligência, rendimento familiar, estilos de ensino e variedades de livros de entre outros.

A variável tem uma importância muito grande na investigação porque o investigador pode estudar qualquer assunto, podendo variar, ser expressa como mais que um valor ou em vários valores e categorias, sendo os dados a que as hipóteses se referem (Sousa, 2005).

2.3.1. Operacionalização das variáveis

A operacionalização das variáveis está estreitamente vinculada ao tipo da técnica e à metodologia usada para colher dados. Devem ser compatíveis com os objetivos da investigação, uma vez que responde ao enfoque proposto, ao tipo de investigação que se realizará. Essas técnicas, em linhas gerais, podem ser qualitativas e quantitativas (Sousa, 2005).

Segundo Fortin (2009), as variáveis podem ser classificadas de diferentes formas, segundo a sua utilização numa investigação:

- *Variável independente*: é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente. A variável independente ou explicativa é muitas vezes considerada o tratamento ou simplesmente a variável experimental. Destacamos neste trabalho as seguintes variáveis independentes: sexo, idade, ano de escolaridade, IMC, hábitos alimentares.
- *Variável dependente*: é a que sofre o efeito esperado da variável independente, é o comportamento, a resposta, ou o resultado observado, devido à presença da variável independente. A variável dependente é muitas vezes designada “variável crítica” ou “variável explicativa”. De acordo com a formulação do problema, a variável dependente são os conhecimentos e opiniões dos adolescentes acerca da obesidade. Como a prática ou não de desporto fora do âmbito escolar e os elementos da família com excesso de peso foram testadas, também as podemos considerar variáveis dependentes.

Na Tabela 2, apresentamos a definição das variáveis em estudo, tipo de variável e operacionalização das mesmas.

Tabela 2.

Variáveis em estudo, definição, tipo, operacionalização e categorização

Variável	Definição	Tipo de variável/ categorização
Idade	“Duração da vida do homem e dos animais” (Infopédia, 2012).	Númérica, operacionalizada em anos
Sexo	“A totalidade das características de estruturas reprodutivas e funções, fenótipo e genótipo, que distinguem o organismo masculino do feminino” (Dicionário médico, 2012).	Nominal, com duas categorias: Masculino e Feminino
Residência	“Lugar onde se mora habitualmente, domicílio, morada” (Dicionário de língua portuguesa, 2012).	Nominal, com três categorias: Aldeia, Vila e Cidade
Peso	Física resultante das ações da gravidade sobre os corpos (peso absoluto (Dicionário de língua portuguesa, 2012).	Númérica, operacionalizada em quilogramas
Altura	Dimensão de um corpo considerada desde a base até à extremidade superior (Dicionário de língua portuguesa, 2012).	Númérica, operacionalizada em centímetros
IMC	A obesidade e a pré-obesidade são avaliadas pelo IMC, que mede a corpulência, que se determina dividindo o peso (kg) pela altura (metros), elevada ao quadrado. (Portal da Saúde, 2012).	Númérica. Operacionalizada tendo em conta a fórmula IMC, e as recomendações para a infância e adolescência
Conhecimentos sobre obesidade	“Conhecimentos é saber, é o conhecer não definitivo, ou seja, busca constante em aprender, reaprender e sempre buscar aumentar o conhecimento” (Mascarenhas, 2008).	Númérica. Operacionalizada através do somatório obtido num teste com perguntas sobre a temática, de acordo com a literatura
Meio de transporte	“Deslocação ou condução de pessoa mediante a utilização de veículos ou por outros meios; ato ou efeito de transportar” (Dicionário da língua portuguesa contemporânea, 2001).	Nominal, com três categorias: A pé Bicicleta Carro Autocarro
Hábitos alimentares	“Preferências alimentares adquiridas ou aprendidas”. (Dicionário médico, 2012).	Nominal, com duas categorias: Verdadeiro ou falso
Opiniões	“Juízo ou sentimento, que se manifesta em assunto sujeito a deliberação” (Dicionário de língua portuguesa, 2012).	Númérica. Operacionalizada através do somatório obtido num teste com perguntas sobre a temática, de acordo com a literatura
Atividade física	A prática de atividade física, em todas as idades, é essencial para uma boa saúde, sendo indispensável para o controlo do peso e do balanço energético (<i>British Medical Association</i> , 2005).	Nominal, com quatro categorias: Futebol Ginástica Natação Andebol
Sedentarismo	A falta ou a grande diminuição da atividade física (Mattos, Santos, Cardoso & António, 2006).	Nominal, com duas categorias: Sim ou não
Exercício físico	“Atividade física geralmente regular e feita com a intenção de melhorar ou manter a aptidão física ou a saúde. É diferente de esforço que é voltado principalmente para a resposta fisiológica e metabólica ao uso da energia” (Dicionário médico, 2012).	Nominal, com duas categorias: Verdadeiro ou falso
Hereditariedade	“Transmissão dos caracteres normais ou patológicos de uma geração às seguintes” (Dicionário de língua portuguesa, 2012).	Nominal, com duas categorias: Verdadeiro ou falso
Ocupação de tempos livres	“Acção ou efeito de ocupar ou ocupar-se” (Dicionário de língua portuguesa, 2012).	Nominal, com quatro categorias: Ver TV Jogar computador Passear Ler Praticar exercício físico
Fatores predisponentes/risco	Chama-se fator de risco ou predisponente a qualquer situação que aumente a probabilidade de ocorrência de uma doença ou agravamento à saúde, a exemplo dos múltiplos fatores causais das doenças cardiovasculares (Wikipedia, 2012). “A probabilidade de que um evento ocorrerá. Ele abrange uma variedade de medidas de probabilidade de um resultado geralmente desfavorável” (Dicionário médico, 2012).	Nominal, com três categorias: Alimentação Hereditariedade Sedentarismo

2.4. Instrumento de recolha de dados

Um questionário é um instrumento de investigação que visa recolher informações baseando-se, geralmente, na inquirição de um grupo representativo da população em estudo. Para tal,

coloca-se uma série de questões que abrangem um tema de interesse para os investigadores, não havendo interação direta entre estes e os inquiridos.

Tem várias vantagens, nomeadamente: *i)* Possibilita atingir grande número de pessoas de diversas localizações geográficas com baixo custo; *ii)* Permite o anonimato das respostas; *iii)* Permite que as pessoas o respondam no momento que lhes pareça mais apropriado; *iv)* Não expõe os pesquisados à influência da pessoa do pesquisador.

Um questionário é extremamente útil quando um investigador pretende recolher informação sobre um determinado tema. Deste modo, através da aplicação de um questionário a um público-alvo constituído, por exemplo, de alunos, é possível recolher informações que permitam conhecer melhor as suas lacunas, bem como melhorar as metodologias de ensino podendo, deste modo, individualizar o ensino quando necessário (Amaro, 2005).

A importância dos questionários passa também pela facilidade com que se interroga um elevado número de pessoas, num espaço de tempo relativamente curto.

Estes podem ser de natureza social, económica, familiar, profissional, relativos às suas opiniões, à atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, etc. (Amaro, 2005).

Por definição, um questionário é um instrumento de recolha de informações rigorosamente padronizado, tanto no texto das questões formuladas como na ordem em que elas são colocadas. Para haver legitimidade na comparação das respostas dadas pelos sujeitos inquiridos, a colocação das questões deve ser igual para todos, sem nenhum tipo de adaptação, explicação ou alteração, por menor que seja. Deve ter-se em mente que uma boa questão nunca deve propiciar tendência a uma resposta específica, não deve expressar nenhuma expectativa e as opções de resposta, caso existam, não devem excluir nenhuma possibilidade plausível de resposta do entrevistado.

Para a recolha de dados elaboramos um questionário (*Apêndice B*) de autopreenchimento estruturado, destinado a alunos do 5º, 6º e 7º anos de escolaridade da Escola Secundária de Carrazeda de Ansiães, visto ser mais rápido, permitindo aos alunos dar respostas e diminuir o fator de inibição. A escolha destes anos de escolaridade baseou-se, fundamentalmente, na faixa etária que pretendemos estudar. Tal como fundamenta Valente (2006), é nestas idades

que começam a emergir profundas alterações e quanto mais precocemente atuarmos melhores são as perspectivas de eficácia dos resultados.

Deste modo, os conhecimentos que os jovens desta faixa etária vão adquirindo já conseguem ser assimilados e compreendidos, evitando assim possíveis erros no estudo. A abordagem do tema não deverá ser novidade, no entanto, se iniciarmos a sua formação nestas idades podemos evitar ideias pré-concebidas e juízos de valor infundados e difundidos por vários meios informativos.

No seguimento deste estudo e na implementação do mesmo, realizamos e aplicamos um questionário de pré-teste a 16 alunos, com predomínio de perguntas do tipo fechado maioritariamente de múltipla escolha que possibilitam respostas alternativas, sendo validado e posteriormente aplicado a toda a amostra. Foi por nós construído e elaborado de acordo com os pressupostos teóricos e a consulta de outros trabalhos de investigação. Este questionário de pré-teste permitiu-nos verificar, de facto, se as questões foram entendidas pelos alunos. Posteriormente, foi necessário reformular, reorganizar e clarificar alguns aspetos, quer na formulação das questões, quer na sua estrutura e organização, de forma a facilitar o seu entendimento e permitir a acessibilidade do mesmo face os seus destinatários, isto é, os jovens adolescentes.

Está dividido em duas partes e contempla algumas questões fundamentais, tais como: *i)* Parte I – caracterização sociodemográfica que contempla os seguintes dados: sexo e à idade, peso, altura, ano de escolaridade, residência, escolaridade dos pais, elementos da família, profissão dos pais, elementos da família com excesso de peso e factores predisponentes para a obesidade; *ii)* Parte II – hábitos de vida e frequência alimentar onde se inserem as seguintes informações: atividade física no âmbito escolar e extracurricular, meio de deslocação para a escola, ocupação de tempos livres, horas de sono, tipo de alimentação, definição de obesidade e fatores predisponentes. Esta informação permite identificar os conhecimentos e opiniões dos alunos e identificar o papel dos pais, profissionais de saúde e professores no âmbito desta temática.

Em termos do questionário, importa referir que o mesmo é constituído por questões abertas, fechadas e quadros.

2.5. Critérios de inclusão e exclusão

Definimos como critérios de inclusão: *i)* pertencer ao 5º, 6º e 7º anos de escolaridade; *ii)* residir no concelho de Carrazeda de Ansiães .

Consideramos os seguintes critérios de exclusão: *i)* ter mais de 16 anos de idade; *ii)* recusa em participar no estudo.

2.6. Hipóteses

Uma hipótese é a suposição de algo possível ou impossível para tirar uma consequência. Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (2011), uma hipótese de trabalho é toda aquela que se estabelece provisoriamente como base numa investigação e que pode confirmar ou negar a validade da mesma.

No método científico, uma hipótese pode definir-se como sendo a solução provisória ou tentada para um determinado problema. O nível de verdade atribuído a tal hipótese irá depender da forma como os dados empíricos recolhidos apoiam ou não o afirmado na hipótese.

Nesta investigação, delineamos algumas hipóteses relacionadas com o fenómeno e a problemática que pretendemos estudar:

H₁: Os conhecimentos dos alunos de 5º, 6º e 7º anos acerca da obesidade dependem do sexo;

H₂: Os conhecimentos dos alunos de 5º, 6º e 7º anos acerca da obesidade estão correlacionados com a idade;

H₃: A obesidade dos alunos da amostra está associada a menores pontuações obtidas no instrumento e recolha de dados nas questões relativas aos conhecimentos;

H₄: Os valores médios verificados para o peso e IMC diferem significativamente entre os alunos que apresentam ou não elementos da família com excesso de peso;

H₅: Os valores médios verificados para o peso e IMC diferem significativamente entre os alunos que praticam ou não desporto fora do âmbito escolar;

H₆: Os conhecimentos dos alunos sobre obesidade estão associados aos hábitos alimentares dos alunos, designadamente a pouca ou muita frequência com que ingerem determinados alimentos;

H₇: Os alunos que consideram que a alimentação que realizam está adequada às suas necessidades nutricionais detêm mais conhecimentos sobre obesidade quando comparados com os restantes colegas.

Finalizada esta etapa de crucial importância, no que concerne à explicitação dos procedimentos e da metodologia inerente a esta investigação, realçamos no capítulo seguinte a apresentação e análise dos resultados. Na prossecução do mesmo e na sua continuidade, efetuaremos alguns comentários perante os resultados, à luz do conhecimento científico atual e dos estudos realizados e publicados nesta área.

2.7. Procedimentos na recolha de dados

A investigação científica é uma actividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes. Exige rigor, isenção, persistência e humildade. A investigação em enfermagem não foge a estas exigências e requisitos, devendo obedecer aos princípios éticos nacional e internacionalmente estabelecidos. Estes princípios, sendo comuns a uma qualquer investigação, têm no entanto particularidades inerentes à disciplina científica que lhe serve de base (Martins, 2008).

Assim, o desenvolvimento da investigação deve suscitar em nós o interesse pelas questões éticas, resultantes da necessidade de criar regras para regulamentar e controlar a investigação com seres humanos. E se dessas regras surgem limitações, estas devem ser vistas como uma efectiva protecção da pessoa e não como um entrave ao desenvolvimento científico, uma vez que este só é pertinente quando ao serviço do ser humano e sempre garantindo o pleno respeito pela sua dignidade.

Seja qual for a natureza do projecto de investigação, os princípios éticos da autonomia, da beneficência, de não maleficência e da justiça, deverão ser respeitados e orientarão todos os momentos dessa investigação (Grande, 2000).

Foi solicitado aos encarregados de educação, consentimento formal e por escrito para a participação dos adolescentes no estudo, garantindo de igual modo o sigilo da informação obtida.

Procuramos manter uma atitude de autentica neutralidade, intervindo apenas para fomentar a participação dos intervenientes no estudo e esclarecer alguma dúvida relacionada com as questões de interpretação ou significado do instrumento de recolha de dados.

No que diz respeito a apresentação dos resultados, a responsabilidade ética esta inscrita nos procedimentos que preservem o anonimato e a confidencialidade relativos a informação, bem como a manipulação dos dados recolhidos para que se confirmem os objectivos previamente delineados.

Foram tidos em atenção os procedimentos recomendados e protocolares para a realização de estudos de investigação, tais como: *i)* Pedido de autorização para a realização do estudo (*Apêndice C*); *ii)* Obtenção do consentimento livre e esclarecido (*Apêndice D*).

Na primeira página do questionário, foram explicitados os objetivos e as condições gerais do seu preenchimento, bem como as considerações éticas e deontológicas adjacentes.

2.8. Tratamento dos dados

Os dados recolhidos da pesquisa foram tratados estatisticamente recorrendo ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 19.

Recorremos a estatística descritiva “para descrever e resumir os dados de pesquisa” (Bello, 2001, p.201), com base nas medidas de distribuição (frequência absoluta e frequência relativa), medidas de tendência central e medidas de dispersão (desvio padrão).

A apresentação dos dados e feita através de tabelas, de modo a facilitar a sua compreensão, utilizando o Microsoft Word para as apresentações gráficas utilizámos o *software* Microsoft Office Excel 2007 disponível para Windows Vista.

CAPITULO III

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, procuramos dar a conhecer os resultados da investigação organizando os dados sob a forma de tabelas e figuras. Seguindo a estrutura geral do questionário, apresentaremos em primeiro lugar as variáveis sociodemográficas que caracterizam a amostra e em seguida as outras variáveis objeto de estudo.

Para apresentação e análise dos dados utilizámos essencialmente a estatística descritiva. As variáveis qualitativas são apresentadas tendo em conta as suas frequências absolutas e relativas e as variáveis quantitativas foram caracterizadas recorrendo a medidas de tendência central e medidas de dispersão. A estatística inferencial foi usada para a análise das hipóteses em estudo. Neste campo, privilegiámos os testes não-paramétricos que não requerem pressupostos sobre a forma da distribuição subjacente aos dados. Contudo, não rejeitámos por completo o uso dos testes paramétricos, e nas situações pontuais em que os utilizámos, fizemo-lo com base na opinião de alguns autores que afirmam que os mesmos são válidos quando o N amostral é superior a 30 (Triola, 1999).

3.1. Dados de caracterização sociodemográfica

No período decorrente do estudo foram aplicados 161 questionários (população-alvo). Destes, foram recolhidos 125 (75,2%) e anulados 36 (22,4%), devido a ausência dos alunos no dia de aplicação dos questionários e ao facto dos participantes não responderem em conformidade com o solicitado, isto é, o número de questões respondidas foi muito reduzido, o que nos levou a anular os mesmos. Neste conjunto de procedimentos efetuados, tivemos sempre em linha de conta os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos no capítulo da Metodologia

A amostra final foi constituída por 125 adolescentes, distribuídos por 8 turmas.

Na Tabela 3, apresentamos os dados relativos aos participantes no estudo, distribuídos por sexo, idade e ano de escolaridade que frequentam. Constatamos que, a maioria dos jovens são raparigas (52%), situando-se a percentagem de rapazes em 48%.

A idade variou entre os 10 e os 14 anos, sendo que a maior percentagem foi verificada nos 11 anos, com 31,5% dos registos.

Relativamente ao ano de escolaridade, verificamos que o 5º ano é frequentado por cerca de 34,4% dos alunos inquiridos, o 6º ano é o menos frequentado (25,6%), e 40% dos alunos frequentam o 7º ano.

Tabela 3.

Distribuição dos alunos segundo o sexo, a idade e o ano de escolaridade

Variáveis Sociodemográficas	N	%*
Sexo (N=125)		
Masculino	60	48,0
Feminino	65	52,0
Idade (N=124)		
10 Anos	17	13,7
11 Anos	39	31,5
12 Anos	37	29,8
13 Anos	22	17,7
14 Anos	9	7,3
Ano Escolaridade (N=125)		
5º Ano	43	34,4
6º Ano	32	25,6
7º Ano	50	40,0

*Percentagens calculadas em função dos respondentes à questão

Apresentamos as estatísticas descritivas para a variável idade, na Tabela 4 e Figura 3. Como já referimos, esta variou entre um mínimo de 10 anos (aluno mais novo) até um máximo de 14 anos (aluno mais velho), verificámos que esta tendência foi uniforme entre sexos. A média da idade situou-se próxima dos 12 anos, para um desvio padrão de 1,12 anos, sem diferenças significativas entre sexos. O histograma da variável mostra uma distribuição ligeiramente

leptocúrtica (alongada) e próxima da simetria (já que as medidas de tendência central não diferem muito entre si).

Tabela 4.
Distribuição das estatísticas descritivas para a variável “ idade”

	Masculino	Feminino	Total
N	60	65	125
Amplitude	4	4	4
Valor mínimo	10	10	10
Valor máximo	14	14	14
Média	11,68	11,77	11,73
Mediana	11,50	12	12
Desvio padrão	1,21	1,04	1,12
Variância	1,47	1,09	1,264

Resultados por sexo e para o total da amostra

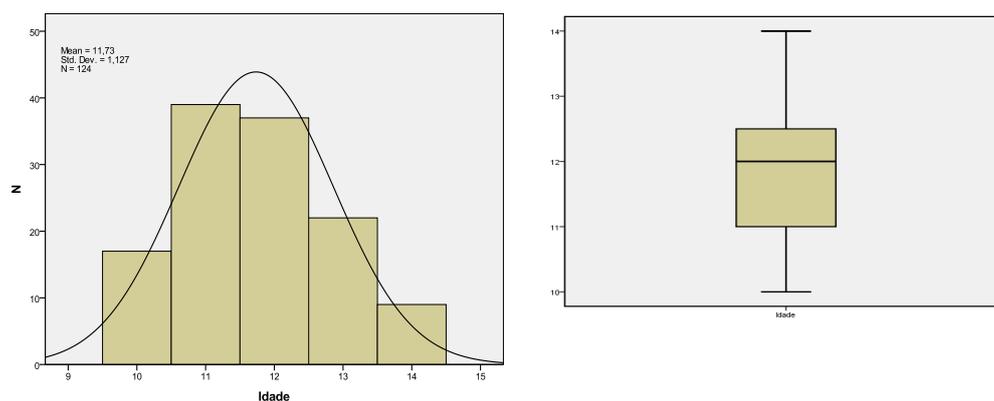


Figura 3. Histograma e diagrama de folhas obtido para a variável “idade”

Relativamente à variável peso, cujas estatísticas descritivas são apresentadas na Tabela 5, iniciamos por registrar e destacar a elevada amplitude da variável. Com efeito, a mesma registou um valor mínimo de 27 Kg e um máximo de 100 kg. A média para o total da amostra foi de 47 Kg. Verificámos, também, pela estatística, que o peso médio das raparigas é significativamente mais baixo que o dos rapazes ($t= 2,831$; $gl= 120$; $p= 0,005$).

Tabela 5.
Distribuição das estatísticas descritivas para a variável "peso"

	Masculino	Feminino	Total
N	59	63	122
Amplitude	67,00	47,00	73,00
Valor mínimo	33,00	27,00	27,00
Valor máximo	100,00	74,00	100,00
Média	50,13	44,67	47,31
Mediana	49	43	45,75
Desvio padrão	12,22	8,94	10,96
Variância	149,43	79,95	120,12

Resultados em quilogramas, por sexo, e para o total da amostra

No que concerne à altura dos alunos (Tabela 6), avaliada em centímetros, constatamos que a mesma variou dos 118 aos 175 centímetros, sendo a média 154,43. Verificamos que as medidas de tendência central (média e mediana) não diferiram significativamente entre sexos.

Tabela 6.
Distribuição das estatísticas descritivas para a variável "altura"

	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
N	58	64	122
Amplitude	57	42	57
Valor mínimo	118	130	118
Valor máximo	175	172	175
Média	154,41	154,44	154,43
Mediana	155	155	155
Desvio padrão	11,51	8,06	9,81
Variância	132,49	64,98	96,25

Resultados em centímetros, por sexo, e para o total da amostra

Na Tabela 7, apresentamos um resumo dos resultados encontrados para a variável residência dos alunos que constituíram a amostra e com quem vivem habitualmente. Residem em meio rural a maioria dos alunos (51,2%); vivem na vila 48%, e apenas 0,8% em cidades.

Quanto à variável "com quem vivem atualmente", 94,4% vive com a mãe; 84,8% vive com o pai; 59,2% vive com os irmãos; 13,6% vive com os avós e apenas 4,8% vive com outros familiares.

Tabela 7.

Distribuição dos alunos segundo a residência e com quem vivem habitualmente.

Residência	N	%*
Residência (N=125)		
Aldeia	64	51,2
Vila	60	48,0
Cidade	1	0,8
Viver com a mãe (N=125)		
Sim	118	94,4
Não	7	5,6
Viver com o pai (N=125)		
Sim	106	84,8
Não	19	15,2
Viver com irmãos (N=125)		
Sim	74	59,2
Não	51	40,8
Viver com os avós (N=125)		
Sim	17	13,6
Não	108	86,4
Viver com outros familiares (N=125)		
Sim	6	4,8
Não	119	95,2
Outros familiares com quem vivem (N=6)		
Padrasto	2	-
Padrinhos	1	-
Tia	1	-
Tio	1	-
Prima	1	-

*Percentagens calculadas em função dos respondentes à questão

Seguidamente na Tabela 8, apresentamos as distribuições de frequências respeitantes ao nível de escolaridade dos pais dos alunos que participaram no estudo. De um modo geral, a conclusão mais significativa que podemos inferir, tem a ver com o facto das mães dos alunos apresentarem maior nível e grau de instrução nas habilitações literárias do que os pais, como se denota comparando aqueles que não sabem ler nem escrever entre grupos e as categorias licenciatura, mestrado e doutoramento.

Tabela 8.

Distribuição dos alunos segundo o nível de escolaridade dos pais

Nível de escolaridade dos pais	N	%*
Escolaridade da mãe (N=119)		
Não sabe ler e escrever	2	1,7
1º Ciclo (primária)	14	11,8
2º e 3º Ciclo (9ºano)	47	39,5
Secundário (12º ano)	30	25,2
Curso profissional	5	4,2
Curso superior (licenciatura)	18	15,1
Mestrado	1	0,8
Doutoramento	2	1,7
Escolaridade do pai (N=116)		
Não sabe ler e escrever	4	3,4
1º Ciclo (primária)	21	18,1
2º e 3º Ciclo (9ºano)	59	50,9
Secundário (12º ano)	16	13,8
Curso profissional	7	6,0
Curso superior (licenciatura)	7	6,0
Mestrado	1	0,9
Doutoramento	1	0,9

*Percentagens calculadas em função dos respondentes à questão

Apresentamos os resultados relativos à variável “profissão dos pais” na Tabela 9. No que diz respeito à profissão da mãe, realçamos o facto de ter sido a categoria “outras profissões” a deter a maior percentagem de registos (37,6%); seguiu-se a categoria doméstica (30,4%), auxiliar (12,8%), professora (12,0%) e agricultora (7,2%). No concerne à profissão do pai, foi igualmente a categoria “outras profissões” a mais assinalada pelos alunos; seguindo-se a categoria agricultor (23,2%).

Nas outras categorias assinaladas para a profissão dos pais, destacamos os trabalhadores da construção civil (N=14), os mecânicos (N=8) e os funcionários públicos (N=6).

Realçamos que estas categorias tiveram por base as referências descritas na lista nacional de classificação das profissões.

Tabela 9.
Distribuição dos resultados para a variável “profissão dos pais”

Profissão dos pais	N	%*
Profissão da mãe (N=125)		
Agricultora	9	7,2
Professora	15	12,0
Auxiliar	16	12,8
Doméstica	38	30,4
Outra	47	37,6
Se outra profissão da mãe, qual?		
Advogada	1	
Bibliotecária	1	
Cabeleireira	3	
Costureira	1	
Cozinheira	1	
Desempregada	5	
Educadora	1	
Empregada balcão	2	
Empregada comércio	1	
Empregada limpeza	2	
Empregada mesa	4	
Empresária	1	
Engenheira	1	
Esteticista	1	
Funcionária pública	7	
Jornaleira	1	
Padeira	1	
Secretária	1	
Vendedora	2	
Profissão do pai (N=125)		
Agricultor	29	23,2
Auxiliar	4	3,2
Outra	92	73,6
Se outra profissão do pai, qual?		
Administrativo	1	
Bombeiro	3	
Canalizador	1	
Carpinteiro	1	
Comerciante	3	
Construção civil	14	
Cozinheiro	1	
Desempregado	6	
Desenhador	1	
Eletricista	3	
Empregado balcão	3	
Empresário	5	
Engenheiro	4	
Escultor	1	
Exército	1	
Ferrovário	1	
Fogueteiro	1	
Funcionário público	6	
Gasolineiro	2	
GNR	2	
Jornaleiro	2	
Mecânico	8	
Motorista	3	
Operador máquinas	1	
Padeiro	1	
Pedreiro	3	
Vendedor	3	

*Percentagens calculadas em função dos respondentes à questão

Quando questionados sobre a presença de excesso de peso na família, a maioria dos alunos (71,2%) referiu que este não existe. Aos alunos que responderam afirmativamente a esta questão (N=36) foi-lhes solicitado que assinalassem qual o elemento da família portador de peso excessivo. Os resultados obtidos são apresentados na Tabela 10.

Tabela10.

Distribuição dos casos de excesso de peso por elementos da família

Excesso de peso na família	N	%*
Presença de elementos na família com excesso de peso (N=125)		
Sim	36	28,8
Não	89	71,2
Se sim, qual o elemento da família com excesso de peso (N=89)		
Avó	8	22,2
Avô	3	8,3
Mãe	7	19,4
Pai	5	13,9
Primos	4	11,1
Tia	5	13,9
Tio	2	5,6
Tios	1	2,8
Toda a família	1	2,8

*Percentagens calculadas em função dos respondentes à questão

Os alunos consideram que o fator que mais predispõe à obesidade é a alimentação (87,6%), seguindo da hereditariedade (7,4%) e do sedentarismo (7,4%), (Tabela 11). Estes resultados corroboram a ideia de Pedrosa (2004), quando afirma que a dieta alimentar tem uma importância efetiva no contributo para a obesidade, nomeadamente o consumo excessivo de produtos gordurosos e açúcares e redução da ingestão de cereais, fibras, legumes e frutas.

Em menor percentagem, para a amostra em estudo, a hereditariedade também é um fator predisponente, tal como referido por Ferreira (2005), que considera que 80% das crianças entre os 10 e os 14 anos com um dos pais com obesidade são obesas.

Outro aspeto considerado pelos alunos como predisponentes para a obesidade, em escala igual ao fator hereditariedade, é o sedentarismo que, tal como considera Meyer (2004), a vida sedentária contribui para a redução dos gastos energéticos.

Tabela 11.

Distribuição dos alunos segundo a opinião sobre os fatores predisponentes para a obesidade

Opinião dos alunos sobre os fatores predisponente para a obesidade	N	%*
Qual consideras ser o fator predisponente para a obesidade? (N=121)		
Alimentação	106	87,6
Hereditariedade	9	7,4
Sedentarismo	6	5,0

*Percentagens calculadas em função dos respondentes à questão

3.2. Hábitos de vida e frequência alimentar

Nas questões referentes aos hábitos de vida e frequência alimentar, os alunos foram inquiridos sobre a prática de atividade física na escola. Como podemos constatar na Tabela 12, a esmagadora maioria (90,4%) pratica alguma atividade física na escola. A atividade física praticada está essencialmente ligada à prática desportiva em modalidades clássicas. Assim, o futebol foi referido por 64,8% dos alunos, a ginástica por 57,6%, a natação por 56% e o andebol por 28,8%.

Os resultados obtidos reforçam a importância que os alunos atribuem ao exercício físico, tal como considera Siqueira e colaboradores (2009), a atividade física ganha cada vez mais espaço como uma importante medida eficaz e de baixo custo para proporcionar melhores condições de vida às pessoas.

De acordo com a Plataforma de Luta contra a Obesidade (2007), a ação para o combate da obesidade deve estar ligada a estratégias abrangentes. Um melhor regime alimentar, acompanhado de atividade física, terá um impacto significativo e célere sobre a saúde pública, suplantando as vantagens que advêm da redução de excesso de peso e da obesidade.

Tabela12.

Distribuição dos alunos pela prática de atividade física no âmbito escolar

Prática de atividade física no âmbito escolar	N	%*
Pratica alguma atividade física no âmbito escolar? (N=125)		
Sim	113	90,4
Não	12	9,6
Praticam futebol		
<i>Praticam ginástica</i>	72	57,6
<i>Praticam natação</i>	70	56,0
<i>Praticam andebol</i>	36	28,8

*Percentagens calculadas em função dos respondentes à questão

Tendo em conta os 113 alunos que referiram praticar atividade física em meio escolar, concluímos (Tabela 13) que os jovens praticam em média 2,5 horas semanais de exercício físico na escola.

Tabela 13.

Distribuição das estatísticas descritivas para a questão "Habitualmente, quantas horas de exercício praticas na escola?"

	Sexo		Total*
	Masculino	Feminino	
N	54	59	113
Valor mínimo	1,0	1,0	1,0
Valor máximo	15,0	15,0	15,0
Média	2,817	2,214	2,502
Desvio padrão	2,7849	1,8849	2,3667
Variância	7,756	3,553	5,601

*Em função dos respondentes à questão (N=113)

Questionados sobre as vantagens do exercício físico, e como podemos constatar na representação gráfica seguinte (Figura 4), 91% dos jovens respondeu conhecê-las.

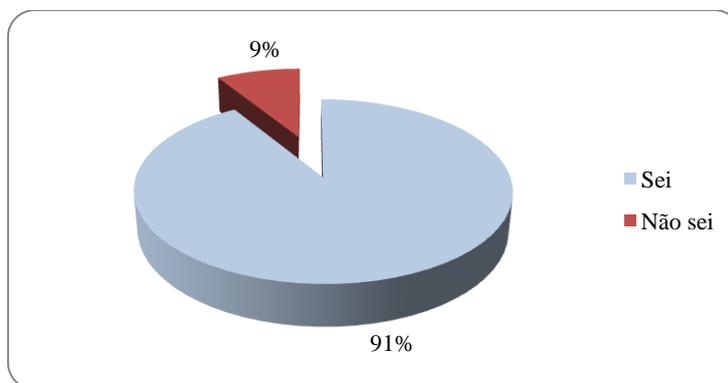


Figura 4. Distribuição dos alunos segundo os conhecimentos sobre as vantagens do exercício físico

Na questão número 13 do instrumento de recolha de dados inquiriam-se os alunos relativamente à forma como se deslocam diariamente para a escola. A maior parte utiliza os transportes públicos, designadamente o autocarro (N= 54). São transportados pelo carro dos familiares 33 alunos. Deslocam-se a pé 37, enquanto 1 aluno referiu deslocar-se de mota (Figura 5).

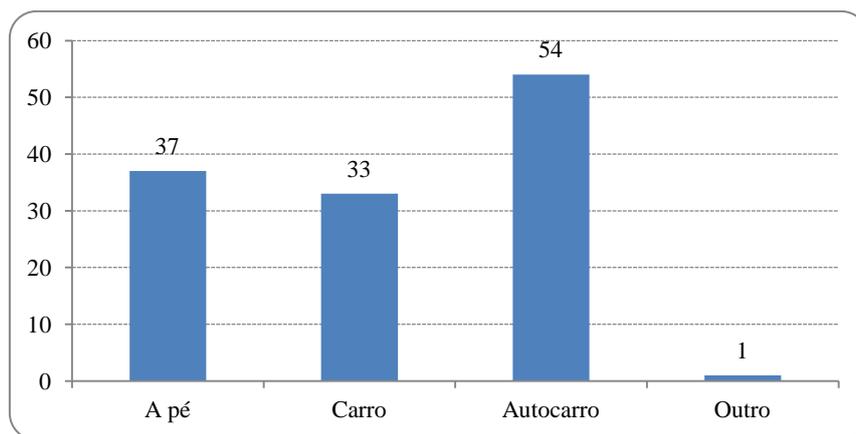


Figura 5. Distribuição do meio de transporte habitual para se deslocarem à escola

A prática de atividade física fora do programa escolar (Tabela 14) é habitual em 28,8% dos participantes no estudo, o que em termos absolutos corresponde a 36 alunos. O futebol foi mais uma vez a modalidade mais referida (N= 13).

O local mais assinalado onde a prática de atividade física fora da escola é realizada foi a vila de Carrazeda de Ansiães (N= 30).

Tabela14.

Distribuição dos alunos segundo a prática de atividade física fora do programa escolar

Prática de atividade física fora do programa escolar	N	%*
Estás inscrito em algum desporto fora do programa escolar? (N=125)		
Sim	36	28,8
Não	89	71,2
Se sim, qual? (N=36)		
Andebol	1	2,8
Dança	3	8,3
Equitação	3	8,3
Futebol	13	36,1
Futsal	6	16,7
Natação	6	16,7
Ping Pong	4	11,1
Se sim, onde? (N=36)		
Aldeia	1	2,8
Bragança	1	2,8
Cachão	1	2,8
Carrazeda	30	83,3
Grijó	1	2,8
Mirandela	1	2,8

*Percentagens calculadas em função dos respondentes às questões

Apresentamos na Tabela 15 as estatísticas descritivas encontradas para a questão “horas por semana dedicadas à prática desportiva fora do programa escolar”, cujos resultados são

comparados entre sexos. Concluímos que os 36 alunos que habitualmente praticam exercício físico fora da escola, dedicam em média 3 horas por semana a essas atividades. A média de horas para a prática desportiva fora da escola foi maior nos rapazes que nas raparigas (4,22 contra 2,15, respetivamente).

Tabela15.

Distribuição das estatísticas descritivas para a questão "Horas por semana dedicadas à prática desportiva fora do programa escolar"

	Sexo		Total*
	Masculino	Feminino	
N	23	13	36
Amplitude	19,0	3,0	19,0
Valor mínimo	1,0	1,0	1,0
Valor máximo	20,0	4,0	20,0
Média	4,22	2,15	3,472
Desvio padrão	4,622	,689	3,821
Variância	21,360	,474	14,599

*Tendo em conta os respondentes à questão (N=36)

Os adolescentes ocupam os seus tempos livres em várias atividades (Tabela 16), como vendo televisão (81,6%), jogando computador (65,6%), praticando exercício (65,6%), dando passeios (51,2%) ou lendo (40%). Outras atividades de ocupação de tempos livres foram referidas por 36 alunos. Neste campo destacamos o “ouvir música” atividade referida por 11 deles e “andar de bicicleta” (N=8).

Tabela 16.

Distribuição dos alunos segundo a ocupação dos tempos livres

		N	%*
Ver televisão	Não	23	18,4
	Sim	102	81,6
Jogar computador	Não	43	34,4
	Sim	82	65,6
Passear	Não	61	48,8
	Sim	64	51,2
Ler	Não	75	60,0
	Sim	50	40,0
Praticar exercício	Não	43	34,4
	Sim	82	65,6
Outras atividades	Não	89	71,2
	Sim	36	28,8

*Percentagens calculadas em função dos respondentes às questões

Para a questão “Habitualmente quantas horas de sono fazes por dia?”, apresentamos na Tabela 17, as medidas de tendência central e dispersão. Verificamos que os alunos do estudo dormem em média 9 horas de sono por dia, sem diferenças significativas entre sexos ($t= 0,484$; $gl=123$; $p= 0,629$).

Tabela 17.

Distribuição das estatísticas descritivas para a questão "Habitualmente quantas horas de sono fazes por dia?"

	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
N	60	65	125
Amplitude	6,0	5,0	6,0
Valor mínimo	6,0	7,0	6,0
Valor máximo	12,0	12,0	12,0
Média	9,08	8,99	9,03
Desvio padrão	1,266	1,008	1,136
Variância	1,603	1,015	1,289

Relativamente aos hábitos de vida e frequência alimentar (Tabela 18), interrogamos os alunos sobre quantas refeições habitualmente faziam por dia. Verificámos que 6,4% dos jovens realiza 3 refeições diárias (valor mínimo encontrado); 28,8% (N= 36) realiza 4 refeições; 47,2% (N= 59) realiza 5 e os restantes 17,6% fazem 6 refeições (valor máximo encontrado). Os resultados são semelhantes entre rapazes e raparigas, situando-se a média amostra em 4,76 refeições.

Tabela 18.

Distribuição das estatísticas descritivas para a questão "Quantas refeições fazes por dia?"

	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
N	60	65	125
Amplitude	3	3	3
Valor mínimo	3	3	3
Valor máximo	6	6	6
Média	4,75	4,77	4,76
Desvio padrão	,856	,786	,817
Variância	,733	,618	,668

Observando mais detalhadamente as refeições diariamente realizadas (Tabela 19), constatamos que o pequeno-almoço é tomado por todos os alunos. Quanto ao lanche ao meio da manhã, há 48 (38,4%) alunos que não o fazem. Todos os alunos almoçam, mas 16 (12,8%)

não costumam lanchar. Finalmente todos os alunos referiram jantar habitualmente, mas a ceia é apenas efetuada por uma minoria de 28%.

Tabela19.

Distribuição dos alunos segundo as refeições realizadas por dia

		N	%
Pequeno-almoço	Não	-	-
	Sim	125	100,0
Lanche ao meio da manhã	Não	48	38,4
	Sim	77	61,6
Almoço	Não	-	-
	Sim	125	100,0
Lanche	Não	16	12,8
	Sim	109	87,2
Jantar	Não	-	-
	Sim	125	100,0
Ceia	Não	90	72,0
	Sim	35	28,0

Quanto aos locais onde as refeições são realizadas (Tabela 20), o pequeno-almoço é maioritariamente tomado em casa (98,4%), o almoço na cantina da escola (80%). Jantam também em casa a quase totalidade dos alunos (99,2%).

Tabela 20.

Distribuição dos alunos segundo os principais locais de realização das refeições durante o período escolar

	Cantina da escola		Em casa		Restaurante		Fast food	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pequeno-almoço	2	1,6	123	98,4	-	-	-	-
Almoço	100	80,0	25	20,0	-	-	-	-
Jantar	-	-	124	99,2	1	0,8	-	-

Os alunos que referiram usar a cantina (N=100) foram convidados a pronunciarem-se sobre a escolha de uma alimentação equilibrada e diversificada na escola.

Como podemos observar na Figura 6, a maioria (N= 55) referiu que a cantina oferece sempre uma alimentação adequada.

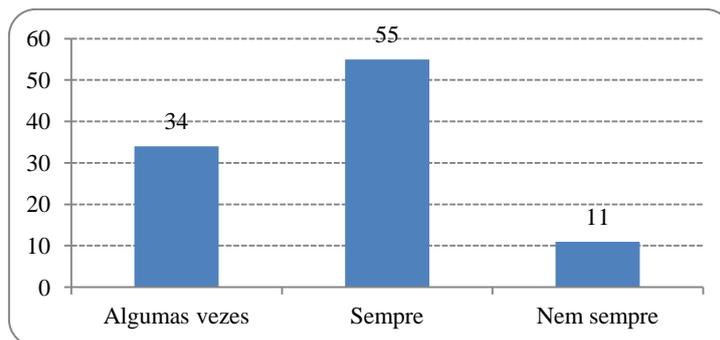


Figura 6. Opinião dos alunos acerca da frequência quanto à escolha de uma alimentação equilibrada e diversificada na escola

À exceção do almoço, e como podemos comprovar na Tabela 21, os alunos realizam as principais refeições na companhia dos seus pais ou outros familiares, no caso dos que não vivem com os pais, tal como pudemos constatar anteriormente. Verificámos que a maioria dos alunos vive com a mãe e com o pai (respetivamente 94,4% e 84,8%), por esse facto fazem as principais refeições na companhia dos mesmos.

Tabela 21.

Distribuição dos alunos segundo a pessoa com quem costumam realizar as principais refeições

		N	%*
Pequeno-almoço com os pais	Não	25	20,0
	Sim	100	80,0
Pequeno-almoço com os avós	Não	116	92,8
	Sim	9	7,2
Pequeno-almoço com irmãos	Não	75	60,0
	Sim	50	40,0
Pequeno-almoço com colegas	Não	121	96,8
	Sim	4	3,2
Almoço com os pais	Não	88	70,4
	Sim	37	29,6
Almoço com os avós	Não	116	92,8
	Sim	9	7,2
Almoço com irmãos	Não	100	80,0
	Sim	25	20,0
Almoço com colegas	Não	41	32,8
	Sim	84	67,2
Jantar com os pais	Não	13	10,4
	Sim	112	89,6
Jantar com os avós	Não	103	82,4
	Sim	22	17,6
Jantar com irmãos	Não	69	55,2
	Sim	56	44,8
Jantar com colegas	Não	120	96,0
	Sim	5	4,0

*Calculadas em função dos alunos que responderam às questões

Na Figura 7 apresentam-se os resultados para a questão “Qual a tua bebida de eleição quando tens sede?”. Verificamos que a água é a bebida de eleição para a maioria dos adolescentes (N=

102). Registamos também outras respostas assinaladas como os refrigerantes (N=12) ou os sumos naturais (N= 4). Dois adolescentes referiram as bebidas alcoólicas; e outras bebidas foram citadas por 5 alunos. As outras bebidas assinaladas foram a coca-cola (N= 2); o *ice tea* (N= 2) e o leite (N= 1).

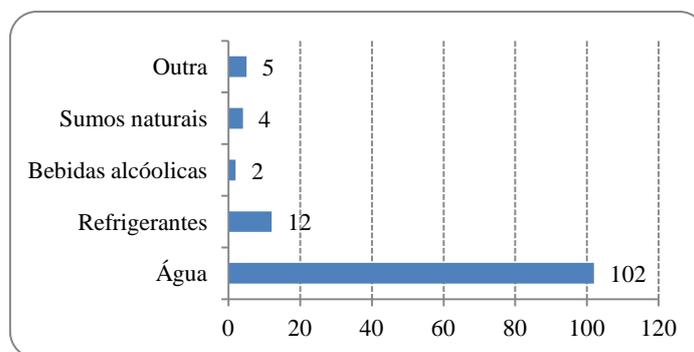


Figura 7. Resultados dos alunos segundo a questão "Qual a tua bebida de eleição quando tens sede?"

Na questão número 21 do instrumento de recolha de dados, foi colocada uma lista de alimentos diversificados, solicitando-se ao grupo de adolescentes da amostra para assinalarem em escala tipo likert com que frequências os ingeriam. Na Tabela 22, expõem-se os resultados, assinalando-se a negrito, para cada grupo de alimentos, as maiores percentagens obtidas.

Tabela 22.

Distribuição dos alunos segundo a frequência de consumo de alimentos

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Carne, peixe e ovos	36,6%	31,2%	27,2%	5,6%	-
Hamburgers, pizzas (<i>Fast food</i>)	6,4%	5,6%	39,2%	40,8%	8,0%
Leite e derivados	60,0%	22,4%	14,4%	2,4%	0,8%
Legumes e saladas	30,4%	32,0%	28,8%	6,4%	2,4%
Fruta variada	42,4%	32,0%	20,8%	2,4%	2,4%
Sopa de legumes	28,0%	28,8%	30,4%	10,4%	2,4%
Cereais e derivados	34,4%	28,8%	26,4%	8,8%	1,6%
Pastelaria	8,0%	14,4%	53,6%	24,0%	-
Massas	20,8%	38,4%	36,8%	3,2%	0,8%
Água	72,8%	11,2%	12,0%	3,2%	0,8%
Refrigerantes e coca-cola	11,2%	24,0%	38,4%	21,6%	4,8%
Manteiga e outras gorduras	9,6%	26,4%	44,0%	16,8%	3,2%
Feijão, grão...	13,6%	24,0%	41,6%	14,4%	6,4%

Os alunos inquiridos sobre os tipos de confeção de alimentos preferidos (Tabela 23), concluímos que os cozidos obtêm as preferências de apenas 45,6% dos jovens. Pelo contrário,

os assados obtêm a preferência da maioria (70,4%). Os fritos são preferidos por 48%; os estufados por 46,4% e os grelhados por 58,4%.

Tabela 23.
Distribuição dos alunos segundo o tipo de confecção de alimentos

		N	%*
Cozidos	Não	68	54,4
	Sim	57	45,6
Assados	Não	37	29,6
	Sim	88	70,4
Fritos	Não	65	52,0
	Sim	60	48,0
Estufados	Não	67	53,6
	Sim	58	46,4
Grelhados	Não	52	41,6
	Sim	73	58,4

A alimentação que habitualmente fazem é considerada saudável para a maioria dos alunos (N= 72) e pouco saudável para 15 deles, conforme podemos observar na Figura 8.

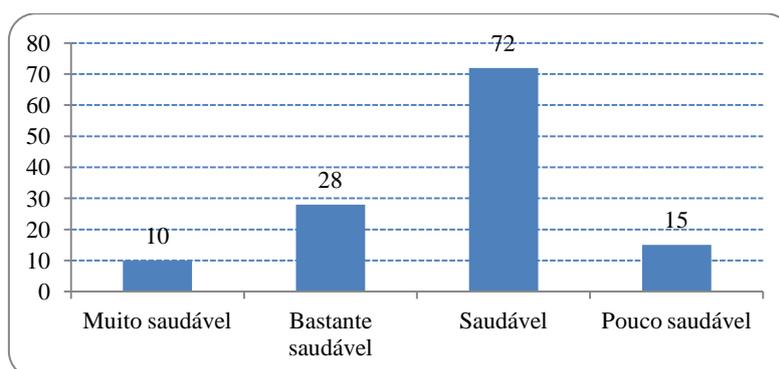


Figura 8. Resultados da autoavaliação dos alunos segundo o tipo de alimentação

Apenas 28% dos alunos costuma alertar os seus pais ou familiares para uma boa seleção e confecção dos alimentos, como se pode inferir através da análise dos resultados descritos na Tabela 24.

A maioria dos participantes na investigação considera que a sua alimentação está adequada às suas necessidades nutricionais. Questionados sobre se alguém os abordou sobre a temática da alimentação e obesidade, 64% respondeu afirmativamente.

Tabela 24.

Distribuição dos alunos segundo as seguintes questões: alerta dos pais para a seleção e confeção dos alimentos, adequação da alimentação às necessidades nutricionais, abordagem da temática obesidade

		N	%
Costumas alertar os teus pais/familiares para a seleção e confeção dos alimentos?	Sim	35	28,0
	Não	36	28,8
	Por vezes	54	43,2
Consideras que a tua alimentação está adequada às tuas necessidades nutricionais?	Sim	75	60,0
	Não	8	6,4
	Não sei	42	33,6
Alguém te abordou na temática da alimentação/obesidade?	Sim	80	64,0
	Não	45	36,0

Da Tabela 25 constam os dados relativos a quem abordou os adolescentes sobre a temática da alimentação e obesidade. Nesta questão assumem especial preponderância os pais (**N=34**), os professores (**N=24**), outros familiares (**N=5**) e nutricionistas (**N=4**).

Tal como afirmam Kurek e Butzke (2006), a educação alimentar é fundamental para a formação de hábitos alimentares saudáveis dos jovens, sendo a escola o local adequado para trabalhar esse tema com os educandos. Também os alunos consideram que os professores tiveram um papel importante na transmissão de conhecimentos acerca da obesidade e da importância da alimentação na sua prevenção.

O professor tem uma função muito importante na vida de seus alunos, tanto de possibilitar um aprendizado nutricional e físico, mostrando uma visão mais ampla dos benefícios de ter uma vida saudável e conseqüentemente mais feliz (Sotelo, Colegnati & Taddei, 2004).

Face aos resultados obtidos, constatamos que somente 3 alunos identificam o enfermeiro, outros 3 alunos referem o médico, 2 alunos referem os profissionais de saúde e 4 alunos referem o nutricionista. O que por si suscitam questões de reflexões para a prática profissional e sobre as práticas de educação para a saúde, dado que estes temas são abordados na saúde escolar, tal como o previsto no Programa Nacional de Saúde Escolar, as ações constantes dos planeamentos dos referidos centros de saúde realizadas nestas escolas.

Levantam-se questões também para análise e reflexão sobre as práticas e a visibilidade do papel do enfermeiro em saúde escolar. Em conformidade com a legislação vigente, o regulamentado nas atribuições e competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, do Enfermeiro Especialista em Saúde das Crianças e jovens, o previsto no Programa Nacional de Saúde Escolar, compete a estes realizar e promover práticas de

educação para a saúde nas escolas, bem como realizar ou colaborar em projetos, estudos de investigação, bem como identificar e intervir perante os grupos mais vulneráveis ou em risco.

Tabela 25.

Distribuição dos alunos segundo a fonte de informação sobre as temáticas alimentação e obesidade

	N	%*
Amigos	3	3,8
Enfermeiro	3	3,8
Familiares	5	6,3
Médico	3	3,8
Nutricionista	4	5,0
Pais	34	42,5
Professores	24	19,2
Profissionais de saúde	2	2,5
TV	2	2,5
Total	80	100,0

*Calculadas em função dos respondentes à questão (N=80)

Questionados sobre quem tinha um papel preponderante na escolha da alimentação que realizam, a maioria dos alunos (N=114) respondeu que esse papel pertencia aos seus familiares.

Talvez pela sua tenra idade os adolescentes valorizem o papel dos pais e outros familiares. Todos sabemos que aos pais compete amar, nutrir, educar, bem como que os mesmos são os responsáveis na transmissão das primeiras noções básicas de saúde. Por outro lado, também se pode pensar nos conhecimentos demonstrados pelos pais no exercício da parentalidade, relembramos que na amostra em estudo o elevado nível de instrução dos progenitores poderá ser uma condicionante e determinante dos conhecimentos demonstrados pelos alunos da amostra em estudo. Por outro lado, a participação efetiva na vida dos seus filhos, verificada pelo facto dos jovens terem referido fazer habitualmente as refeições com os pais. O que podemos pressupor que o acompanhamento, a supervisão dos seus educandos no que concerne às refeições é uma constante na vida do dia a dia e na dinâmica familiar.

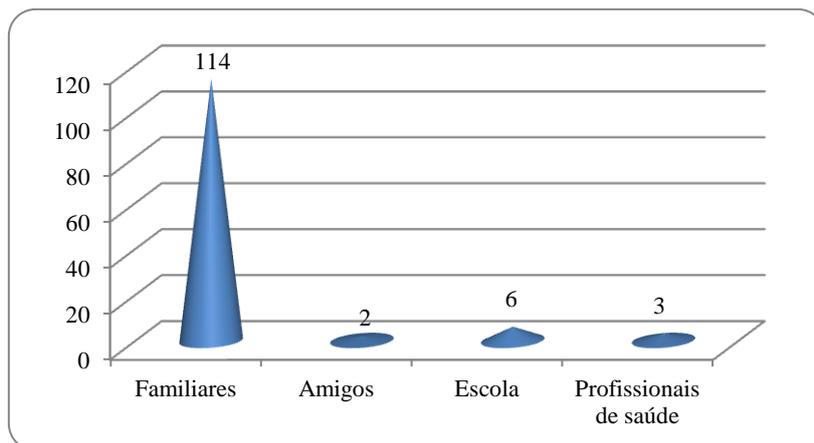


Figura 9. Opinião dos alunos relativamente à questão: “quem tem um papel preponderante na escolha da alimentação”?

Na questão número 28 do instrumento de recolha de dados eram apresentadas algumas afirmações sobre a obesidade, solicitando aos alunos que escolhessem aquela que, na sua opinião, melhor a caracterizava. Como podemos constatar pela análise da Tabela 26, não responderam à questão 10 alunos. Tendo em conta os que responderam (**N=115**) verificamos que a grande maioria (**74,8%**) seleccionou a afirmação “Excesso de substâncias adiposas no organismo com aumento de peso”.

De facto, a maioria dos alunos sabe o que é a obesidade, apesar de haver ainda uma pequena percentagem que demonstra dificuldades na compreensão deste conceito.

Tabela 26.

Distribuição dos alunos segundo a opinião sobre: “A obesidade constitui um grave problema da sociedade moderna. Na tua opinião, qual das seguintes afirmações melhor caracteriza a obesidade?”

	N	%*
Perda ou diminuição do apetite e, posteriormente recusa alimentar	9	7,8
Excesso de substâncias adiposas no organismo com aumento de peso	86	74,8
Ingestão excessiva, seguida de indução do vómito	5	4,3
Falta de dinamismo físico e psíquico	15	13,0
Total	115	100,0

*Percentagens calculadas em função dos respondentes à questão (N=115)

Apresentamos seguidamente as respostas dicotómicas assinalados pelos alunos relativamente a alguns fatores que podem contribuir para a obesidade. A grosso modo, a maioria considera a inatividade física (**69,6%**) e o regime alimentar (**63,2%**) como fatores determinantes neste processo (Tabela 27).

Tabela 27.

Distribuição dos alunos segundo a opinião sobre os fatores que interferem para aumento do peso e obesidade

		N	%
Inatividade física	Sim	87	69,6
	Não	38	30,4
Excesso de exercício físico	Sim	11	8,8
	Não	114	91,2
Fatores genéticos	Sim	27	21,6
	Não	98	78,4
Regime alimentar	Sim	79	63,2
	Não	46	36,8
Hábitos familiares ou estilo de vida	Sim	58	46,4
	Não	67	53,6
Comunicação social	Sim	24	19,2
	Não	101	80,8

Dados relativos ao IMC da amostra

Na Tabela 28, apresentamos as estatísticas descritivas para o IMC dos alunos. Analisando os dados da variável peso dos sujeitos da amostra, verificamos que o peso mínimo é de 27 Kg e o máximo é de 100 Kg, correspondendo-lhes uma média de 47 Kg ($47,31 \pm 10,96$ Kg). Relativamente à altura obtivemos uma média de 1,54 m ($1,54 \pm 0,098$ m). Quanto ao IMC, a média situou-se nos $19,75 \text{ Kg/m}^2$ para um desvio padrão de $3,75 \text{ Kg/m}^2$.

Tabela 28.

Distribuição das estatísticas descritivas para o IMC dos alunos

	N	Min.	Máx.	Média	Desvio Padrão
Peso (Kg)	122	27,00	100,00	47,310	10,960
Altura (m)	122	1,18	1,75	1,544	,098
IMC (Kg/m ²)	121	12,0	36,3	19,748	3,746

Observando os sujeitos distribuídos pelas categorias do IMC (calculadas com as recomendações para crianças e adolescentes do CDC (2012). Da análise dos dados inferimos que a maioria dos adolescentes tem peso normal (66,9%). Verificamos também que 3,3% dos alunos tem baixo peso e que existe uma percentagem de pré-obesidade e obesidade de 29,7%. Tal facto é preocupante e comparado com os resultados do primeiro estudo nacional de prevalência de obesidade infanto-juvenil realizado em Portugal, constatamos que a percentagem de alunos com obesidade é semelhante à apresentada no referido estudo (prevalência de excesso de peso=30,4%).

Segundo as orientações da DGS, face ao IMC apresentado pelos adolescentes, podemos afirmar que 15,7% se encontram entre o percentil 75 e 95 e 14% está acima do percentil 95.

Tabela 29. Distribuição dos alunos segundo as categorias do IMC

	N	%
Peso normal	81	66,9
Obesidade	17	14,0
Excesso de peso	19	15,7
Baixo peso	4	3,3
Total	121	100,0

3.3. Análise das hipóteses

H₁: Os conhecimentos dos alunos de 5^o, 6^o e 7^o ano acerca da obesidade dependem do sexo.

Para analisar se os conhecimentos demonstrados pelos alunos sobre obesidade, dependem do sexo apresentamos a Figura 10, onde comparamos as médias de respostas corretamente assinaladas no questionário de conhecimentos sobre obesidade entre os rapazes (N=60) e raparigas (N=65) da amostra. Como podemos constatar, as raparigas acertaram em média cerca de 27 respostas (26,95±4,85) contra uma média de cerca de 26 respostas acertadas pelos rapazes (26,13±5,56). Estas diferenças observadas na pontuação média do questionário entre sexos não são, contudo, estatisticamente significativas pelo teste t de *Student* para amostras independentes ($t = -0,876$; $gl = 117,5$; $p = 0,383$), podendo eventualmente dever-se ao acaso.

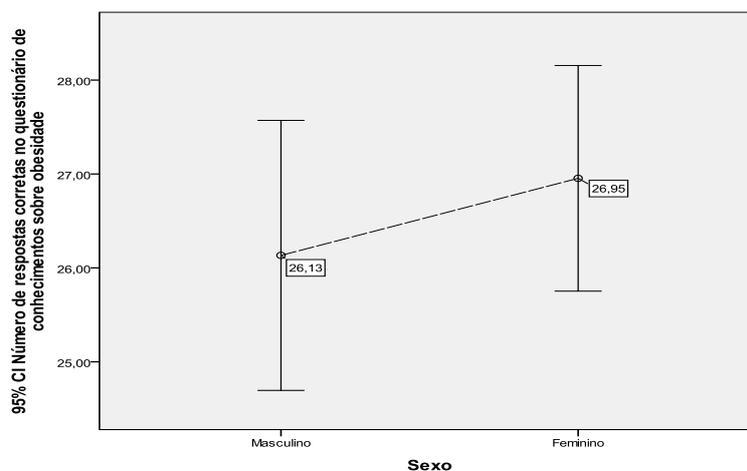


Figura 10. Médias e diferenças de médias observadas no questionário de conhecimentos sobre obesidade entre os rapazes e as raparigas da amostra

H₂: Os conhecimentos dos alunos de 5º, 6º e 7º anos acerca da obesidade estão correlacionados com a idade.

Para testar se os conhecimentos sobre obesidade estão associados à idade aplicámos o teste de correlação de Spearman's rho, conforme o apresentado na Tabela 30 de correlações. Um teste de correlação varia sempre entre -1 e 1 e quanto mais o resultado do teste se aproximar destes valores extremos mais forte é a associação existente. Obtivemos um coeficiente de correlação igual a -0,415, o que indica que as variáveis estão correlacionadas de forma moderada entre si. Note-se que o valor da coeficiente é negativo o que significa que a maiores idades corresponderam menor número de respostas dadas corretamente.

Em resumo, e relativamente a H₂, podemos afirmar que os conhecimentos sobre obesidade estão moderadamente correlacionados com a idade.

Tabela 30.

Distribuição dos resultados das correlações obtidas pelo cruzamento das variáveis idade e respostas corretas no questionário de conhecimentos

		Idade	Respostas corretas
Spearman's rho	Idade	Coefficiente de correlação	1,000
		Significância	.
		N	124
Respostas corretas	Respostas corretas	Coefficientes de correlação	-,415**
		Significância	,000
		N	125

** Correlação é significativa ao nível 0.01 (bi-caudal)

H₃: A obesidade dos alunos da amostra está associada a menores pontuações obtidas no instrumento e recolha de dados nas questões relativas aos conhecimentos.

Para testar a hipótese se a obesidade dos alunos da amostra está relacionada com as pontuações obtidas no questionário de conhecimentos, iniciámos por pesquisar a existência de correlações entre os valores obtidos no IMC, com o número de respostas corretas no questionário de conhecimentos. O diagrama de dispersão obtido entre as variáveis mostra-nos uma distribuição aleatória dos casos aquando do cruzamento das duas variáveis. Verificámos pelo coeficiente de correlação de Spearman que não existe associação entre as mesmas ($r=0,051$; $p= 0,582$).

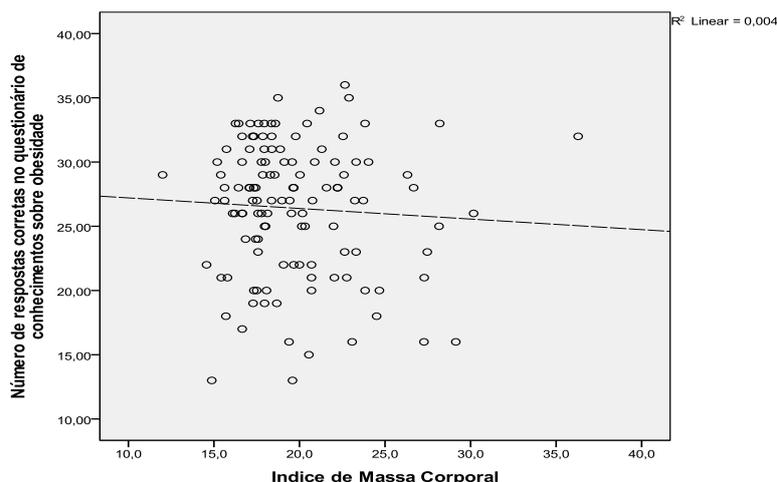


Figura 11. Diagrama de dispersão obtido entre as variáveis “Conhecimentos sobre obesidade” e IMC

Para a análise da hipótese comparámos igualmente as médias de respostas acertadas no questionário de conhecimentos pelos grupos de alunos distribuídos de acordo com a classificação resultante do IMC (acrescidas das recomendações para a classificação em crianças e adolescentes).

Analisando as diferenças de médias havidas entre grupos pelo teste não paramétrico de Kruskal-Wallis inferimos que essas diferenças não são estatisticamente significativas (Valor do teste= 0,778; N=121; Significância= 0,855).

Assim sendo, rejeitamos H_3 , já que obesidade dos alunos da amostra não está associada a menores pontuações obtidas no questionário de conhecimentos.

Tabela 31.

Médias e desvio-padrão obtidos no questionário de conhecimentos de acordo com os adolescentes classificados no IMC

Classificação do IMC para crianças e adolescentes	Média	N	Desvio padrão
Peso saudável	26,54	81	4,876
Obeso	25,76	17	6,796
Acima do peso	27,00	19	4,497
Abaixo do peso	23,50	4	7,853
Total	26,41	121	5,195

H₄: Os valores médios verificados para o peso e IM) diferem significativamente entre os adolescentes que apresentam ou não elementos da família com excesso de peso.

Para testar a H₄, apresentamos a Figura 12, em que comparamos o peso médio dos alunos que referem ter familiares com excesso de peso e aqueles que não referem excesso de peso na família. Podemos verificar que aqueles alunos que referiram a presença de familiares com obesidade têm, em média, um peso superior (51,14±14,14 contra 45,83±9,12). Verificamos pelo teste t de *Student* que as diferenças observadas são significativas sob o ponto de vista estatístico (t=2,449; gl= 120; p=0,016).

Comparámos igualmente os grupos de alunos com familiares obesos e os que referiram não ter familiares obesos pelos valores médios que esses grupos obtiveram na variável IMC. Aqueles que referiram ter familiares com peso em excesso apresentam um IMC médio de 21 Kg/m² (21,04±4,82) superior àqueles que não apresentam (19,24±3,13). Igualmente pelo teste t para amostras independentes observámos que essa diferença de médias é significativa (t=2,412; gl=119; p=0,017).

Assim, aceitamos a hipótese de que os valores médios verificados para o peso e IMC diferem significativamente entre os adolescentes que apresentam ou não elementos da família com excesso de peso.

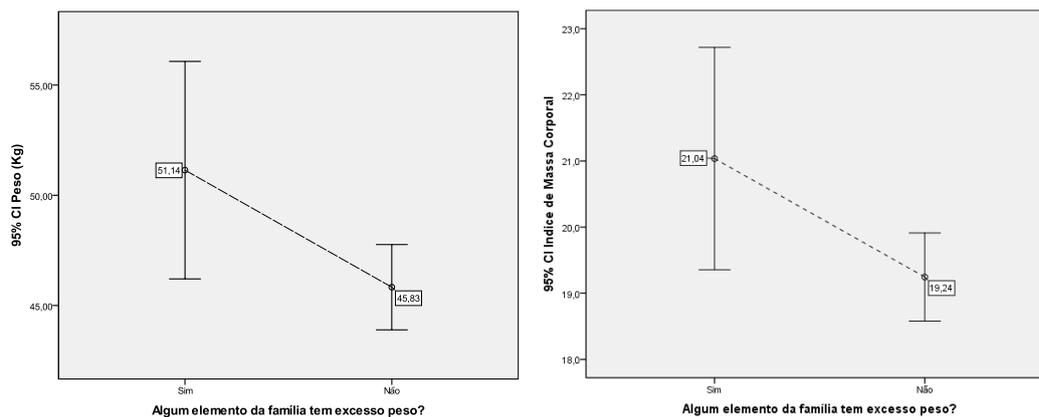


Figura 12. Comparação dos pesos médios dos alunos e dos valores do IMC tendo em conta a presença ou ausência de excesso de peso em elementos da família

H₅: Os valores médios verificados para o peso e IMC diferem significativamente entre os adolescentes que praticam/ ou não desporto fora do âmbito escolar.

Com o objetivo de testar a H₅ apresentamos a Tabela 32, na qual verificamos que os alunos que estão inscritos em algum desporto fora do programa escolar têm, em média, um peso inferior aos seus colegas que referiram não desenvolver atividade física extracurricular (44,26±9,05 Kg). A diferença de médias entre os dois grupos (4,33 Kg) é estatisticamente significativa pelo teste t para amostras independentes (t=2,221; gl=82,61; p=0,029).

Da mesma forma, comparámos os dois grupos na variável IMC, e concluímos serem também significativas as diferenças entre grupos nos valores desta variável pelo mesmo teste (t=2,129; gl=119; p=0,035).

Aceitamos deste modo a H₅, e podemos afirmar, baseados nos resultados dos testes estatísticos que a prática de atividade física, designadamente na vertente desportiva, influencia os valores do IMC.

Tabela 32.

Médias e diferença de médias entre os adolescentes que praticam, ou não, desporto fora do âmbito escolar nas variáveis peso e IMC

	Estás inscrito em algum desporto fora do programa escolar?	N	Média	Desvio padrão	Diferença de médias	P
Peso (Kg)	Não	86	48,59	11,48	4,33	0,029
	Sim	36	44,26	9,05		
IMC	Não	85	20,21	4,03	1,56	0,035
	Sim	36	18,65	2,73		

H₆: Os conhecimentos dos alunos sobre obesidade estão associados aos hábitos alimentares dos alunos, designadamente a pouca ou muita frequência com que ingerem determinados alimentos.

Para testar a H₆ apresentamos a Tabela 33, na qual comparamos as médias obtidas no teste de conhecimentos sobre obesidade pelas várias categorias das variáveis relacionadas com a frequência com que os adolescentes ingerem certos alimentos. Analisando os dados verificamos que, por exemplo para o *fast-food*, os alunos que referiram nunca ingerir esse tipo de alimentos (Hambúrgueres, pizzas, etc...) são aqueles que em média pontuam melhor no teste de conhecimentos. A diferença de médias observadas entre os grupos desta variável apresenta relevância estatística pelo teste não paramétrico de Kruskal Wallis (p=0,025 <0,05).

Tomando como novo exemplo a “fruta variada”, constatamos que os adolescentes que referiram consumi-la sempre ($28,6\pm 4,3$) ou quase sempre ($25,7\pm 4,6$) apresentam médias mais elevadas do que os seus colegas que apenas consomem fruta às vezes ($24,6\pm 6,1$), raramente ($22,7\pm 8,7$) ou nunca ($22,3\pm 3,5$). Esta diferença de resultados apresenta significância estatística ($p=0,004 < 0,05$).

Aceitamos assim a H_6 , relativamente aos seguintes alimentos: *Fast-food*, leite e derivados, fruta variada e Coca-cola.

Tabela 33.

Médias das respostas corretas obtidas no questionário de conhecimentos, de acordo com as categorias das variáveis relativas à frequência com que os alunos ingerem certos alimentos

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Valor de p
Carne, Peixe e Ovos?	27,6±4,8	27,0±5,7	25,5±4,8	22,7±5,0	-	0,057
Hambúrgueres, Pizzas (<i>fast-food</i>)	23,3±3,7	22,7±3,9	26,8±5,4	27,0±5,1	28,5±4,9	0,021*
Leite e derivados	27,3±5,0	26,9±5,0	23,5±5,4	23,0±4,4	25,0±1,0	0,030*
Legumes e saladas	26,9±5,1	28,0±4,0	25,4±6,0	24,4±5,9	23,3±3,8	0,248
Fruta variada	28,6±4,3	25,7±4,6	24,6±6,1	22,7±8,7	22,3±3,5	0,004*
Sopa de legumes	26,9±5,2	27,2±5,1	25,3±5,5	27,7±5,0	26,00±1,0	0,377
Cereais e derivados	26,8±5,3	27,0±4,9	25,8±5,4	26,6±4,7	25,0±12,7	0,920
Pastelaria	24,8±5,6	25,3±4,6	26,6±5,2	27,9±5,3	-	0,140
Coca-Cola	23,4±5,5	24,9±4,4	26,9±5,4	28,9±4,6	29,2±3,3	0,002*
Massas	24,8±5,3	26,6±5,0	27,4±5,4	29,5±3,3	22,0±1,0	0,140

*Com significância estatística (Teste Kruskal Wallis)

H₇: Os alunos que consideram que a alimentação que realizam está adequada às suas necessidades nutricionais detêm mais conhecimentos sobre obesidade quando comparados com os restantes colegas.

Para testar a H_7 , recorreremos à estratégia de comparar a média das respostas corretas no questionário de conhecimentos sobre obesidade pelas diferentes categorias da variável "Consideras que a tua alimentação está adequada às tuas necessidades nutricionais?". Como podemos verificar pela Figura 13, os alunos que responderam afirmativamente à questão (N=75) acertaram em média 27,5 questões no questionário de conhecimentos relativo à alimentação; no extremo oposto (com menor número de respostas corretas) estão os alunos que admitem não fazer uma alimentação adequada às suas necessidades.

Aceitamos a hipótese formulada já que as diferenças observadas entre grupos são significativas pelo teste de hipóteses Kruskal-Wallis ($\chi^2= 6,551$; gl= 2; $p= 0,038$).

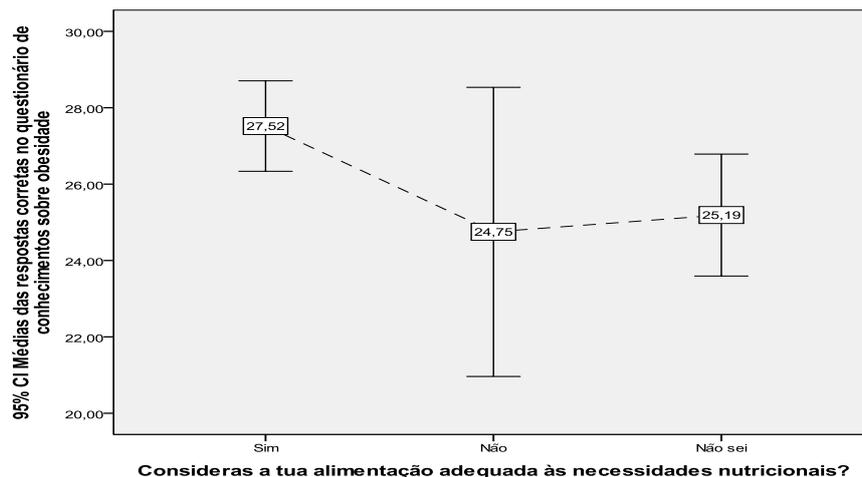


Figura 13. Médias e intervalos de confiança para as médias obtidas no questionário de conhecimentos sobre obesidade pelas categorias da variável "Consideras que a tua alimentação está adequada às tuas necessidades nutricionais?"

Ao finalizarmos este capítulo e esta etapa de apresentação e análise dos resultados, pensamos ter atingido os objetivos inicialmente traçados, tecemos alguns comentários face aos resultados, realçamos alguns aspetos que na nossa perspetiva e entendimento são o cerne e constituem como que a espinha dorsal desta linha de investigação.

Seguidamente apresentamos as conclusões, por último as sugestões e considerações finais desta investigação "Obesidade na adolescência: um olhar sobre os conhecimentos e opiniões dos alunos do 2º e 3º ciclos".

CAPITULO IV

CONCLUSÃO E SUGESTÕES

4.1. Conclusão

A obesidade constitui um fenómeno multicausal que implica o envolvimento de inúmeros fatores intrínsecos e extrínsecos. Com a realização deste trabalho de investigação foi possível efetuar um diagnóstico de situação sobre a Obesidade, num contexto específico e com um grupo de participantes definido na amostra em estudo, numa área da saúde tão relevante e com uma problemática tão atual e frequente na população Portuguesa.

Cientes das limitações deste estudo, referimos que relativamente aos resultados obtidos, estes poderão contribuir com subsídios para outros estudos e linhas de investigação, mas consideramos que os resultados não poderão ser extrapolados.

Compreender e identificar os conhecimentos que os adolescentes possuem acerca da obesidade, constitui um passo fundamental na definição de estratégias de prevenção e/ou de estratégias de combate à obesidade, dando resposta ao preconizado ao contemplado na Plataforma de Luta contra a Obesidade – metas para 2010 a 2013 e na Carta Europeia de Combate à Obesidade (*Apêndice E*).

Considerando a nossa experiência como enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária a desenvolver funções nos Cuidados de Saúde Primários, e dada a expressão do fenómeno a nível mundial, consideramos que este trabalho constitui uma orientação importante para a intervenção dos professores, pais, pares e profissionais de saúde.

Nos contextos de implementação deste estudo e com os seus intervenientes, esperamos e pensamos, perante os resultados obtidos a curto, médio e a longo prazo, ter a possibilidade de implementar medidas e estratégias promotoras de uma intervenção mais eficaz, tendo em conta o que apreendemos do que pensam e sabem os jovens sobre a Obesidade.

A prevalência de excesso de peso nos alunos em estudo é de 29,7%, sendo que 15,7% apresenta pré-obesidade e 14% obesidade.

Os conhecimentos que os alunos possuem acerca da obesidade não são influenciados pelo sexo, visto que as raparigas acertaram em 27 respostas e os rapazes 26. No entanto, variam com a idade, isto é, a maiores idades correspondem menos conhecimentos. Este resultado suscita algumas dúvidas, visto que os alunos mais velhos e em anos de escolaridade maiores, têm menos conhecimentos. Tal facto pode ser justificado pela ajuda dos professores aos alunos mais novos, maior atenção por parte dos mesmos ou pelo facto destes alunos terem mais recentemente participado no programa escolar Programa de Alimentação Escolar em Saúde Escolar (PASSE). Estes resultados obtidos estão em consonância com os encontrados em estudos acerca da mesma temática, relatados na fundamentação teórica, o que nos permite concluir que é crucial uma estratégia de intervenção, com o objetivo de colmatar esta lacuna e inverter a tendência dos dados de prevalência de obesidade e excesso de peso encontrados.

Para tal facto, importa referir a necessidade de dar primazia ao acompanhamento e supervisão dos jovens alunos na Consulta de Vigilância de Saúde Infantil, a parametrização dos indicadores de avaliação e dos respetivos percentis e curvas de crescimento, bem como o instruir os jovens, dotando-os de conhecimentos científicos no âmbito das ações de educação para a saúde com um carácter sistemático e contínuo, quer seja na Escola, no Centro de Saúde ou na Comunidade. Consideramos que as linhas orientadoras estão bem definidas nos programas definidos pelas entidades anteriormente referidas. Mas talvez seja necessário repensar as estratégias e as técnicas de comunicação com os jovens.

Em relação aos hábitos alimentares, os alunos que têm mais conhecimentos são os que ingerem menos “*fast-food*” e mais “fruta variada”.

Verificamos também que os alunos obesos não são os que possuem menos conhecimentos acerca da obesidade. Os conhecimentos que detêm não são aplicados corretamente para prevenir esta patologia. Em contrapartida, os alunos com familiares obesos apresentam excesso de peso (7,4%) e valores de IMC maiores (média - 21).

De facto, é notório o papel da família na promoção de hábitos de vida saudáveis, bem como a existência de fatores hereditários relevante na predisposição para a doença.

De igual modo, o exercício físico tem um papel preponderante, visto que a atividade física influencia o IMC. Verificamos também que os alunos que têm mais conhecimentos ingerem alimentos mais saudáveis, considerando que fazem uma alimentação adequada.

Deste modo, a atividade física apresentou-se como um fator relevante no peso dos adolescentes, dado que os alunos que estão inscritos em desporto fora do programa escolar têm menos peso do que os seus colegas.

No que diz respeito à obesidade juvenil, existem recomendações no âmbito do Programa Nacional de Combate à Obesidade (2005), visando a sua abordagem e prevenção, nomeadamente a intervenção ao nível da educação para a saúde na escola, o estabelecimento de normas e orientações para o fornecimento da alimentação escolar, incluindo as cantinas e os bufetes escolares, o envolvimento da família nas adequadas escolhas alimentares, a promoção de condições para o aumento da atividade física por parte das crianças e jovens, na escola e nos tempos livres, e ainda do estabelecimento de regras e controlos das ações de marketing de produtos alimentares dirigidos a crianças.

As estratégias para prevenir e tratar a obesidade na adolescência poderão beneficiar se tiverem em consideração um conhecimento mais profundo dos fatores associados. A pré-adolescência poderá constituir uma idade-chave para programas de prevenção que incluam questões relacionadas com a promoção da saúde, nomeadamente a satisfação com a aparência, o estilo de vida e a socialização.

Estão a ser desenvolvidos vários programas de incentivo a práticas de saúde saudáveis e com diversas linhas orientadoras que previnem a obesidade. No entanto, ainda estamos longe de atingir as metas preconizadas pela OMS para a saúde juvenil.

O enfermeiro constituiu um pilar essencial através da relação de ajuda e cooperação, fornecendo conhecimentos e definindo estratégias adequadas de prevenção. É de igual modo fundamental, identificar a importância dos professores e dos pais, favorecendo um maior envolvimento destes na saúde do adolescente.

Deste modo, a articulação entre os setores saúde e educação é extremamente importante para a promoção de práticas alimentares saudáveis. A escola surge como um espaço ideal para educar do ponto de vista nutricional, contribuindo para a formação de hábitos alimentares

saudáveis em idades precoces, possibilitando uma oferta alimentar adequada em termos nutricionais.

O desenvolvimento de estratégias visou melhorar a qualificação e o modo de atuação dos diferentes profissionais que possam influenciar os conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar, fomentando a integração e articulação de diferentes saberes. Porém, com o desenvolvimento deste trabalho levantaram-se algumas questões para análise e reflexão sobre a visibilidade, valorização das intervenções efetuadas e do papel do enfermeiro em Saúde Escolar.

Perante os resultados obtidos, será possível repensar práticas, melhorar a prestação de cuidados de enfermagem, desenvolver e aperfeiçoar conhecimentos, tendo em conta as necessidades identificadas.

Na perspetiva da saúde, este conhecimento irá também permitir incluir tanto nas estratégias de promoção da saúde como nos programas de controlo da obesidade, componentes que tendo em conta a imagem corporal e a autoestima que facilitem ao adolescente obeso um processo de adaptação que lhe permita uma vivência mais satisfatória e adequada.

A obesidade na adolescência constitui um modelo de estudo para nós, enquanto enfermeiros de família, que nos dedicamos diariamente à saúde do adolescente, ao longo do seu desenvolvimento.

Esta relevância baseia-se sobretudo no facto de ser uma patologia crónica muito comum na idade pediátrica, com um grande impacto para o adolescente, quer em termos físicos, quer a nível psicológico. As complicações psicossociais são muitas vezes desvalorizadas pelos pais, professores e profissionais de saúde que, apesar dos alertas e dos ensinamentos dos estudos existentes, não são consideradas e entendidas como uma influência determinante no desenvolvimento dos adolescentes.

Nesta perspetiva, torna-se relevante estudar os conhecimentos e opiniões dos jovens relativos à obesidade e, deste modo, adequar os programas de prevenção e tratamento.

Uma das implicações destes resultados expressa nas recomendações da Academia Americana de Pediatria, é a necessidade de identificação, avaliação e acompanhamento dos adolescentes que excedem o peso normal para a sua altura, idade e género, o que possibilita a prevenção e

o acompanhamento da obesidade no adolescente mais precocemente, minimizando as complicações.

Tal como é preconizado na Plataforma contra a Obesidade (2007), é crucial conhecer a situação alimentar e nutricional dos adolescentes, através do conhecimento sobre os consumos alimentares; conhecimento sobre o estado nutricional; determinantes e consequências; "atores" envolvidos e suas práticas; custos e benefícios das diferentes propostas de modificação de consumos; principais patologias relacionadas com o consumo alimentar e sua distribuição social e demográfica e impactos dos diferentes processos e modelos assistenciais para a resolução dos problemas de saúde relacionados com a alimentação.

Porém, o conhecimento sobre alimentação e nutrição, por si só, é insuficiente para originar mudanças comportamentais. A alteração da disponibilidade dos alimentos pode representar uma estratégia facilitadora da mudança de comportamentos, podendo ser alcançada através da legislação e outros mecanismos, nomeadamente em ambiente escolar, e em espaços públicos, fomentando o acesso de certos alimentos promotores da saúde e desincentivando o consumo de outros.

4.2. Sugestões/Considerações finais

Muitos trabalhos têm sido desenvolvidos no âmbito da obesidade na adolescência, no entanto muito poderá ser feito no sentido de a prevenir e combater.

Ao projetar e implementar estratégias e medidas de intervenção, torna-se fundamental e necessário demonstrar os casos de sucesso comprovado. Estas medidas compreendem projetos com impacto comprovado no consumo de alimentos mais saudáveis e níveis de atividade física, tais como: programas de fornecimento gratuito de fruta em escolas; preços acessíveis para alimentos mais saudáveis; facilitação do acesso a alimentos saudáveis nos postos de trabalho e em áreas de privação socioeconómica; a implementação de caminhos prioritários para bicicletas; incentivar às crianças a ir a pé para a escola; a melhoria da iluminação pública viária; a promoção do uso de escadas e a redução do tempo passado à frente da televisão.

Dado que neste estudo constatamos que os profissionais de saúde não têm um papel preponderante na formação/informação dos alunos do 2º e 3º ciclos, seria importante estudar a

perspetiva dos adolescentes sobre papel dos profissionais de saúde na prevenção da obesidade. Consideramos que os profissionais de saúde deverão ter um papel ativo e interativo, no sentido de dotar os adolescentes de conhecimentos, ao nível da consulta de saúde infanto-juvenil, ou nas atividades desenvolvidas no âmbito do programa de saúde escolar.

É determinante repensar novos projetos/atividades no âmbito da saúde escolar e de outros programas a desenvolver na prevenção da obesidade na adolescência, dado que, apesar de terem sido projetadas e realizadas neste período escolar, não foram apreendidos de forma eficaz pelos alunos. Constatamos que, apesar destes considerarem ter conhecimentos, não foram revelados de forma uniforme nas questões apresentadas no instrumento de recolha de dados, visto verificarmos diferenças nos resultados obtidos na amostra em estudo, coexistindo diferenças na expressão dos conhecimentos e nas respostas corretas face às questões formuladas.

No ano em curso foram desenvolvidos alguns projetos no âmbito da saúde escolar, na Escola Secundária de Carrazeda de Ansiães. Estes tiveram a orientação da equipa de saúde escolar, integrada na UCC que, em parceria com a escola, programou algumas atividades sobre diferentes temáticas, algumas sugeridas pela escola. Foi criado um gabinete de apoio ao jovem, sediado na escola, onde semanalmente dois profissionais de saúde, enfermeiro e psicólogo, esclarecem e orientam os alunos, à quinta-feira, num período total de 3 horas.

Do mesmo modo, constatamos que os alunos mais novos detêm mais conhecimentos acerca da obesidade, apresentamos algumas hipóteses que justifiquem tal facto, no entanto, seria pertinente estudar **os fatores que contribuem para o conhecimento dos adolescentes acerca da obesidade.**

Outro aspeto importante que deveria ser valorizado é a **intervenção multidisciplinar no âmbito da prevenção da obesidade infanto-juvenil**, implicando um trabalho em equipa, com pais, professores e profissionais de saúde, no sentido de todos juntos conseguirem promover a mudança de mentalidades e comportamentos, estilos de vida e hábitos de saúde, quer nas Escolas, centros de saúde, quer na comunidade. Dado que estes são os principais veículos de informação, a ação conjunta, em parceria e com um espírito de colaboração poderá permitir maior sucesso no alcance dos objetivos que pretendemos atingir. Dando continuidade ao nosso propósito de que para além desta investigação há um longo caminho a

percorrer, com os saberes e ensinamentos deste estudo, dos autores consultados e do saber adquirido junto dos jovens alunos sobre as suas opiniões e conhecimentos acerca da Obesidade.

Após a conclusão desta investigação pretendemos a curto, médio e longo prazo:

- Divulgar os resultados deste estudo junto dos seus intervenientes neste caso dos jovens alunos;
- Divulgar os resultados na Comunidade Educativa;
- Promover medidas para a divulgação dos resultados na ULS do Nordeste, com a participação dos Centros de Saúde e de alguns peritos da comunidade científica nesta área;
- Divulgar os resultados através da publicação de um artigo científico;
- Promover medidas no sentido do estabelecimento de parcerias em rede.

Ao concluir esta dissertação de Mestrado, resta-nos agradecer e reconhecer o apoio e colaboração da ULS do Nordeste e dos profissionais dos Centros de Saúde, da Escola, dos pais e encarregados de educação, dos adolescentes que integraram este estudo. Por último, o nosso agradecimento à Escola Superior de Enfermagem de Vila Real - UTAD pela oportunidade de estarmos a vivenciar e experienciar o momento presente no âmbito desta dissertação inerente ao 2º Ciclo do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, R. (2002). Obesidade e televisão: Qual a sua relação real?. *Acta Pediatr Port.*, 33 (5), 323-327.
- Amann, G. (2006). *Promoção da saúde em meio escolar: Promoção de uma alimentação saudável: Orientações para a elaboração de projetos no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Amaro, A. (2005). *Metodologias de investigação em educação. A arte de fazer questionários*. Relatório.
- American Dietetic Association. (2006). Position of the American Dietetic Association: Individual, family, school, and community: Based interventions for pediatric overweight. *J Am Diet Assoc.*, 106 (6), 925-945.
- Andrade, T.M. (1995). Estudo psicológico de crianças e adolescentes obesos. In M. Fisberg (Org.), *Obesidade na infância e adolescência* (pp. 100-105). São Paulo: Fundação BYK.
- Antunes, C., Lemos, E., Cardoso, F., Raimundo, F., & Carvalho, T. (2012). *Elaboração de trabalhos escritos: Guia de elaboração de trabalhos académicos*. Vila Real: ESEnfVR-UTAD.
- Araújo, J. (2009). *Hábitos alimentares na adolescência*. Vila Moura. Recuperado em 11 maio, 2012, de http://www.onocop.pt/conteudos/Joana_Araujo.pdf.
- Arruda, M., & Lopes, M.B.S. (2007). Características do crescimento e do desenvolvimento físico de pré-adolescentes e a relevância do treinamento de longo prazo. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 14, 73-88.
- Barlow, S.E., (2007). Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment and treatment of child and adolescent overweight and obesity:summary report. *Pediatrics*, 120 (4), 164-192.
- Bauer, K.W., Larson, N.I., Nelson, M.C., Story, M., & Neumark-Sztainer, D. (2009). Fast food intake among adolescents: Secular and longitudinal trends from 1999 to 2004. *Prev. Med.* 48 (3), 284-287.
- Bello, J. (2004). *Metodologia científica. Rio de Janeiro*. Recuperado em 11 maio, 2012, de <http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/met01.htm>.
- Biddle, S.J., Gorely, T., Marshall, S.J., Murdey, I., & Cameron, N. (2004). Physical activity and sedentary behaviours in youth: issues and controversies. *JR Soc Health*, 124 (1), 29-33.
- Birch, L.L., & Davidson, K.K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America*, 48 (4), 893-907.

- Braga, P.D., Molina, C.M., & Cade, N.V. (2007). Expectations of adolescents in relation to the changes of nutritional profile. *Cien Saude Colet.*, 12 (5), 1221-1228.
- British Medical Association. (2005). *Preventing childhood obesity*. British Library. Recuperado em 10 maio, 2012, de http://www.iaso.org/site_media/uploads/Preventing_childhood_obesity_2005.pdf
- Caetano, C., Carvalho, A.M.P., & Galindo, E.M.C. (2005). Obesidade e aspetos psicológicos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (1), 39-46.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., & Carreira, M. (2008). Overweighth and obesity in Portugal: National prevalence in 2003-2005. *Journal Obesity Reviews*, 9.
- Centers for Disease Control and Prevention. Recuperado em 16 maio, 2012, de <http://apps.nccd.cdc.gov/dnpabmi/Calculator.aspx?CalculatorType=Metric>.
- Cianflone, K., Lu, H., Smith, J., Yu, W., & Wang, H.W. (2005). Adiponectin, acylation stimulating protein and complement C3 are altered in obesity in very young children. *Clin Endocrinol (Oxf)*, 62 (5), 567-572.
- Cole, T., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., & Dietz, W.H. (2002). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ*, 320, 1240-1243.
- Conti, M.A., Frutuoso, M.F.P., & Gambardella, A.M.D. (2005). Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. *Revista da Nutrição*, 18 (4), 491-497.
- Costa, D. (2011). *Obesidade infantil, atividade física e hábitos alimentares e de vida saudáveis: Diferenças entre grupos*. Tese de mestrado não publicada. Universidade do Minho. Escola de Psicologia, Braga.
- Costa, M.F.L. (2003). Tipos de estudos epidemiológicos: Conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 12 (4), 189-201.
- Currie, C. (2004). *Young people`s health in context: Health behaviour in school aged children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: World Health Organization.
- Dicionário básico de língua portuguesa*. (2011). Porto: Porto Editora. Recuperado em 27 abril, 2012, de <http://www.portoeditora.pt/produtos/ficha/dicionario-basico-da-lingua-portuguesa?id=125740>.
- Dicionário da língua portuguesa*. (2012). Recuperado em 10 abril, 2012, de <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=opinião>.
- Dicionário médico*. (2012). Recuperado em 12 novembro, 2012, de <http://www.lookfordiagnosis.com/dictionary.php?term=h%C3%A1bitos+alimentares&lang=3>.
- Direção Geral da Saúde. (2006). *Plano nacional de saúde escolar*. Recuperado em 11 maio, 2012, de <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/saude+escolar/saudeescolar.htm>.
- Direção-Geral da Saúde. (2006). *Consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil: Atualização das curvas de crescimento*. (Circular Normativa nº 5/DSMIA). Lisboa: Autor.
- Direção-Geral de Saúde. (2005). *Programa nacional de combate à obesidade*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2002). *Saúde infantil e juvenil: Programa tipo de actuação* (2a ed.). Lisboa: Autor.

- Direção-Geral da Saúde. (2012). Programa nacional de saúde infantil e juvenil. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral de Saúde. (2010). *Plataforma contra a obesidade: Metas e estratégias 2010-2013*. Recuperado em 02 maio, 2012, de http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_institucional.aspx?menuid=113.
- Eisenstein, E. (1998). Repercussões da desnutrição. In F.J. Nóbrega, *Distúrbios da nutrição* (pp. 175-183). Rio de Janeiro: Revinter.
- Farias, J.M. (2009). *Obesidade para a prevenção e controle da obesidade Juvenil: Um estudo de caso*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Fernandes, R.A., & Vargas, S.M. (2007). O cuidado de enfermagem na obesidade infantil. *Rev. Meio Amb. Saúde*, 2 (1), 273-281.
- Ferreira, J. P. (2005). *Diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed
- Ferreira, J.S. (2010). *Prevalência da obesidade infanto-juvenil em Portugal: Associação com os hábitos alimentares, actividade física e comportamentos sedentários*. Tese de doutoramento não publicada. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Fonseca, M.H.R. (2008). *Obesidade na adolescência: Um contributo para a compreensão dos factores psicossociais associados à obesidade e excesso de peso nos adolescentes portugueses*. Tese de doutoramento não publicada. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Lisboa.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Gil, A. C. (1994). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo. Atlas.
- Gonçalves I. (2006). Hábitos alimentares de adolescentes. *Rev. Port de Clín Geral.*, 22.
- Grande, N. – Ética e investigação. *Revista Investigação em Enfermagem*. Coimbra. 2 (2000) 49-53
- Hedley, A.A., Ogden, C.L., Johnson, C.L., Carroll, M.D., Curtin, L.R., & Flegal, K.M. (2004). Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents,
- Hills, A., King, N., & Armstrong, T. (2007). The contribution of physical activity and sedentary behaviours to the growth and development of children and adolescents. *Sports Med.*, 37 (6), 533-545.
- International Obesity Task Force. (2004). *Childhood obesity report*. Recuperado em 09 maio, 2012, de www.ietf.org/childhood.
- James, J., Thomas, S.P., & Kerr, D. (2008). Preventing childhood obesity: two year follow-up results from the Christchurch obesity prevention programme schools (CHOPPS). *BMJ*.
- Kosti, R., & Panagiotakos, D.B. (2006) . The epidemic of obesity in children and adolescents in the world. *Cent Eur J Publ Health*, 14 (4), 151-159.
- Kurek, M., & Butzke, M.C.F. (2006). Para educandos da Educação infantil e Ensino Fundamental. *Revista de Divulgação Técnico-Científica do ICPG*, 3 (9).

- Lee, J.M. (2008). Why young adults hold the key to assessing the obesity epidemic in children. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 162 (7), 682-687.
- Lopes, D.S. (2006), Benefícios e riscos da atividade física regular. In B.O. Pereira, & G.S. Carvalho, *Atividade física, saúde e lazer. A infância e estilos de vida saudáveis* (pp. 117-128). Lisboa: Lidel.
- Madureira, A.S., Corseuil, H.X., Pelegrini, A., & Petroski, E.L. (2009). Associação entre estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física e estado nutricional em universitários. *Cad. Saúd. Públ.*, 25 (10), 2139-2146.
- Marshall, S.J., Biddle, S.J., Gorely, T., Cameron, N., & Murdey, I. (2004). Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth: a meta-analysis. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 28 (10), 1238-1246.
- Martins, José, Carlos. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. Volume 12. n.º 2.
- Mascarenhas, A.O. (2008). *Gestão estratégica de pessoas : Evolução teoria e crítica*. São Paulo : Cengage Learning.
- Meyer, F. (2004). Obesidade infantil: Como podemos ser eficazes?. *Jornal de Pediatria*, 80 (3),173-182.
- Moreira, P. (2000). Modelo alimentar para adolescentes escolares e jovens universitários. In J. Precioso (Org.), *Educação para a saúde* (2a ed., pp. 437-451.). Braga: Departamento de Metodologias da Educação, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Natali, P. (2008). *Obesidade juvenil: Conceitos e considerações básicas sobre o problema*. Universidade Estadual Paulista - Júlio de Mesquita Filho – UNESP Faculdade de Ciências. Departamento de Educação Física. Bauru.
- Olivares, S. (2004). Nutritional status, food consumption and physical activity among Chilean school children: A descriptive study. *Eur J Clin Nut.*, 58, 1278-1285.
- Onis, M. (2007). Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the WHO*, 85, 660-667.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). <http://www.ordemenfermeiros.pt/agenda/Paginas/Confer%C3%A2nciaInternacionaldeObesidadeInfantil.aspx>
- Organização Mundial de Saúde. (2002). Índice de massa corpórea. Recuperado em 21 novembro, de http://www.who.int/nutrition/publications/manage_severe_malnutrition_por.pdf.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Obesidade: Prevenindo e controlando a epidemia global* [Relatório da Consultadoria da OMS]. Genebra: Autor.
- Organização Mundial de Saúde. (2006). Curvas da OMS. Recuperado 2 dezembro, 2012, de <http://www.who.int/childgrowth/en/>.
- Organização Mundial de Saúde. (2008). Risk factor projects. Overweight and obesity. Recuperado em 10 novembro, 2012, de http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part2_ch1/en/index16.html.
- Outeiral, J. (2003). *Adolescência: Modernidade e pós-modernidade*. In J. Outeiral, *Adolescer. Estudos revisados sobre adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter.

- Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9 year-old portuguese children. *Am J Hum Biol.*, 16 (6), 670-678.
- Pedrosa, C. (2004). *Prevalence of overweight and obesity among 7-9-year-old children in Aveiro*.
- Pérez, R.C. (2001). School-based nutrition education: Lessons learned and new perspectives. *Public Health Nutr.*, 4 (1A), 131-139.
- Pina, A.P. (2006). *Investigação e estatística: Definição do desenho de estudo*. Recuperado em 21 setembro, 2012, de http://saudepublica.web.pt/02-Epidemiologia_indice.htm.
- Plataforma contra a obesidade: Metas e estratégias 2010-2013*. (2007). Lisboa. Recuperado em Maio, 2012, de http://www.anmp.pt/anmp/doc/div/2010/PCOBESIDADEME_201013.pdf.
- Rennie, K.L., & Jebb, S.A. (2003). Sedentary lifestyles are associated with being overweight and consumption of savoury snacks in young people (4-18y). [abstract]. *Proc Nutr Soc.* 62 (83A).
- Ribeiro, J. (2003). Prevalência de excesso de peso e obesidade numa população escolar da área do Grande Porto, de acordo com diferentes pontos de corte do índice de massa corporal. *Acta Pediatr Port*, 21-24.
- Rodrigues, L.B.P., & Saraiva, L. (2007). Morfologia e crescimento dos 6 aos 10 anos de idade em Viana do Castelo, Portugal. *Revista Motricidade*, 3, 55-75.
- Rodrigues, L.H., & Galvão, Z. (2005). Novas formas de organização dos conteúdos. In S.C. Darido & I.C.A. Rangel (Coords.), *Educação física na escola: Implicações para a prática pedagógica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Sampieri, H., Collado, H., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación. Planteamiento del problema: Objetivos, preguntas de investigación y justificación del estudio*. México: McGraw Hill.
- Mattos, A.D., Santos, J. F.S., Cardoso, P.R., & António, T. (2006). Atividade física na sociedade tecnológica. *EFDeportes.com, Revista Digital*, 10 (94). Recuperado em 16 novembro, 2012, de <http://www.efdeportes.com/efd94/tecno.htm>.
- Santos, O., Carmo, I. Camolas, J., & Vieira, J. (2008). Quanto é que pesa? E quanto mede de altura? Estudo de validade do peso e altura auto-percebidos na população adulta portuguesa.
- Singhal, V., Schwenk, W.F., & Kumar, S. (2007). Evaluation and management on childhood and adolescent obesity. *Mayo Clin Proc.* 82 (10), 1258-1264.
- Siqueira, F.V.C., Nahas, M.V., Facchini, L.A., Piccini, R.X., Tomasi, E., Thumé, E., Silveira, D.S., & Hallal, P.C. (2009). Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúd. Públ.*, 25 (9), 1917-1928.
- Soares, F.A., & Souza, M.O. (2008). Obesidade na adolescência e suas implicações futuras. *Lecturas: Educación Física y Deportes*, 13 (121).
- Sotelo, Y.O.M., Colugnati, F.A.B., Taddei, J.A.A.C. (2004). Prevalências de sobrepeso e obesidade entre escolares da rede pública segundo três critérios de diagnóstico antropométrico. *Caderno de Saúde Pública*, 20 (1), 233.
- Sousa, J. (2005). *Prevalência de obesidade juvenil nas escolas oficiais do 2º e 3º ciclo do ensino básico do distrito de Lisboa*. Dissertação de mestrado não publicada. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

- Sousa, S.M. (2008). Body image and obesity in adolescence: a comparative study of social-demographic, psychological, and behavioural aspects. *The Spanish Journal of Psychology*, 11 (2), 551-563.
- Triola, M. (1999). *Introdução à estatística*. Rio de Janeiro: LTC Editora.
- Valente, P.B. (2006). *Alimentação saudável na adolescência*. Recuperado em 09 janeiro, 2012, de <http://micporcoimbra.blogspot.com/2006/11/alimentao-saudvel-naadolescencia.html>.
- Vereecken, C.A., Bobelijn K., & Maes, L. (2005). School food policy at primary and secondary schools in Belgium-Flanders: Does it influence young people's food habits? *Eur J Clin Nutr.*, 59 (2), 271-277.
- Viner, R., & Cole, T.J. (2005). Television viewing in early childhood predicts adult body mass index. *J Pediatr.*, 147 (4), 429-435.
- Wang, Y., & Lobstein, T. (2006). *Worldwide trends in childhood overweight and obesity*. *International Journal of Pediatric Obesity.*, 1, 11-25.
- World Health Organization. (1997). *Obesity. Preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2007). *Prevalence of excess body weight and obesity in children and adolescents*. Copenhagen: Author. Recuperado em 11 novembro, 2012, de www.euro.who.int/Document/EHI/ENHIS_Factsheet_2_3.pdf

APÊNDICES

Apêndice A

Estratégias de intervenção no combate à obesidade (Plataforma de Luta contra a Obesidade)

As estratégias de intervenção devem levar em linha de conta (Plataforma contra a obesidade, 2007)

As estratégias de intervenção devem levar em linha de conta:

- Necessidade de modificar os determinantes do consumo alimentar que se situam para além do conhecimento e vontade de mudança do cidadão, ou seja, em áreas que vão do planeamento urbano à oferta alimentar.
- Necessidade de envolver diferentes setores da sociedade na busca de soluções para a melhoria do consumo e oferta alimentar. São necessárias estratégias multisetoriais e transversais a todos os setores governamentais, setor privado, sociedade civil, redes profissionais, meios de comunicação e organizações a todos os níveis (nacional, regional e local).
- Necessidade de construir políticas que consigam melhorar o estado de saúde dos cidadãos e assim a sua capacidade de autonomia e capacidade produtiva mas ao mesmo tempo assegurar aos demais setores envolvidos, condições de sustentabilidade e de participação na construção de uma Europa mais coesa e com prosperidade económica.
- Necessidade de construir políticas públicas que contribuam para a redução das assimetrias no acesso a alimentos de boa qualidade nutricional e na redução das doenças influenciadas pelo consumo alimentar nas populações mais vulneráveis.
- Necessidade de entender a disponibilidade alimentar como sendo muito influenciável pelas atuais modificações climáticas mas também o consumo alimentar como um fator capaz de ter uma influência muito grande no meio ambiente, em função do tipo e origem de alimentos escolhidos, meio de transporte utilizado para os transportar e métodos de confeção e armazenamento utilizados, devendo esta interação ser cada vez

mais conhecida e integrada na definição de ambas políticas, as do ambiente, da agricultura e da saúde

- Para além da influência que a alimentação tem na saúde e bem-estar dos cidadãos existem outros fatores que justificam a necessidade de uma intervenção. As estratégias a implementar devem incentivar um determinado tipo de consumo alimentar adaptado à nossa realidade ambiental, identidade cultural e produção agrícola. Ou seja, deve agir não só como um instrumento de promoção da saúde das populações mas também como um veículo de posicionamento competitivo da economia nacional que ultrapassa o subsetor agroalimentar constituindo ao mesmo tempo um elemento agregador dos interesses de vários setores - turismo, comércio, restauração, gastronomia e cultura - em torno do agroalimentar, produzido em Portugal.

A melhoria do estado nutricional de uma população atinge-se colocando à sua disposição alimentos protetores da sua saúde, capazes de permitirem o máximo do seu desenvolvimento e potencial genético e proteção face à doença. Para além da disponibilidade física e económica destes tipos de alimentos é necessário que a população os valorize, aprecie e consuma, integrando-os nas suas rotinas diárias.

Assim uma estratégia de melhoria do estado nutricional e de combate à obesidade deve fazer-se através de medidas que:

- a)** Permitam disponibilizar alimentos promotores da saúde e bem-estar a toda a população;
- b)** Sejam capazes de criar cidadãos capazes de tomar decisões informadas acerca dos alimentos que querem integrar no seu dia-a-dia;
- c)** Incentivem a produção de alimentos saudáveis e ao mesmo tempo sejam capazes de dinamizar o emprego, o ordenamento equilibrado do território e as economias locais;
- d)** Incentivem consumos e métodos de produção local e de transporte dos alimentos que reduzam os impactes sobre o meio ambiente;
- e)** Reduzam as desigualdades na procura e acesso a alimentos que permitem construir um padrão alimentar saudável.

1. Conhecimento sobre a situação alimentar e nutricional

Este primeiro objetivo tem como propósito o desenvolvimento de linhas de investigação que permitam:

- Conhecimento sobre os consumos alimentares da população portuguesa;
- Conhecimento sobre o estado nutricional da população portuguesa;
- Seus determinantes;
- Suas consequências;
- "Atores" envolvidos e suas práticas;
- Sobre o custo e benefícios das diferentes propostas de modificação de consumos;
- Sobre as principais patologias relacionadas com o consumo alimentar e sua distribuição social e demográfica;
- Sobre os impactes dos diferentes processos e modelos assistenciais para a resolução dos problemas de saúde relacionados com a alimentação.

O conhecimento sobre a situação alimentar e nutricional de uma população (através do desenvolvimento de linhas de investigação que proporcionem uma informação contínua) é essencial para a gestão de uma política nacional de alimentação e nutrição, quer ao nível do seu planeamento e implementação, quer ao nível da monitorização da adequação das estratégias implementadas e da avaliação de resultados/eficácia.

O diagnóstico descritivo e analítico dos problemas e dos principais fatores determinantes deverá englobar a sua caracterização de acordo com as diferentes faixas etárias, com os diferentes estatutos socioeconómicos e com as diferentes áreas geográficas do país, não esquecendo também a especial atenção que deverá ser dada aos grupos de risco (crianças e adolescentes, mulheres grávidas, idosos e grupos de indivíduos em situação de vulnerabilidade social).

2. Modificação da disponibilidade dos alimentos

O conhecimento sobre alimentação e nutrição, por si só, é insuficiente para originar mudanças comportamentais. A modificação da disponibilidade dos alimentos pode representar uma estratégia facilitadora da mudança de comportamentos, podendo ser concretizada através da legislação e outros mecanismos que permitam modificar a disponibilidade de certos alimentos, nomeadamente em ambiente escolar, laboral e em espaços públicos, promovendo o acesso de certos alimentos promotores da saúde e desincentivando o consumo de outros. Esta disponibilidade dos alimentos deverá englobar dois aspetos distintos: a disponibilidade física e a disponibilidade económica.

3. Modificação dos conhecimentos, atitudes e comportamentos face aos alimentos

A promoção de práticas alimentares saudáveis ao longo do ciclo de vida, através da informação aos cidadãos e da sua capacitação para a compra, confeção e armazenamento de alimentos saudáveis. A capacitação dos cidadãos pode ser considerada com um dos valores centrais para a modificação de atitudes e comportamentos face aos alimentos, uma vez que o cidadão deve ser considerado um sujeito ativo capaz de interferir nos processos de decisão.

Torna-se assim essencial que os cidadãos adquiram competências necessárias para que possam fazer escolhas alimentares saudáveis.

4. Estímulo a ações intersectoriais

A estratégia da Plataforma deverá promover uma ampla articulação com outros setores, nomeadamente da agricultura, indústria alimentar, ambiente, educação, proteção social, transportes e planeamento urbano, de forma a identificar e promover ações que permitam o acesso e a disponibilidade de alimentos de boa qualidade nutricional por parte de todos os cidadãos.

- **Setor da Educação**

A articulação entre os setores saúde e educação é de extrema importância para a promoção de práticas alimentares saudáveis. O espaço escolar surge com um ambiente ideal para educar do ponto de vista alimentar, contribuindo assim para a formação de hábitos alimentares saudáveis em idades precoces. Para além da importância da educação alimentar em ambiente

escolar, os estabelecimentos de ensino devem assumir-se como "espaços saudáveis", proporcionando para isso uma oferta alimentar nutricionalmente adequada.

- **Setor da Proteção Social**

As desigualdades na saúde/consumo alimentar, no que diz respeito à equidade e ao acesso podem considerar que a saúde pode refletir-se em função dos recursos económicos, e que os comportamentos de risco agregam-se nas classes mais desfavorecidas do ponto de vista educacional e de posição social.

A maior prevalência de obesidade entre os indivíduos de estatuto socioeconómico mais baixo, evidencia a dimensão social do problema da obesidade. Nesse sentido, a redução dos níveis de prevalência de pré-obesidade/obesidade deverá englobar estratégias que reduzam as desigualdades sociais observadas a este nível. Neste sentido, a parceria entre estes dois setores é essencial.

- **Setor Ambiental**

Através da modificação dos consumos alimentares pode-se ter um grande impacto no ambiente. Estima-se que o consumo alimentar seja o principal contribuinte do aquecimento global na Europa (31%) ultrapassando a habitação (23,6%) e os transportes (18,5%). A promoção de um padrão alimentar do tipo mediterrânico com aumento da presença de produtos de origem vegetal, sazonais e de produção local podem contribuir para minimizar os impactos que o consumo alimentar pode produzir no meio ambiente.

- **Setor Agrícola**

As políticas agrícolas desempenham um papel importante na produção e no abastecimento de alimentos e conseqüentemente garantem a disponibilidade dos alimentos numa quantidade suficiente e a preços razoáveis e estáveis. Desta forma, podem ajudar a moldar o padrão alimentar das populações, no sentido de contribuir para uma maior disponibilidade de opções alimentares saudáveis;

- **Setor Privado/Indústria alimentar**

A indústria também pode ter um papel importante na reformulação da composição nutricional dos alimentos transformados, de forma a torná-los mais saudáveis. Esta reformulação pode ser incentivada pelo governo, numa elevada variedade de alimentos, como os cereais de pequeno-almoço, bebidas, bolachas, produtos de confeitaria, produtos lácteos, produtos enlatados, alimentos açucarados, entre outros (o caso da redução do teor de sal no pão em Portugal). Faz-se necessário também, um acompanhamento eficaz do processo de industrialização e comercialização de produtos farmacêuticos e/ou dietéticos apresentados como tendo efeitos terapêuticos ou profiláticos nos problemas nutricionais.

- **Setor da Administração Local (Autarquias)**

Em Portugal, desde 1995, tem-se verificado um investimento na descentralização de competências para o poder autárquico, nomeadamente nos domínios da Saúde, Educação e Ação Social. Neste sentido reveste-se de extrema importância as autarquias enquanto parceiras das estratégias da Plataforma estabelecendo, assim, a promoção de práticas alimentares saudáveis dos munícipes como uma prioridade para a promoção da saúde e da qualidade de vida. O poder autárquico tem ainda a particularidade de proporcionar uma ação de proximidade com as populações, tendo em consideração a diferenciação regional e local.

5. Capacitação de Recursos Humanos na área da alimentação e saúde

Desenvolvimento de estratégias que melhorem a qualificação e o modo de atuação dos diferentes profissionais que, pela sua atividade possam influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar (desde profissionais de saúde até manipuladores de alimentos) fomentando a integração e articulação de diferentes saberes.

Apêndice B

Questionário subordinado ao tema “Obesidade da adolescência: um olhar sobre os conhecimentos e opiniões dos alunos do 2º e 3º ciclos”



Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Escola Superior de Enfermagem de Vila Real

Mestrado em Enfermagem Comunitária

” Obesidade na adolescência: um olhar sobre os conhecimentos e opiniões dos alunos 2º e 3º ciclo”.

Este questionário faz parte de um trabalho de investigação acerca da obesidade na adolescência. Para a sua realização é necessária a vossa colaboração no seu preenchimento.

Este estudo tem como finalidade identificar os conhecimentos e opiniões dos adolescentes acerca da obesidade: fatores predisponentes, no sentido de poderem ser repensadas e adequadas práticas, tendo em conta a nossa realidade.

Neste sentido, peço-te que leias e respondas a todas as perguntas de uma forma sincera e verdadeira, de acordo com a tua opinião. Não existem respostas corretas ou incorretas, o que nos interessa é a tua opinião. O questionário é anónimo e confidencial. Desde já agradeço a colaboração e disponibilidade.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deves assinalar com uma cruz (X) a (s) alínea (s) que está (ão) de acordo com a tua opinião.

Nas questões com um espaço em branco (____), deves responder de forma legível.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, peço-te, por favor, que não deixes nenhuma questão por responder.

MUITO OBRIGADA

Parte I – Dados de caracterização sócio -demográficos

1. Idade _____
2. Sexo: Masculino Feminino
3. Peso (Kg): _____
4. Altura (cm): _____
5. Ano de escolaridade: _____
6. Residência: Aldeia Vila Cidade
7. Com quem vives? (podes assinalar mais do que uma opção)
 Mãe Pai Irmãos Avós Outros

7.1 Se outros , quem? _____

8. Qual o nível de escolaridade dos teus pais (assinala com uma cruz para cada um dos pais)?

Escolaridade	Mãe	Pai
Não sabe ler e escrever		
1º ciclo (primária)		
2º e 3º ciclo (9º ano)		
Secundário (12º ano)		
Curso profissional		
Curso superior (licenciatura)		
Mestrado		
Doutoramento		

9. Qual a profissão dos teus pais?

Mãe		Pai	
Agricultora		Agricultor	
Professora		Professor	
Auxiliar		Auxiliar	
Doméstica		Outra	
Outra			

9.1 Se outra, qual? _____

10. Algum elemento da tua família tem excesso de peso (obesidade)?

Sim Não

10.1 Se sim, quem? _____

11. Qual consideras ser o fator predisponente (causa) para a obesidade (podes assinalar mais do que uma opção)?

Alimentação

Hereditariedade

Sedentarismo

Outro

11.1 Se outro, qual? _____

Parte II – HÁBITOS DE VIDA E FREQUÊNCIA ALIMENTAR

12. Frequentas alguma atividade física no âmbito escolar?

Sim Não

12.1 Se sim, qual?

Futebol	
Ginástica	
Natação	
Andebol	

12.2 Habitualmente, quantas horas de exercício praticas na escola? _____

12.3 Sabes quais as vantagens do exercício físico?

Sei Não sei

13. Habitualmente, como te deslocas para ir para a escola (responde apenas um meio de transporte)?

A pé	
Bicicleta	
Carro	
Autocarro	
Outro	

13.1 Se utilizas outro meio diz, qual? _____

14. Estás inscrito em algum desporto fora do programa escolar (extracurricular)?

Não

Sim. Qual? _____

Onde? _____

14.1 Quanto tempo por semana (horas)? _____

15. Como costumavas ocupar os teus tempos livres (assinala uma ou mais respostas)?

Ver TV	
Jogar computador	
Passear	
Ler	
Praticar exercício físico	
Outro	

15.1 Se outro, qual? _____

16. Habitualmente quantas horas de sono fazes por dia? _____

17. Quantas refeições fazes por dia? _____

17.1 Quais?

Pequeno-almoço	
Lanche a meio da manhã	
Almoço	
Lanche	
Jantar	
Ceia	

18. Durante o período escolar, onde fazes as principais refeições, durante o período escolar (assinala somente uma resposta)?

	Pequeno Almoço	Almoço	Jantar
Cantina da escola			
Em casa			
Restaurante			
<i>Fast food</i>			

18.1 Se respondeste cantina, achas que a tua escola seleciona uma alimentação equilibrada e diversificada?

Algumas vezes nem sempre sempre

19. Habitualmente, com quem fazes as principais refeições (assinala uma ou mais respostas)?

	Peq. almoço	Almoço	Jantar
Pais			
Avós			
Irmãos			
Colegas			

20. Qual a tua bebida de eleição, quando tens sede?

Água refrigerantes bebidas alcoólicas sumos naturais outra

20.1 Se outra, qual? _____

21. Dos grupos alimentares a seguir descritos, refere com que frequência consumes os seguintes alimentos?

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Carne, peixe e ovos					
Hamburgers, pizzas (<i>Fast food</i>)					
Leite e derivados					
Legumes e saladas					
Fruta variada					
Sopa de legumes					
Cereais e derivados					
Pastelaria					
Massas					
Água					
Refrigerantes (coca-cola...)					
Manteiga e outras gorduras					
Feijão, grão, ...					

22. Qual o tipo de confeção de alimentos que preferes (assinala um ou mais)?

Cozidos	
Assados	
Fritos	
Estufados	
Grelhados	

23. Como consideras a alimentação que fazes?

Muito saudável		Bastante saudável		Saudável		Pouco saudável		Nada Saudável	
----------------	--	-------------------	--	----------	--	----------------	--	---------------	--

24. Costumas alertar os teus pais /familiares para a seleção e confeção dos alimentos?

Sim Não Às vezes

25. Consideras que a tua alimentação está adequada às tuas necessidades nutricionais?

Sim Não Não sei

26. Alguém te abordou na temática da alimentação /obesidade?

Sim Não

27.1 Se sim, quem? _____

27. Quem tem um papel preponderante na escolha da tua alimentação (seleciona a resposta que consideras mais adequada)?

Familiares

Amigos

Escola

Profissionais de saúde

28. A obesidade constitui um grave problema de saúde da sociedade moderna. Na tua opinião, qual das seguintes afirmações caracteriza melhor a obesidade (seleciona apenas uma resposta):

Perda ou diminuição do apetite e, posteriormente recusa alimentar;

Excesso de substâncias adiposas (gordas) no organismo com aumento de peso;

Ingestão excessiva, seguida de indução do vômito;

Falta de dinamismo físico e psíquico.

29. Existem alguns fatores que interferem com o desenvolvimento do adolescente e podem contribuir para um aumento de peso e progredir para a obesidade. Quais? (assinala um ou mais item)

Inatividade física

Excesso de exercício físico

Fatores genéticos

Regime alimentar

Hábitos familiares ou estilo de vida

Comunicação social

30. Na Europa a prevalência da obesidade triplicou nas últimas décadas, constituindo um dado particularmente alarmante.

Após ler cada afirmação que se segue, assinala com uma cruz (X) na opção que melhor se adequa àquilo que fazes ou pensas.

	Verdadeiro	Falso
Alimentação		
A alimentação não precisa ser variada		
Uma alimentação saudável inclui 5-7 refeições diárias		
Um bom pequeno-almoço favorece o desenvolvimento da inteligência		
O intervalo ideal entre as refeições é de cinco horas		
Um adolescente deve comer diariamente 3-5 peças de fruta		
As refeições do almoço e jantar devem iniciar-se com sopa rica em hortaliças e legumes		
Na alimentação deve utilizar-se pouco sal		
Os adolescentes precisam de comer refeições em grande quantidade para crescerem melhor		
A obesidade na adolescência aumenta o risco de obesidade na vida adulta		
Uma alimentação com grande quantidade de gordura, açúcar e pobre em vegetais, aumenta o risco de desenvolver doenças como a hipertensão arterial e obesidade nos jovens		
A obesidade aumenta o risco de aparecimento de diabetes		
As refeições diárias devem incluir carne, peixe e ovos		
Um pequeno-almoço variado e completo é composto por pão ou cereais e leite		
A alimentação equilibrada não inclui a ingestão de água		
As hortaliças, legumes e fruta são alimentos ricos em fibras		
Uma alimentação equilibrada inclui alimentos de todos os grupos alimentares		
Na compra de alimentos deve ter-se em conta a lista de ingredientes existente no rótulo		
Os cereais e as batatas são as principais fontes de energia		
As refeições em família são um ritual importante para pais e filhos		
A carne, peixe e ovos são importantes para o crescimento das células		
Não tomar o pequeno-almoço prejudica a aprendizagem na escola		
Os alimentos pobres em calorias são os designados por “fast food”		
O feijão, grão e outras leguminosas, são ricos em proteínas vegetais		
As frutas e legumes são alimentos ricos em vitaminas e sais minerais		
Fazer as refeições a ver TV é desaconselhado		
A ingestão de bebidas açucaradas está associada ao aumento de peso		
Exercício físico		
A atividade física programada (desporto) é aconselhável,		

Os adolescentes não necessitam de ser fisicamente ativas		
Os adolescentes podem ver TV ou jogar jogos de vídeo, em média 3 horas por dia		
É menos preocupante um jovem ser gordinho do que ser magrinho		
Hereditariedade		
A obesidade depende exclusivamente de fatores genéticos		
A obesidade é uma doença		
A obesidade pode ser tratada		
Na escola falam frequentemente sobre obesidade		
Comunicação social		
Os media têm um papel importante na escolha da minha alimentação		
Os alimentos mais publicitados são os mais adequados para os jovens		
Os media incutem ideias falsas nos jovens		
Os medias são a mais importante fonte de informação		
Família		
A minha família seleciona os alimentos que devo ingerir		
A minha família tem em conta a constituição nutricional dos alimentos		
As necessidades nutricionais da minha família são iguais às minhas		
Toda a família deve fazer uma alimentação equilibrada		

Muito obrigada pela tua colaboração!

Enfermeira Helena Cristina Figueiredo Lopes Pereira

Apêndice C

Pedido de autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados

EX.MO SENHOR PRESIDENTE
DO CONSELHO EXECUTIVO DA
ESCOLA SECUNDÁRIA
DE CARRAZEDA DE ANSIÃES

Helena Cristina Figueiredo Lopes Pereira, Enfermeira no Centro de Saúde de Carrazeda de Ansiães e aluna do 1º curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na UTAD - Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, vem muito respeitosamente pedir autorização para a aplicação de questionários, aos alunos de 5º, 6º e 7º anos, subordinados ao tema: “Obesidade na adolescência: um olhar sobre os conhecimentos e opiniões dos alunos do 2º e 3º ciclos”.

Com este questionário pretendo identificar os conhecimentos e opiniões dos adolescentes para posteriormente poderem ser repensadas linhas de orientação no âmbito do programa de vigilância de saúde juvenil e sugeridas formações acerca desta temática, de forma a responder a eventuais dúvidas suscitadas, minimizando o risco de obesidade na adolescência. Permitirá também intervir enquanto enfermeira de família, no sentido de orientar e acompanhar os jovens ao longo da sua vida.

Desde já agradeço a colaboração.

Com os melhores cumprimentos

Helena Cristina Figueiredo Lopes Pereira

Apêndice D

Obtenção do consentimento livre e esclarecido

Consentimento livre e esclarecido

Investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária

Autora: Helena Cristina Figueiredo Lopes Pereira

Contato: 925800575

O atual trabalho de investigação, intitulado “**Obesidade na adolescência: um olhar sobre os conhecimentos e opiniões dos alunos do 2º e 3º ciclos**”, insere-se num estudo que decorre no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária e tem como finalidade: **identificar os conhecimentos e opiniões dos adolescentes acerca da obesidade.**

Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema, sendo necessário, para tal, incluir neste estudo a participação de todos os adolescentes do 5º, 6º e 7º anos de escolaridade. É por isso que **a sua colaboração é fundamental.**

O resultado da investigação será apresentado na UTAD- Escola Superior de Enfermagem, podendo, se desejar, contatar a sua autora para se inteirar dos resultados obtidos.

Este estudo não trará nenhuma despesa ou risco. As informações recolhidas serão efetuadas através de um questionário.

Qualquer informação será confidencial.

A participação dos adolescentes neste estudo é voluntária e podem retirar-se em qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências.

Depois de ouvir as explicações acima referidas, declaro que aceito que o meu educando participe nesta investigação.

Assinatura: _____ Data: _____

Apêndice E

Carta Europeia de Combate à Obesidade

Carta Europeia da Luta contra a Obesidade

Para fazer face ao desafio crescente, decorrente da epidemia da obesidade para a saúde, as economias e o desenvolvimento, nós, os Ministros e delegados presentes na conferência Ministerial da Organização Mundial de Saúde Europeia sobre a Luta contra a Obesidade (Istambul, Turquia, 15-17 Novembro de 2006), e na presença do Comissário Europeu para Saúde e Proteção do Consumidor, ora adotamos, como política, a seguinte Carta Europeia de Luta contra a Obesidade. O processo de desenvolvimento da presente Carta envolveu vários sectores governamentais, organizações internacionais, peritos, a sociedade civil e o sector privado através do diálogo e de consultas.

Declaramos nosso compromisso intensificar a ação dirigida à neutralização da obesidade conforme a presente Carta e a colocar este problema numa posição prioritária na agenda dos nossos governos. Apelamos, também, a todos os nossos parceiros e interessados no sentido de aumentar os esforços na luta contra a obesidade e reconhecemos que a liderança desta causa será assumida pelo Gabinete Regional para a Europa do OMS.

Existem dados suficientes para justificar ação imediata; por outro lado, a procura da inovação, das adaptações às circunstâncias locais e a pesquisa sobre certos aspetos podem melhorar a eficácia das políticas.

A obesidade constitui um problema global de saúde pública; reconhecemos o papel que a atuação europeia pode desempenhar servindo de exemplo e, assim, mobilizando esforços globais.

1. O Desafio Reconhecemos que:

1.1. A epidemia da obesidade representa um dos mais graves desafios para a saúde pública na Região Europeia da OMS. A prevalência da obesidade aumentou para o triplo nos últimos vinte anos. Metade da população adulta e uma criança em cada cinco, na Região Europeia de

OMS sofrem de peso excessivo. Destes, um terço já podem ser considerados obesos e a proporção aumenta diariamente. O peso excessivo e a obesidade contribuem para uma grande proporção de doenças não contagiosas, diminuindo a esperança da vida e resultando numa deterioração da qualidade da vida. Anualmente, mais de um milhão de mortos na Região resultam de doenças relacionadas com sobrecarga ponderal.

1.2. É particularmente inquietante a tendência do aumento em crianças e adolescentes, que transitam a epidemia para a maturidade, criando assim, para a geração seguinte, um fardo crescente sobre a saúde. A taxa anual de prevalência da obesidade infantil tem aumentado, gradualmente, e é atualmente, dez vezes mais alta do que em 1970.

1.3. A obesidade tem efeitos nocivos sobre a economia e desenvolvimento sociais.

A obesidade e excesso de peso em adultos são responsáveis por até 6% da despesa relacionada com os cuidados de saúde na Região Europeia: e ainda, impõem, pelo menos, o dobro de custos indiretos.

1.3 A obesidade tem efeitos nocivos sobre a economia e desenvolvimento (devido a perda de vidas, da produtividade e respetiva receita). As pessoas mais afetadas pelo excesso de peso e obesidade estão nos grupos sócio económicos mais desfavorecidos, facto que, por sua vez contribui para um aumento de desigualdades no domínio da saúde e outras.

1.4 A epidemia tem aumentado nas últimas décadas como resultado de modificações sociais, económicas, culturais e físicas do meio ambiente. A redução drástica na prática de exercício físico e a modificação dos padrões alimentares, incluindo o consumo elevado de alimentos e bebidas ricos em energia mas pobres em nutrientes (com alto teor de gordura total e saturada, sal e açúcares) em combinação com a ingestão insuficiente de fruta e vegetais, provocaram um desequilíbrio energético na população Segundo a informação disponível, a atividade física praticada por dois terços da população adulta na maioria dos países da Região Europeia da OMS é insuficiente para alcançar e manter ganhos de saúde e o consumo de fruta e vegetais atinge os níveis recomendados em apenas uma minoria de países. A predisposição genética é insuficiente para explicar a epidemia da obesidade sem tais mudanças sociais, económicas, culturais e físicas do meio ambiente.

1.5 A ação internacional para apoiar políticas nacionais é premente. A obesidade já não é síndrome das sociedades ricas: torna-se igualmente dominante nos países em fase de desenvolvimento e naqueles em que a economia se encontra em fase de transição, especialmente num contexto de globalização. A adoção de ação intersectorial continua a ser um desafio e nenhum país tem logrado, efetivamente, controlar a epidemia. A implementação de uma ação forte, coordenada internacionalmente, para combater a obesidade, é um desafio e, ao mesmo tempo, uma oportunidade, visto que muitas medidas-chave atravessam fronteiras, tanto em matéria de carácter como das suas implicações.

2. O QUE PODE SER FEITO: os alvos, princípios e enquadramento da ação

2.1. A epidemia da obesidade é reversível. É possível inverter a tendência e controlar a epidemia. Isto só pode ser feito com uma ação compreensiva, dado que o problema tem a sua origem na mudança rápida de determinantes sociais, económicas e ambientais do estilo de vida das pessoas. Visa-se moldar sociedades onde os estilos de vida saudáveis relacionados com dieta e atividade física serão a regra, onde objetivos em matéria de saúde se enfileirem com aqueles relacionados com a economia, a sociedade e a cultura e onde opções saudáveis sejam mais acessíveis e fáceis para os indivíduos.

2.2. Reprimir a epidemia e inverter a tendência é o objetivo da ação na Região.

Um progresso visível, especialmente em relação a crianças e adolescentes, deve ser atingido, na maioria dos países, nos próximos 4-5 anos e julga-se possível inverter a tendência até 2015, o mais tardar.

2.3. Os princípios seguintes devem orientar a ação na Região Europeia da OMS

2.3.1. A vontade política e de chefia a alto nível e um total compromisso governamental são requisitos para conseguir a mobilização e sinergias dos vários sectores.

2.3.2. A ação para o combate da obesidade deve estar ligada a estratégias abrangentes que enfrentam doenças não contagiosas e atividades para a promoção de saúde, assim como ao contexto mais extenso do desenvolvimento sustentável. Um melhor regime alimentar, acompanhado de atividade física, terá um impacto significativo e, normalmente, rápido sobre

a saúde pública, suplantando as vantagens que advêm da redução de excesso de peso e da obesidade.

2.3.3. Terá de ser encontrado um equilíbrio entre a responsabilidade do indivíduo e as do governo e da sociedade. Responsabilizar unicamente o indivíduo pela sua obesidade não deve ser aceitável.

2.3.4 É vital que a ação a adotar se encaixe no contexto cultural de cada país ou região e que o prazer proporcionado por uma dieta saudável e exercício físico sejam enfatizados.

2.3.5. É importante construir parcerias entre todos os interessados, nomeadamente, o governo, a sociedade civil, o sector privado, redes profissionais, os meios de comunicação e organizações internacionais, a todos os níveis (nacional, regional e local).

2.3.6. As medidas políticas devem ser coordenadas nos vários sectores da Região principalmente para evitar a transferência da pressão do mercado de alimentos e bebidas enérgico-saturados para países menos regulamentados. A OMS pode desempenhar um papel ao facilitar e apoiar a coordenação inter-governamental.

2.3.7. Deve ser dado particular interesse a grupos vulneráveis como os das crianças e dos adolescentes cuja inexperiência ou ingenuidade não devem ser explorados pela publicidade comercial.

2.3.8. Torna-se também prioritário o apoio aos grupos sócio económicos mais baixos que enfrentam mais obstáculos e limitações na escolha de opções saudáveis. O aumento do acesso à disponibilidade de opções saudáveis deve, portanto, ser um objectivo-chave.

2.3.9 No desenvolvimento da política económica, bem como de projetos em áreas comerciais, de agricultura, transporte e planeamento urbano, deve ser dada atenção prioritária ao impacto sobre os objetivos da saúde pública.

2.4. É necessário um enquadramento que conecte os principais participantes, instrumentos políticos e cenários, para converter estes princípios em ação.

2.4.1. Todos os sectores e níveis governamentais de relevo têm um papel a desempenhar. Os mecanismos institucionais relevantes precisam de ser posicionados para fomentar esta cooperação.

- Os Ministérios da Saúde têm um papel preponderante ao propor, inspirar e orientar uma ação multisectorial. Devem servir de exemplo ao facilitar opções saudáveis aos empregados do sector da saúde e aos utentes do serviço da saúde. O papel do sistema de saúde também é importante no tratamento dos indivíduos de alto risco e das vítimas de obesidade e excesso de peso, elaborando e promovendo medidas de prevenção e fornecendo diagnósticos, exames e tratamento.

- Todos os ministérios e agências como os da agricultura, alimentação, finanças, comércio e economia, defesa do consumidor, desenvolvimento, transporte, planeamento urbano, educação e pesquisa, segurança social, desporto, cultura e turismo têm um papel de grande relevo a desempenhar no desenvolvimento de políticas e ações relacionadas com a promoção de saúde. Isto terá a vantagem adicional de conduzir a benefícios para seus próprios sectores.

- As autarquias têm um grande potencial e também um papel significativo a desempenhar ao criar um meio ambiente e oportunidades para a prática de exercício físico, para uma vida ativa e uma dieta saudável e devem receber apoios para este fim.

2.4.2. A sociedade civil pode apoiar as decisões políticas. O envolvimento da sociedade civil é importante, para potenciar a sensibilização do público e como fonte de abordagens inovadoras. As organizações não-governamentais podem apoiar estratégias no combate à obesidade. Cada uma das associações do patronato, consumidores, pais, juventude, desporto e demais, bem como os sindicatos, tem um papel específico. As organizações dos profissionais de saúde devem assegurar que os seus sócios estão totalmente envolvidos na ação preventiva.

2.4.3. O sector privado tem um papel importante e responsabilidade na construção de um meio ambiente mais saudável, assim como na promoção de opções saudáveis nos próprios postos de trabalho. Todas as empresas ligadas à indústria alimentar estão incluídas - dos fornecedores primários aos retalhistas. A ação deve concentrar-se na sua principal área de atividade, como a produção, marketing e informação sobre o produto, e a educação do

consumidor poderá desempenhar um papel dentro da estrutura estabelecida pela política de saúde pública. Sectores como os clubes de desporto, empresas de lazer e construção, agências de publicidade, transportes públicos, turismo ativo, etc. têm também um papel importante. O sector privado poderá ser envolvido em soluções duplamente benéficas ao salientar as oportunidades económicas a ganhar no investimento em opções de vida mais saudáveis.

2.4.4. Os meios de comunicação têm uma grande responsabilidade em informar e educar, potenciando a sensibilização e apoiando as políticas de saúde pública neste domínio.

2.4.5. A colaboração intersectorial é primordial, não apenas a nível nacional mas também internacional. A OMS deve inspirar, coordenar e conduzir a ação internacional. As organizações internacionais como a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Banco Mundial, o Conselho da Europa, a Organização Internacional do Trabalho (ILO) e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económicos (OCDE), podem criar associações e, assim, estimular a colaboração multissetorial a níveis nacional e internacional. A União Europeia (UE) tem um papel da máxima relevância através de legislação, políticas e programas de saúde pública, bem como da pesquisa e iniciativas como a Plataforma de Ação Europeia em Matéria de Regimes Alimentares, Atividade Física e Saúde.

Iniciativas internacionais já existentes como a Estratégia Global sobre Alimentação, Atividade Física e Saúde, o Plano de Ação Europeia sobre Alimentação e Nutrição, e a Estratégia Europeia para a Prevenção e Controlo de Doenças Não Contagiosas devem ser utilizados para orientar e criar sinergias. Adicionalmente, compromissos políticos como o Plano de Ação de Ambiente e Saúde para as Crianças na Europa (CEHAPE), o programa Pan-Europeu de Transporte, Saúde e Ambiente (THE PEP), e o *Codex Alimentarius*, dentro dos limites da sua área de competência, podem ser utilizados para atingir coerência e consistência na ação internacional e maximizar o uso eficiente dos recursos.

2.4.6. Os instrumentos políticos variam entre a legislação e parcerias Os governos nacionais devem garantir a coerência e a sustentação através de uma ação regulamentar, incluindo legislação. Outros mecanismos importantes incluem a reformulação política, políticas fiscais de investimento público, avaliação do impacto para a saúde, campanhas de sensibilização e

informação para o consumidor, o reforço das capacidades e parcerias, pesquisa, planeamento e controlo. Parcerias públicas e privadas com um rácio na saúde pública e que partilhem objetivos específicos de saúde pública, devem ser fomentadas. Medidas regulamentares específicas devem incluir: a adoção de regulamentos para reduzir, substancialmente, a prevalência e o impacto da promoção comercial de alimentos e bebidas energético-saturadas especialmente sobre as crianças, desenvolvendo abordagens internacionais, nomeadamente um código de marketing para crianças nesta situação, e a adoção de regulamentos para caminhos mais seguros para andar de bicicleta e a pé.

2.4.7. Todos os níveis, do mais baixo ao mais alto, e todas as situações devem ser abrangidos pela ação. O lar e a família, comunidades, jardins escolas, postos de trabalho, meios de transporte, o meio-ambiente urbano, habitação, serviços de saúde sociais e facilidades para lazer, têm todos uma importância única. A ação deve, igualmente, ter uma abrangência local, nacional e internacional. Assim, os indivíduos devem receber apoio e estímulo que os levem a assumir responsabilidade pelo uso efetivo das possibilidades oferecidas.

2.4.8. O objetivo da ação deve ser o de garantir o melhor equilíbrio de energia ao estimular um regime alimentar mais saudável e o exercício físico. Enquanto a informação e educação se irão manter importantes, o foco deverá centrar-se num portfolio de intervenções destinado a mudar o meio ambiente social, económico e físico e favorecer estilos de vida mais saudáveis.

2.4.9. Como medida-chave deve ser promovido um pacote de ações vitais de prevenção: os estados podem querer priorizar certas intervenções deste pacote, em conformidade com quaisquer circunstâncias nacionais relevantes e seu nível de desenvolvimento político. Este pacote incluiria: a diminuição da pressão do mercado, especialmente aquela dirigida a crianças; a promoção da amamentação; a garantia de acesso a - e disponibilidade de - alimentos mais saudáveis, incluindo a fruta e os vegetais; medidas económicas indutoras de opções de alimentação mais saudáveis; oferta de equipamentos de lazer/exercício acessíveis, incluindo apoio para grupos socialmente desfavorecidos; redução de gorduras, eliminação de açúcares (especialmente adicionados) e sal em produtos industrializados: rotulagem de nutrição adequada; promoção do ciclismo e de caminhadas a pé através de projetos urbanos melhorados e políticas de transporte; criação de oportunidades no meio ambiente local que estimulem o envolvimento em atividades físicas nos períodos de lazer; o fornecimento de

alimentos mais saudáveis, oportunidades para atividades físicas diárias, e a nutrição e educação física nas escolas; facilitar e incentivar a escolha de regimes alimentares melhores e atividade física nos postos de trabalho; o desenvolvimento/melhoramento de linhas de orientação nacionais de regimes alimentares e orientações em relação à atividade física; e mudança de comportamento relacionado a saúde adequado ao individual.

2.4.10. Deve ser dada atenção contínua à prevenção de obesidade em pessoas com excesso de peso e que representem alto risco, e ao tratamento da doença da obesidade. As ações específicas neste domínio compreenderiam: a introdução de diagnóstico e tratamento precoces da obesidade em cuidados de saúde primários; a formação de profissionais da saúde na área da prevenção da obesidade, e orientações clínicas relativamente a rastreio e tratamento. É importante evitar qualquer estigmatização ou a atribuição de importância excessiva a obesos, independentemente da sua idade.

Ao projetar e implementar medidas de ação, é preciso demonstrar casos de sucesso comprovado. Estas medidas compreendem projetos com impacto comprovado no consumo de alimentos mais saudáveis e níveis de atividade física, tais como: programas de fornecimento gratuito de fruta em escolas: preços acessíveis para alimentos mais saudáveis; facilitação do acesso a alimentos saudáveis nos postos de trabalho e em áreas de privação sócio económica: a implementação de caminhos prioritários para bicicletas: incentivar às crianças a ir a pé para a escola; a melhoria da iluminação pública viária; a promoção do uso de escadas e a redução do tempo passado à frente da televisão. Adicionalmente, existem provas de que muitas intervenções contra a obesidade, como por exemplo, programas escolares e transporte ativo, são bastante eficientes em termos de custos. O Gabinete Regional para a Europa da OMS fornecerá responsáveis pela tomada de decisões com exemplos de boas práticas e casos de estudo.

3.1. A presente Carta tem por objetivo potenciar a ação contra a obesidade em toda a Região Europeia da OMS. Visa estimular e influenciar as políticas nacionais, e a ação regulamentadora incluindo legislação e planos de ação. Um plano de ação europeu, incorporando a nutrição e atividade física, deve transformar em ação os princípios e enquadramento previstos na Carta em pacotes de ação específica e mecanismos de acompanhamento.

3.2. É necessário desenvolver indicadores centrais equiparáveis internacionalmente para inclusão nos sistemas de vigilância das instituições nacionais de saúde. Assim sendo, estes dados serviriam para fins legais, criação de políticas e controlo. Também permitiriam avaliar regularmente e rever políticas e ações para a divulgação, em larga escala, dos resultados.

3.3. É fundamental controlar o processo a longo-prazo, visto que os resultados em matéria de obesidade reduzida e os encargos relacionados levam tempo a manifestarem-se. A OMS deve preparar relatórios europeus tri-anuais, o primeiro já em 2010.