

Débora Alexandra Oliveira Mota

Importância da alimentação saudável na prevenção da diabetes

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012



Débora Alexandra Oliveira Mota

Importância da alimentação saudável na prevenção da diabetes

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012

Débora Alexandra Oliveira Mota

Importância da alimentação saudável na prevenção da diabetes

Assinatura do Aluno

---

“Trabalho apresentado à Universidade  
Fernando Pessoa como parte dos requisitos para  
obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem.”

## Sumário

A adolescência é uma fase de transição, de afirmação e de maior independência, por isso é importante a abordagem deste tema para que se promova no adolescente uma atitude crítica na escolha dos alimentos;

Dentro dos fatores que influenciam a diabetes, optamos por nos debruçar sobre a influência dos hábitos alimentares do adolescente e o conhecimento que têm acerca da diabetes.

Após a definição do problema de investigação e de acordo com a revisão da literatura, formulou-se a seguinte questão de investigação:

- Os adolescentes têm consciência que os hábitos alimentares influenciam o aparecimento da diabetes?

Perante o tema escolhido, a metodologia utilizada foi segundo uma abordagem quantitativa, mediante a aplicação de um questionário elaborado pelo investigador. O estudo é do tipo descritivo - exploratório transversal, para uma amostra de vinte e cinco adolescentes de ambos os sexos dentro da faixa etária dos 12 aos 18 anos, da cidade do Porto, “visto permitir a exploração e explicação de relações entre os fenómenos” (Fortins, 1999). A colheita foi feita em Abril/Maio de 2012.

Concluiu-se que, este estudo representa um passo preliminar na compreensão do carácter social nas escolhas alimentares e na compreensão dos fatores que podem influenciar as escolhas e comportamentos dos adolescentes relativamente aos domínios da saúde. Os adolescentes nesta amostra realizam entre 3 a 4 refeições por dia, havendo uma percentagem mais elevada nas 4 refeições diárias (44,4%), no qual se observam a existência de hábitos alimentares desviantes como “saltar” refeições, gerados por maior número de refeições realizadas em casa (97,2%).

Quanto ao conhecimento e informação que têm como prevenir a diabetes, verificamos que 50% dos inquiridos sabem o que é a diabetes, mas uma margem pequena (47,2%), não sabe que patologia é esta.

O estudo dos estereótipos associados à alimentação e do seu impacto nas escolhas alimentares pode assumir particular importância no âmbito da educação alimentar dos jovens.

## Summary

Adolescence is a transitional phase, affirmation and greater independence, so it is important to approach this issue in order to promote a critical attitude in adolescent food choice; among the factors that influence diabetes, we choose to dwell on the influence of dietary habits of adolescents and the knowledge they have about diabetes.

After defining the research problem and according to the literature review, formulated the following research question:

- Adolescents are aware that eating habits affect the onset of diabetes?

Given the theme, the second method used was a quantitative approach, by applying a questionnaire (Annex I) prepared by the investigator. The study is a descriptive - exploratory cross, for a sample of twenty-five adolescents of both sexes in the age group from 12 to 18 years, the city of Porto, "as it would allow exploration and explanation of relationships between phenomena" (Fortin, 1999). The harvest was done in April / May 2012.

It was concluded that this study represents a preliminary step in understanding the social in food choices and understanding the factors that can influence the choices and behaviours of adolescents in relation to health. The adolescents in this sample held between 3-4 meals per day, with a higher percentage in the 4 daily meals (44.4%), which observed the existence of deviant eating habits as "skip" meals, generated by more meals made at home (97.2%).

Regarding knowledge and information that have to prevent diabetes, we found that 50% of respondents know what diabetes is, but a small margin (47.2%), does not know that this disease is.

The study of stereotypes associated with food and its impact on food choices may be of particular importance in the nutrition education of young people.

## **Dedicatória**

*Gostaria de dedicar este trabalho á pessoa mais importante e especial da minha vida, minha filha Maria Luísa. Sem ela nada disto seria possível.*

## **Agradecimentos**

Aos meus pais

Agradeço-vos por todo o apoio que me deram ao longo destes anos e por me terem acompanhado neste percurso, ajudando-me a ultrapassar alguns obstáculos.

À minha filha

Para a menina dos meus olhos, é para ti que vai todo este meu esforço, agradeço todos aqueles abraços que me dás, todos os beijos que me pedes, mesmo até as “birras” que fazes.

Ao meu Irmão

Por me apoiar e incentivar, agora como sempre.

Ao meu Orientador

Obrigada pelo apoio, pelas orientações, saberes transmitidos e disponibilidade.

Aos meus amigos

Obrigado por me terem acompanhado nesta etapa, foram uma mais-valia para mim

A todos muito obrigado

<b>Índice</b>	<b>Páginas</b>
0. INTRODUÇÃO .....	11
I. FASE CONCEPTUAL.....	14
1. Definição do tema.....	14
2. Pergunta de partida / Questão de Investigação .....	15
3. Objetivos.....	15
4. Fundamentação Teórica.....	16
iv.i. Diabetes.....	16
iv.ii Tipos de Diabetes.....	17
iv.iii Diagnóstico e Sintomas .....	20
iv.iv. Prevenção da Diabetes .....	23
iv.v Alimentação Saudável.....	24
iv.vi Comportamento Alimentar dos Adolescentes .....	26
iv.vii Cuidados de Enfermagem na Diabetes .....	29
II. FASE METODOLÓGICA.....	31
1. Desenho de investigação.....	31
i.i Meio .....	31
i.ii Tipo de estudo.....	31
i.iii População.....	32
i.iv Amostra.....	32
i.v. Variáveis .....	33
i.vi Princípios Éticos .....	33
i.vii. Instrumento de Colheita de dados.....	34

i.viii. Pré – teste.....	35
i.ix Tratamento e apresentação dos resultados .....	36
III. FASE EMPÍRICA .....	37
1. Apresentação e análise de dados.....	37
i.i Caracterização da amostra .....	37
i.ii Apresentação de dados.....	38
2. Análise e discussão dos resultados .....	49
IV. CONCLUSÃO.....	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	54
ANEXOS .....	56
ANEXO I .....	Questionário

## **Abreviaturas/Siglas**

ADA	American diabetes Association
NPDG	National Diabetes Data Group
OMS	Organização Mundial de Saúde
PTGO	Prova de Tolerância à Glicose Oral
DGS	Direção Geral de Saúde

<b>Índice de Quadros</b>	<b>Páginas</b>
<b>Quadro 1</b>	
Distribuição da amostra segundo o Sexo.....	37
<b>Quadro 2</b>	
Análise estatística de acordo com o Idade.....	37
<b>Quadro 3</b>	
Análise estatística de acordo com o Ano de Escolaridade. ....	38
<b>Quadro 4</b>	
Análise estatística de quantas refeições (almoço e jantar) faz, confeccionadas em casa, durante a semana.....	38
<b>Quadro 5</b>	
Distribuição da amostra de acordo com as refeições, feitas em casa, come com alguém da família (mãe/pai/outros). ....	39
<b>Quadro 6</b>	
Distribuição da amostra segundo quantas refeições faz por dia. ....	39
<b>Quadro 7</b>	
Distribuição da amostra de acordo com o consumo de sopa à refeição. ....	40
<b>Quadro 8</b>	
Distribuição da amostra de acordo com o consumo de legumes cozidos ou saladas a acompanhar as refeições.....	40
<b>Quadro 9</b>	
Distribuição da amostra de acordo com o tipo de confeção feita em casa. ....	40

### **Quadro 10**

Distribuição da amostra de acordo com o consumo bebidas às refeições. ....41

### **Quadro 11**

Distribuição da amostra de acordo com o consumo de alimentos ao lanche.....41

### **Quadro 12**

Distribuição da amostra de acordo com a substituição da refeição da cantina por uma refeição rápida no bar ou café próximo da escola. ....41

### **Quadro 13**

Distribuição da amostra de acordo com o consumo de açúcar ou produtos açucarados.....42

### **Quadro 14**

Distribuição da amostra de acordo com tipo de refeição realizada com os colegas. ....42

### **Quadro 15**

Distribuição da amostra de acordo com a existência de proteínas (ovos, peru, peixe,...) na sua alimentação.....43

### **Quadro 16**

Distribuição da amostra de acordo com o consumo de peixe.....43

### **Quadro 17**

Distribuição da amostra de acordo com o conhecimento do conceito de Diabetes Mellitus.....44

### **Quadro 18**

Distribuição das respostas de acordo com os alimentos preferidos.....45

### **Quadro 19**

Distribuição da amostra de acordo com a opção escolhida, em relação a 1 refeição realizada apenas para o próprio. ....46

### **Quadro 20**

Distribuição da amostra segundo a escolha de produtos lácteos (leite, queijo)...46

### **Quadro 21**

Distribuição da amostra de acordo com as formas de prevenir a Diabetes Mellitus. ....47

### **Quadro 22**

Distribuição da amostra de acordo com a eventual possibilidade de prevenir a diabetes. ....47

### **Quadro 23**

Distribuição da amostra de acordo a afirmação se a ingestão de grandes quantidades de açúcar provoca diabetes. ....48

### **Quadro 24**

Distribuição das respostas de acordo com a questão se participa na escolha dos alimentos que vão fazer parte das suas refeições.....48

## **0. INTRODUÇÃO**

Este trabalho de investigação enquadra-se no âmbito do 4.º ano do Curso da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto.

Para este estudo, selecionou-se como tema de investigação “A Importância da Alimentação Saudável na Prevenção da Diabetes”.

A escolha do tema baseia-se na experiência de ter contactado com adolescentes ao longo de vários estágios de enfermagem, verificando-se diversos distúrbios alimentares, tentando assim determinar se esta será a principal causa desses distúrbios.

Tendo como motivação académica, a necessidade de aprofundar este tema tendo em vista a evolução progressiva da diabetes na camada mais jovem.

Perante o tema escolhido, a metodologia utilizada foi segundo uma abordagem quantitativa e qualitativa, mediante a aplicação de um questionário (anexo I) elaborado pelo investigador. O estudo é do tipo descritivo - exploratório transversal, para uma amostra de trinta e seis adolescentes de ambos os sexos dentro da faixa etária dos 12 aos 18 anos, residentes na cidade do Porto, “visto permitir a exploração e explicação de relações entre os fenómenos” (Fortin, 1999). A colheita foi feita em Abril/Maio de 2012.

Com este trabalho, pretende-se saber:

- 1) Quais os hábitos alimentares dos adolescentes?
- 2) Os adolescentes têm consciência de que os hábitos alimentares influenciam o aparecimento da diabetes?

Definiu-se como objetivos a atingir:

- 1) Identificar os hábitos alimentares dos adolescentes, residentes na cidade do Porto;
- 2) Identificar se os adolescentes, residentes na cidade do Porto têm informação de como prevenir a diabetes;

3) Identificar se os adolescentes, residentes na cidade do Porto têm capacidade de tomada de decisão na escolha das suas refeições.

Com este projeto espera-se ajudar e melhorar os hábitos alimentares do público-alvo e também sensibilizar os adolescentes para uma alimentação saudável.

O presente estudo é constituído por quatro partes fundamentais:

O capítulo I, que constitui a fase do trabalho de investigação, onde será elaborado o enquadramento teórico, ou seja, a revisão bibliográfica que nos dará o suporte de informação e apoio teórico ao desenvolvimento da temática em questão. Nesta parte abordamos temas como Diabetes, Tipos de Diabetes, Diagnóstico e Sintomas, Prevenção da Diabetes, Alimentação Saudável. Referenciamos, ainda o Comportamento Alimentar dos Adolescentes e ainda Cuidados de Enfermagem na Diabetes.

O capítulo II é constituído pela fase metodológica, onde foram abordadas as estratégias metodológicas que delinearão as etapas de trabalho de investigação. Neste capítulo abordamos o tipo de estudo e a metodologia a usar, definimos os objetivos de estudo, as variáveis, a população e a amostra deste estudo e ainda descrevemos o instrumento de colheita de dados, bem como a forma da sua recolha. Neste capítulo faz-se alusão ao tratamento estatístico dos dados e às questões éticas.

No capítulo III proceder-se-á à apresentação e leitura de resultados bem como à sua discussão.

Na parte final IV inclui-se a conclusão deste trabalho de investigação.

Concluiu-se que, este estudo representa um passo preliminar na compreensão do carácter social nas escolhas alimentares e na compreensão dos fatores que podem influenciar as escolhas e comportamentos dos adolescentes relativamente aos domínios da saúde. Os adolescentes nesta amostra realizam entre 3 a 4 refeições por dia, havendo uma percentagem mais elevada nas 4 refeições diárias (44,4%), no qual se observam a existência de hábitos alimentares desviantes

como “saltar” refeições, gerados por maior número de refeições realizadas em casa (97,2%).

Quanto ao conhecimento e informação que têm como prevenir a diabetes, verificamos que 50% dos inquiridos sabem o que é a diabetes, mas uma margem pequena (47,2%), não sabe que patologia é esta.

O estudo dos estereótipos associados à alimentação e do seu impacto nas escolhas alimentares pode assumir particular importância no âmbito da educação alimentar dos jovens.

## **I. FASE CONCEPTUAL**

Visando complementar e enriquecer os conhecimentos acerca da temática escolhida para o estudo de investigação, é importante dotar este estudo de um referencial teórico fundamentado, pesquisando-se dessa forma uma vasta bibliografia alusiva ao estudo em questão.

Segundo Fortin (1999, p.38) “a fase conceptual ou empírica precisa os métodos de colheita de dados e a análise estatística utilizada.” Ainda segundo a mesma autora (1999, p.371) matriz teórica entende-se por “ descrição e explicação das relações que existem entre os conceitos estudados numa investigação e que estão contidos numa teoria.”

O suporte teórico, resulta de um ponderado desempenho na revisão da literatura existente, que se revela pertinente à luz da investigação a efetuar.

Para Fortin (1999, p.74): “(...) a revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um estudo de investigação.”

Outro aspeto importante da revisão da literatura é a sua aplicação “(...) em todo o processo de investigação, pois (...) deve também recorrer a ela aquando da interpretação dos resultados” (Fortin, 1999, p.74).

### **1. Definição do tema**

Vários estudos foram feitos sobre esta temática pela OMS, DGS e outros investigadores em várias escolas do país. De um modo geral, as principais razões apresentadas foram:

A adolescência é uma fase de transição, de afirmação e de maior independência, por isso é importante a abordagem deste tema para que se promova no adolescente uma atitude crítica na escolha dos alimentos;

Como futura técnica de saúde, considero pertinente este estudo pois será importante uma intervenção a nível da comunidade.

## **2. Pergunta de partida / Questão de Investigação**

Segundo Story e Resnick (1986) cit in Viana (2000), muitas vezes, não é pelo facto dos adolescentes terem conhecimentos sobre regras de uma alimentação equilibrada, que as põem em prática, dando frequentemente como justificação a falta de tempo para se alimentarem corretamente.

Dentro dos fatores que influenciam a diabetes, optamos por nos debruçar sobre a influência dos hábitos alimentares do adolescente e o conhecimento que têm acerca da diabetes.

A formulação da questão de investigação constitui um passo importante em todo o trabalho de pesquisa.

“Uma questão de investigação é uma interrogação relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo claro e não equivoco que precisa de conceitos chave, especifica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica” (Fortin 1999, p.51).

Após a definição do problema de investigação e de acordo com a revisão da literatura, formulou-se a seguinte questão de investigação:

- Os adolescentes têm consciência que os hábitos alimentares influenciam o surgimento da diabetes?

Procuramos assim responder às seguintes perguntas:

- 1) Quais os hábitos alimentares dos adolescentes?
- 2) Os adolescentes têm consciência de que os hábitos alimentares influenciam o aparecimento da diabetes?

## **3. Objetivos**

O porquê da investigação traduz-se pelos objetivos do estudo. Segundo Fortin (1999, p.100) “o objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa da população alvo e a orientação da investigação”.

Com a realização deste trabalho delineamos os seguintes objetivos:

- Identificar os hábitos alimentares dos adolescentes;
- Identificar se os adolescentes têm informação de como prevenir a diabetes;
- Identificar se o adolescente se assume como crítico na escolha das suas refeições.

#### **4. Fundamentação Teórica**

##### **iv.i. Diabetes**

A diabetes é uma das doenças humanas mais antigas que se conhecem. O seu nome completo – diabetes mellitus – é constituído pelas palavras gregas que significa “sifão” e “açúcar”, que descrevem o sintoma mais evidente da diabetes descontrolada: verter grandes quantidades de urina, que é doce porque contém açúcar (glicose). No final do século XIX, dois médicos alemães descobriram que o pâncreas, uma glândula de grande tamanho situada atrás do estômago, produz uma substância que impede a subida do nível de glicose no sangue (glicemia) (Bilous, 2004).

O que é a diabetes? É uma mudança permanente nos seus processos internos de que resulta a presença de glicose em excesso no sangue. A causa reside numa deficiência da hormona insulina. Uma hormona é um mensageiro químico fabricado numa zona do organismo (neste caso, o pâncreas) e libertado para a corrente sanguínea, para produzir efeito em zonas mais distantes (Seely, 2003).

A OMS (Organização Mundial de Saúde) define a diabetes como:

(...) uma desordem metabólica de etiologia múltipla, caracterizada por uma hiperglicemia crónica com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, resultantes de deficiências na secreção ou ação da insulina, ou de ambas.

Então o que corre mal? A glicose chega ao sangue (glicemia) quer a partir da ingestão de alimentos quer por processos químicos que ocorrem ao nível do fígado. Alguma glicose é armazenada e outra é usada para consumo de energia. A insulina apresenta uma estrutura única que lhe permite fixar-se em recetores à superfície das células, por todo o corpo. Ao fixar-se nestes recetores, a insulina

faz com que as células extraiam glicose do sangue, evitando também que estas degradem proteínas e gordura. Esta é única hormona que pode reduzir a glicemia, de várias maneiras: aumentando a quantidade armazenada no fígado sob forma de glicogénio, impedindo o fígado de libertar demasiada glicose; encorajando as células de outras zonas do organismo a absorverem a glicose. Há outros mecanismos do corpo que trabalham em conjunto com a insulina para ajudarem a manter o nível adequado de glicemia (Seely, 2003).

No entanto, a insulina é o único meio de que o organismo dispõe para baixar de facto os níveis de glicemia, de modo que, quando a produção de insulina falha, todo o sistema se desequilibra. Após uma refeição, o organismo absorve glicose a partir daquilo que ingeriu, fazendo subir o nível da mesma no sangue. Quando a concentração sobe acima de um determinado nível, a glicose começa a passar da corrente sanguínea para a urina. Quando a urina é doce, aumenta a probabilidade de infeções como cistite e a candidíase, já que os genes responsáveis se desenvolvem mais rapidamente. Outra consequência da subida dos níveis de glicemia é a tendência para o aumento do volume urinário, uma vez que a glicose em excesso no sangue é filtrada pelos rins, que tentem livrar-se dela excretando mais sais e água. Esta produção de urina em excesso denomina-se de poliúria e é, muitas vezes, o primeiro sinal de diabetes. Se nada for feito para parar este processo, a pessoa ficará rapidamente desidratada e com muita sede. Como mencionado anteriormente, além de regular a glicemia, a insulina atua no sentido de evitar a perda de peso e ajudar a construir o tecido corporal: assim, uma pessoa cuja produção de insulina tenha falhado total ou parcialmente perderá, inevitavelmente, algum peso (Bilous, 2004).

#### **iv.ii Tipos de Diabetes**

Resultante de um acordo entre representantes do National diabetes Data Group (NDDG) e da OMS, em 1985, foram reconhecidos essencialmente seis tipos de diabetes: Diabetes Mellitus insulino-dependentes (tipo I); Diabetes Mellitus não insulino-dependentes (ou tipo II); Diabetes Mellitus Gestacional; Diabetes Mellitus relacionada com a má nutrição; diminuição da tolerância à glicose; e outros tipos (WHO,1999).

Esta classificação, baseada nos conhecimentos sobre diabetes existentes na época.

Com base em estudos mais recentes, a ADA propôs uma nova classificação da diabetes em 1997, adotada também pela OMS em 1999, sendo a que vigora até aos dias de hoje e a que é utilizada em Portugal. Uma melhor compreensão das causas da diabetes permitiu estabelecer esta nova classificação, mais baseada na etiologia e na patogénese do que na terapêutica. Desta forma, esta classificação estabelece a existência de quatro tipos etiológicos de diabetes: Diabetes Tipo 1; Diabetes Tipo 2; Diabetes Gestacional; e outros Tipos específicos (WHO, 1999).

### Diabetes Tipo 1

Resulta de uma reação auto-imune, em que o sistema imunitário do organismo destrói as células produtoras de insulina, ou seja, as células  $\beta$  do pâncreas. Este tipo de diabetes caracteriza-se pela presença de anticorpos, antiácido glutâmico descarboxilase (Anti-GAD), anticorpos anti ilhéus de Langerhans ou anticorpos de insulina, que identificam o processo auto-imune conduzindo à destruição das células  $\beta$ . (WHO, 1999)

A OMS admite a existência de duas formas de diabetes tipo I: a Auto-imune e a Idiopática.

A Auto-imune afeta, principalmente, crianças e jovens mas também pode ocorrer em adultos e idosos. O motivo da sua origem é ainda uma incógnita, no entanto, admite-se a existência para uma predisposição genética para a destruição auto-imune das células  $\beta$  do pâncreas. Habitualmente esta forma de diabetes é acompanhada de alterações metabólicas, com deterioração rápida das células  $\beta$ , podendo evoluir para uma situação de cetoacidose (WHO, 1999).

A cetoacidose, acumulação de corpos cetónicos resultante de uma carência absoluta ou relativa de insulina, sobretudo em crianças e adolescentes, é a primeira manifestação da doença (WHO, 1999).

A diabetes Idiopática caracteriza-se por uma destruição das células  $\beta$  de etiologia e patogénese desconhecida (WHO, 1999). A insulinopenia permanente surge em

alguns doentes e existe uma tendência para a cetoacidose. Esta forma de diabetes é mais comum nos indivíduos de origem africana ou asiática (WHO, 1999).

A diabetes tipo I é mais rara. O pâncreas produz insulina em quantidade insuficiente ou em qualidade deficiente ou ambas as situações. Como resultado, as células do organismo não conseguem absorver, do sangue, o açúcar necessário, ainda que o seu nível se mantenha elevado e seja expelido para a urina. Não está diretamente relacionada, como no caso da diabetes tipo 2, com hábitos de vida ou de alimentação errados, mas sim com a manifesta falta de insulina. Os doentes necessitam de uma terapêutica com insulina para toda a vida, porque o pâncreas deixa de a produzir, devendo ser acompanhados em permanência pelo médico e outros profissionais de saúde (WHO, 1999).

### Diabetes Tipo 2

Caracteriza-se por um predomínio da insulinoresistência com deficiência relativa de insulina ou, um predomínio de defeitos na secreção de insulina com ou sem insulinoresistência (WHO, 1999).

É a mais frequente (90 por cento dos casos). O pâncreas produz insulina, mas as células do organismo oferecem resistência à ação da insulina. O pâncreas vê-se, assim, obrigado a trabalhar cada vez mais, até que a insulina produzida se torna insuficiente e o organismo tem cada vez mais dificuldade em absorver o açúcar proveniente dos alimentos. Este tipo de diabetes aparece normalmente na idade adulta e o seu tratamento, na maioria dos casos, consiste na adoção duma dieta alimentar, de forma a normalizar os níveis de açúcar no sangue. Recomenda-se também a atividade física regular. Caso não consiga controlar a diabetes através da dieta e atividade física regular, o doente deve recorrer a medicação específica e, em certos casos, ao uso da insulina (Bilous, 2004).

### Diabetes Gestacional

A diabetes mellitus gestacional surge no decurso de uma gravidez. Este tipo de diabetes caracteriza-se por uma intolerância aos hidratos de carbono, resultando numa hiperglicemia (WHO, 1999).

No entanto, é fundamental que as grávidas diabéticas tomem medidas de precaução para evitar que a diabetes do tipo 2 se instale mais tarde no seu organismo. A diabetes gestacional requer muita atenção, sendo fundamental que, depois de detetada a hiperglicemia, seja, corrigida com a adoção duma dieta apropriada. Quando esta não é suficiente, há que recorrer, com a ajuda do médico, ao uso de insulina, para que a gravidez decorra sem problemas para a mãe e para o bebé. Uma em cada 20 grávidas pode sofrer desta forma de diabetes (Bilous, 2004).

#### Outros Tipos Específicos

Na classificação de outros tipos específicos incluem-se, por exemplo, defeitos genéticos na funcionalidade da células $\beta$ , defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, indução por drogas ou químicos e infeções. Embora menos comuns, os outros tipos específicos também são causa de diabetes mellitus (WHO,1999).

#### **iv.iii Diagnóstico e Sintomas**

Os requisitos para confirmar o diagnóstico num doente com sintomatologia grave e hiperglicemia marcada diferem dos necessários para uma pessoa assintomática e com valores de glicemia ligeiramente acima dos valores de referência. O diagnóstico numa pessoa assintomática, nunca pode ser feito com base num único valor anormal de glicemia. Nestas situações é essencial, pelo menos, mais um teste à glicose no sangue/plasma com valor superior aos valores de referencia, quer seja em jejum, após as refeições ou, numa prova de tolerância à glicose oral (PTGO) (WHO;1999).

Se os testes laboratoriais não permitirem a confirmação do diagnóstico de diabetes mellitus, o doente deve ser vigiado e submetido periodicamente a outros testes até que o diagnóstico esteja concluído (WHO;1999).

Segundo ADA, 2003, os critérios de diagnóstico da diabetes mellitus também sofreram alterações ao longo do tempo. Atualmente, os critérios utilizados baseiam-se nos estabelecidos pela OMS, em 1999, e pela ADA, em 2003:

- Sintomas de diabetes (poliúria, polidipsia e perda de peso inexplicável) mais concentração plasmática da glicose ocasional (a qualquer hora do dia, sem relação com a hora da última refeição)  $\geq 200$  mg/dl;
- Glicemia plasmática em jejum  $\geq 126$  mg/dl. O jejum define-se como ausência de ingestão calórica pelo menos durante 8 horas;
- Glicemia plasmática às 2 horas na Prova de Tolerância à Glicose Oral (PTGO) com 75 g de glicose  $\geq 200$ mg/dl.

Para estabelecer um diagnóstico da diabetes mais rigoroso é aconselhável realizar a determinação da glicemia, em jejum, através de uma colheita de sangue por punção venosa (Sacher e McPherson, 2000). Esta determinação é realizada em laboratório de análises clínicas.

Segundo WHO, 1999; e ADA, 2003, na determinação da glicemia em jejum, os valores de referência são:

- Glicemia em jejum  $< 110$  mg/dl – valor dentro dos parâmetros normais
- Glicemia em jejum  $\geq 110$  mg/dl e  $< 126$  mg/dl – anomalia da glicemia de jejum
- Glicemia em jejum  $\geq 126$  mg/dl – diagnóstico provisório de diabetes (o diagnóstico deve ser confirmado).

O teste da hemoglobina glicosilada (HbA1c) é outro método para avaliar o estado de controlo da diabetes. A HbA1c corresponde a uma parte do açúcar que circula no sangue e que se liga á hemoglobina dos glóbulos vermelhos. Quanto mais açúcar existe no sangue, mais glóbulos vermelhos têm glicose ligada à sua hemoglobina e maior será o valor HbA1c. A análise da HbA1c pode revelar o grau de controlo dos últimos dois a três meses (Sacher e McPherson).

As pessoas descobrem que têm a doença de diferentes maneiras. Com a diabetes 2, o primeiro ponto de paragem é geralmente o médico de família, ou porque o doente manifesta alguns ou todos os sintomas, ou porque está a fazer um check-up geral. Algumas pessoas são aconselhadas pelo oftalmologista a consultar o seu médico, uma vez que um exame oftalmológico deteta os primeiros sinais de

uma doença chamada retinopatia diabética, que consiste em alterações nos vasos sanguíneos do olho e que pode surgir como uma complicação da diabetes. Se os seus sintomas sugerirem ao seu médico que poderá ter diabetes, ele irá pedir que faça análises ao sangue para medir os seus níveis de glicemia, assim como análises à urina. As amostras para análises poderão ter de ser enviadas para um laboratório, embora muitos médicos de família tenham glicómetros no consultório, podendo obter o resultado no local. Os valores acima da média em qualquer uma destas análises, ou em ambas, serão provavelmente suficientes para que o seu médico confirme que tem diabetes. Se for diabetes tipo 2, é provável que seja seguido pelo seu médico de família que não tenha que consultar médico do hospital. Muitos consultórios médicos dispõem de tratamento de diabetes, mas, se o médico não o tiver, ou se sentir que necessita de mais apoio, pode pedir que o encaminhem para um centro clínico especializado em diabetes (APDP, 2009).

Tal como foi referido anteriormente, a diabetes de tipo 1 pode surgir repentinamente, o que significa que a pessoa pode ser hospitalizada durante o diagnóstico, para a estabilização da doença. As pessoas com este tipo de diabetes continuarão depois, muitas vezes, ao cuidado de uma equipa hospitalar especializada. Nos dias de hoje, muitos diabéticos dos tipos 1 e 2 partilham os cuidados entre o hospital e o médico de família (APDP, 2009).

Embora, para a maioria das pessoas, o diagnóstico seja direto e inequívoco, algumas poderão necessitar de um exame adicional se o seu nível de glicemia se encontrar no limite. Neste caso, pode ser-lhe pedido que faça uma prova de tolerância à glicose oral. Após uma noite em jejum, o seu nível de glicemia é medido à chegada e é-lhe dada uma bebida com uma determinada quantidade de glicose. O seu sangue será, então, analisado de meia em meia hora, durante duas horas, para verificar como o seu corpo está a reagir à glicose que absorveu. Poderá também ser-lhe pedida uma amostra de urina no início e outra de hora em hora (Sacher, R. e McPherson, R. 2000).

O diagnóstico é feito através de sintomas que a pessoa manifesta e é confirmado com análises de sangue como já foi dito anteriormente. Os sintomas mais

frequentes são a fadiga, poliúria (urinar muito e com mais frequência) e sede excessiva. Muitas vezes o doente não apresenta estes sintomas (ou dá-lhes pouca importância) e o diagnóstico é feito por análise de rotinas (Sacher, R. e McPherson, R. 2000).

#### **iv.iv. Prevenção da Diabetes**

Como fazer a prevenção das complicações da diabetes em pessoas que nem sabem que são diabéticos? Repito no entanto um aspeto fundamental: a educação do doente diabético, ensinando-o a viver com a sua doença, controlando-a, é meio caminho andado ou mais para uma boa compensação da doença.

É essencial o doente ter uma informação detalhada sobre a sua doença para uma eficaz prevenção das suas complicações. Está comprovado que doentes bem informados e educados conseguem resultados terapêuticos melhores que os não informados ou mal informados (Ministério da Saúde, 2009).

A educação do doente tem um efeito importante na eficácia dos tratamentos, no controlo da doença, no grau de compensação da diabetes e na qualidade de vida. A consequência positiva imediata é a diminuição do número de comas por hiper ou hipoglicémia, e a médio e longo prazo a diminuição do número de amputações, de cegueira por retinopatia diabética, de insuficiência renal por nefropatia diabética e de complicações cardiovasculares, muito em especial enfartes do miocárdio ou acidentes vasculares cerebrais (Ministério da Saúde, 2009).

Outro aspeto essencial na luta contra a diabetes – diz respeito à informação da comunidade em geral e dos decisores políticos em particular sobre esta verdadeira pandemia. E para que isto seja possível é essencial sensibilizar os grandes meios de comunicação de massas, especialmente a televisão. Só assim será possível fazer prevenção primária.

Dizer às pessoas que não se deixem engordar, que façam exercício físico, que evitem a chamada “fast-food”, que dêem prioridade às dietas tradicionais, que a partir dos 40 anos façam um “check-up” regulares – uma vez por ano, que combatam dentro das possibilidades de cada um o “stress”. Depois dizer aos

diabéticos que façam a prevenção secundária, para evitar ou/e atrasar as complicações da doença. Investimento na prevenção significa: insulina gratuita para todos, bem como tiras/teste para controlo da glicemia, caneta, seringas e agulhas, e ainda antidiabéticos orais. E por fim investir fortemente na educação (Ministério da Saúde, 2009).

Investir na Investigação científica. Nas novas moléculas, não só para a Diabetes mas também para o tratamento e prevenção das suas complicações, novas formas de administração de insulina, etc. Tudo isto são caminhos que o século XXI irá seguramente desbravar. As Universidades, os Institutos de Investigação, a Indústria Farmacêutica têm um longo caminho a percorrer. E é essencial que o façam. A cooperação entre estas diversas organizações entre si e com as associações de doentes é também essencial. Os doentes vão ter cada vez mais uma palavra a dizer, de uma forma organizada. Sem isso, mas também sem modificação do estilo de vida das sociedades contemporâneas, muito em especial as mais desenvolvidas, a incidência da diabetes será progressivamente maior, o número de diabéticos em todo o mundo crescerá de uma forma acelerada, e a diabetes será uma das grandes pandemias do século que agora começa com todas as nefastas consequências sociais e económicas que acarreta (Bilous, 2004).

#### **iv.v Alimentação Saudável**

Como referido por Costa (2005, p.20) “uma alimentação saudável constitui um fator fundamental decisivo para a manutenção da saúde e bem-estar, quer individual, quer coletivo, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção de doenças metabólicas”.

O organismo humano está constituído para ter uma alimentação omnívora, isto é, mista, de alimentos animais de vegetais, e precisa de ingerir vários alimentos, sem o que não consegue dispor dos nutrientes que necessita, os quais, são em número superior a 50. É sabido que nenhum alimento tem composição completa, e os alimentos animais (leite, carne, peixe, ovos) completam os vegetais, sobretudo em proteínas e vitaminas. A alimentação equilibrada depende, pois, do consumo que se faça dos alimentos que, em conjunto, são capazes de fornecer diariamente todos os nutrientes em proporções adequadas. O consumo implica

escolha, e esta será tanto mais bem-feita quando basear no conhecimento das funções dos nutrientes, dos alimentos que contêm, dos hábitos alimentares corretos e da regra da economia, de gastar o necessário. É essencial, aprender a comer corretamente, isto é, a utilizar uma alimentação saudável nas quantidades adequadas às condições individuais, familiares ou de grupo na comunidade, evitando o supérfluo e reduzindo os desperdícios (Nutrição, Centro de Estudos 1987).

Fazer uma alimentação adequada para diabéticos, o que, no fundo, significa seguir um plano alimentar saudável, e não um programa difícil e restritivo. Isto aplica-se a todas as pessoas diabéticas, independentemente do seu tipo de diabetes, e poderá ser suficiente por si só para controlar a diabetes tipo 2 nalgumas pessoas. No entanto, se tiver a diabetes tipo 1, terá que aprender a equilibrar a ingestão de comida com as injeções de insulina, para controlar o mais possível os seus níveis de glicemia. Decididamente, o tipo de dieta que deve seguir quando tem diabetes não significa um futuro de auto negação da satisfação alimentar. Significa, isso sim, comer mais alimentos saudáveis e reduzir o consumo de alimentos que não fazem tão bem; no fundo, este é o tipo da alimentação que os especialistas recomendam para todas as pessoas, quer tenha diabetes quer não. Todavia, a diferença sobre a saúde global e o seu bem-estar vale ainda mais a pena quando tem diabetes, porque, sem uma alimentação saudável, a sua medicação não será tão eficaz (Nutrição, Centro de Estudos, 1987).

Uma coisa a ter em mente é que é mais fácil manter os seus níveis de glicemia controlados se tiver horas regulares para as refeições. Se estiver a tomar insulina, o seu médico (ou nutricionista ou profissional de enfermagem) explicar-lhe-á a importância de conciliar as refeições com as injeções, e, gradualmente, descobrirá a sua própria maneira de equilibrar a ingestão de alimentos com o desgaste de energia. Isto pode ser particularmente difícil no início para quem trabalha em turnos. O seu médico de família irá aconselhá-lo, mas, basicamente, deverá tentar ter uma refeição substancial ou ligeira de três em três horas ou de quatro em quatro horas e adotar a sua medicação em função deste horário (Nutrição, Centro de Estudos, 1987).

Uma alimentação saudável significa ingerir uma boa mistura do tipo certo de alimentos e reduzir aqueles que fazem mais mal do que bem. Do complicado curso da doença e da diversidade das suas manifestações deduz-se que não se pode aconselhar um tratamento uniforme e sistemático, mas que tem de ser estudado cuidadosamente pelo médico para cada caso. Isto diz respeito especialmente ao regime, que deve, o mais das vezes, ser variado, mantendo-se sempre o propósito de reduzir ao máximo o consumo de hidratos de carbono. Para isso são de recomendar dias de saladas, frutas e legumes (Schneider, Ernest, 1977).

Se conseguir-se ensinar à população as regras da alimentação racional (suficiente, equilibrada, económica), levando-a a corrigir os principais erros que comete, por falta de conhecimentos ou de reflexão, por hábitos tradicionais e por hábitos novos prejudiciais que está a adquirir, resultaria:

- Melhor saúde para todos;
- Aumento da duração média de vida;
- Aumento da capacidade de trabalho;
- Aumento da capacidade intelectual e do equilíbrio psíquico
- Diminuição da mortalidade infantil e durante toda a infância;
- Diminuição dos acidentes de trabalho e rodoviários;
- Diminuição da obesidade, diabetes, hipertensão, acidentes cardíacos, doenças cancerígenas e outras;
- Orientação do consumo para alimentos pouco transformados e consequentemente menor custo da alimentação.

#### **iv.vi Comportamento Alimentar dos Adolescentes**

Moreira (1996), refere que num estudo feito por Coelho em 506 adolescentes, 51% preferia comer no bufete em vez da cantina pois aí podiam comer apenas o que queriam e não aquilo que os obrigavam a comer como por exemplo a sopa.

É muito importante a existência de um regime alimentar equilibrado na adolescência pois é um período de grandes transformações quer físicas quer psicológicas, repercutindo-se estas, no seu futuro. “Assistimos a uma falta de disciplina alimentar e a uma destruturação da organização das refeições durante o dia, em prol de petiscos frequentes que privilegiam os alimentos baratos do tipo junk/fast food” (Academia Real de Medicina da Bélgica, 29 de Setembro de 2001, cit in Médart, 2007).

Segundo Médart (2007), todos sabem que o consumo excessivo de gorduras tem como consequência um aumento de peso. Mas, devemos ter em atenção que não são apenas as gorduras visíveis que são responsáveis pela obesidade. É necessário contar com gorduras “escondidas” nos alimentos, glícidos como o chocolate, bolachas, os croissants, as batatas frita, ... que são um estimulador de apetite devido à baixa glicemia que resulta de uma grande resposta insulínica.

O período da adolescência é caracterizado por crescimento físico e desenvolvimentos rápidos, com aumento da necessidade de nutrientes. Além destas, características como a crescente independência, alterações psicológicas, busca de autonomia, definição da própria identidade, influência dos amigos, demandas escolares e de trabalho, pressões e modificação das preferências alimentares, rebeldia contra padrões familiares fazem deste grupo de risco nutricional. Devemos também considerar os fatores de risco para a saúde do adolescente, como o tabagismo, uso de álcool, sedentarismo, excesso de desporto, uso de drogas, hábitos de fazer dieta, problemas familiares, como separação ou morte dos pais, gravidez e comportamento alimentar inadequado (Hábitos Alimentares na Adolescência, 2009).

A preocupação, neste período, com a prevenção da saúde relacionada a estes fatores de risco praticamente não existe, devido ao senso de invencibilidade e indestrutibilidade do adolescente. A super valorização da imagem corporal e a preferência da nossa sociedade por mulheres magras podem resultar em padrões alimentares restritivos e ingestão inadequada de nutrientes e energia. A busca frenética por padrões de beleza e imagem idealizadas, reforçada pelos *media*, pode desencadear transtornos alimentares. Algumas patologias que antes só se

manifestavam em adultos ou idosos vêm sendo encontradas em adolescentes, como a diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, osteoporose e outras. Isto ocorre, principalmente, por causa da alimentação e do estilo de vida inadequados. Estas doenças podem ser prevenidas precocemente, se houver intervenção dos profissionais de saúde junto dos grupos de risco. Portanto, é importante que os adolescentes, especialmente aqueles com risco nutricional, sejam acompanhados e orientados para modificação dos hábitos alimentares e estilo de vida (Hábitos Alimentares na Adolescência, 2009).

A formação de hábitos alimentares é influenciada por uma série de fatores: fisiológicos, socioculturais e econômicos. A aquisição dos hábitos ocorre à medida que a criança cresce, até ao momento em que a própria escolherá os alimentos que farão parte da sua dieta. Quando pequena, seu universo restringe-se, geralmente, aos pais e cabe a eles determinar que alimentos lhe serão dados. À medida que a criança começa a frequentar a escola e a conviver com outras crianças, ela conhecerá outros alimentos, preparações e hábitos. Os adultos são modelos, delineando as preferências alimentares das crianças. Os vínculos afetivos poderão influenciar positiva ou negativamente na fixação dos padrões de consumo alimentar. É grande a influência da televisão na formação dos hábitos alimentares. É claro que cada um possui preferências e rejeições diferentes, mas o acesso e a possibilidade de experimentar mais de uma vez determinado alimento permitem uma mudança de hábito. São comuns preconceitos, tabus alimentares e atitudes que levam a erros alimentares e prejuízo à saúde, como os pais ou educadores “obrigarem” as crianças a comer um determinado alimento em troca de presentes, passeios, etc., o que pode resultar em traumas definitivos. A super valorização dos doces também pode ocorrer, quando estes são premiados para o bom comportamento da criança. Sabe-se que os adolescentes costumam saltar de refeições, especialmente o pequeno-almoço, o que pode levar a um menor rendimento escolar. O adolescente é normalmente “preguiçoso”, não gosta de muitos esforços, o que contribui para uma alimentação facilitada, com excesso de comidas prontas, sanduíches, salgados e bolachas (é só abrir e comer!). Além disso, muitos adolescentes não fazem nenhum tipo de atividade física, restringindo-se ao seu

lazer, à televisão, aos jogos e ao computador. Muitos adolescentes, apesar de terem um bom conhecimento sobre os princípios de uma alimentação equilibrada, têm atitudes que não correspondem a este conhecimento: uma grande percentagem consome regularmente salgados e outros alimentos ricos em gordura e açúcares simples entre as refeições, em desacordo às recomendações nutricionais. Ocorre preferência por bolachas, batatas fritas, piza, refrigerantes e chocolates como lanche escolar, apesar da disponibilidade de outros alimentos saudáveis (Hábitos Alimentares na Adolescência, 2009).

#### **iv.vii Cuidados de Enfermagem na Diabetes**

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica, responsável por uma elevada frequência de utentes às consultas e aos serviços de urgência, assim como por um significativo número de internamentos, constituindo uma das doenças com maior impacto nos sistemas de saúde públicos. Os principais fatores ambientais responsáveis para o aumento de casos da diabetes são a subnutrição e o sedentarismo, com o conseqüente aumento de peso e/ou obesidade. Perante isto, o enfermeiro terá de ser agente facilitador de mudanças de comportamento e adoção de estilos de vida saudáveis, principalmente ao nível da implementação de uma alimentação saudável e da prática de exercício físico regular. A diabetes com doença crónica caracteriza-se por não ter cura, necessitando, por isso, de ser gerida continuamente. Conseqüentemente, cria ao enfermeiro uma necessidade de formação contínua, com o objetivo de atualizar conhecimentos e formas de intervir que respondam aos progressos da doença (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

O enfermeiro assume um papel fundamental na informação/formação da pessoa com diabetes e/ou com risco de desenvolver a doença. Este trabalho pode ser planeado ou espontâneo, verbal ou não verbal, e pode ser levado a cabo individualmente ou em grupo. Deve ser dirigido não só ao diabético e/ou pessoa em risco, mas também à família e à comunidade. A conceção e concretização de um programa de educação para doentes diabéticos podem afetar os conhecimentos e as capacidades das pessoas diabéticas, bem como as suas atitudes em relação à doença. Por esta razão, os educadores, para serem eficazes,

precisam de saber como tratar os doentes diabéticos e como saber ensinar (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A educação para a saúde neste contexto é relevante, e é uma componente essencial dos cuidados de enfermagem que visam a promoção, manutenção e restauração da saúde, bem como a adaptação aos efeitos da doença. A educação para a saúde é uma das principais armas terapêuticas e é considerada na Declaração de St. Vicente, um direito de todo o diabético. Nesta perspetiva, o objetivo da educação para a saúde não é apenas aumentar os conhecimentos e as capacidades da pessoa com diabetes, mas também ter como meta, uma pessoa capaz de tomar e pôr em prática decisões relativas à vigilância e controlo de todos os aspetos inerentes à diabetes. Em suma, o enfermeiro terá de encontrar estratégias que levem a pessoa diabética a tornar-se ativa e a mais autónoma possível, de modo a ser capaz de lidar com as exigências da sua doença (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

## **II. FASE METODOLÓGICA**

A investigação consiste em alargar o campo dos conhecimentos na disciplina a que diz respeito e facilitar o desenvolvimento desta como ciência. A investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual vivemos. É um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam duma investigação. Pelas suas funções, a investigação permite descrever, explicar e prever factos, acontecimentos ou fenómenos.

Segundo Fortin (1999, p.108) “a fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população.”

### **1. Desenho de investigação**

Segundo Fortin (1999), o desenho de investigação é o plano lógico desenvolvido pelo investigador com o objetivo de obter respostas válidas às questões de investigação colocadas, ou às hipóteses formuladas.

#### **i.i Meio**

Segundo Fortin (1999), um estudo que não seja reportado a um controlo rigoroso como o laboratório, é considerado um estudo em meio natural.

Sendo assim, neste estudo, o campo de investigação foi realizado na cidade do Porto, na recolha de dados, que foi previamente garantido, o seu anonimato e confidencialidade dos resultados.

#### **i.ii Tipo de estudo**

O presente estudo, pretende conhecer os hábitos alimentares dos adolescentes e saber se estes têm conhecimento de como prevenir a diabetes. Entende-se ser um estudo descritivo – exploratório transversal da natureza quantitativa e qualitativa.

Segundo Fortin (1999, p.162) este estudo é descritivo exploratório porque “consiste em discriminar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente possam estar associados ao fenômeno em estudo.”

De acordo com Polit e Hungler (citado por Fortin, 1999), “os estudos transversais constituem uma colheita de dados num período de tempo ou momento particular”, visam sobretudo obter um conjunto de informações, relativamente a um problema no momento próprio da aplicação do instrumento da recolha de dados.

É um estudo em que utilizou-se metodologia quantitativa e qualitativa, sendo que a primeira poderemos defini-lo como pois constitui “um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos no que concerne às variáveis em estudo” (Fortin, 1999, p.322). No que concerne à segunda “concentra-se em demonstrar a relação que existe entre os conceitos, as descrições, as explicações e as significações dadas pelos participantes” (Fortin, 1999, p.322).

### **i.iii População**

Segundo Fortin (1999, p.373), a população é o “conjunto de um grupo bem definido, tendo em comum uma ou varias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação.”

Este estudo foi realizado em meio natural, sendo a população constituída por 36 adolescentes com idades compreendidas entre 12 e os 18 anos de idade.

### **i.iv Amostra**

Segundo Fortin (1999, p.202) a amostra “é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população (...) de qualquer forma uma réplica em miniatura da população alvo.”

A amostra do nosso estudo é constituída por 36 adolescentes, tendo como critério de inclusão:

- Serem adolescentes e terem idades entre os 12 e os 18 anos de idade.

#### **i.v. Variáveis**

Variável é definida como “característica de pessoas, de objetos ou de situações estudadas numa investigação, a que se pode atribuir diversos valores” (Fortin, 1999, p.376).

- **Variáveis de atributo**

Fortin (1999), define-as como “características dos sujeitos num estudo”. A escolha, segundo a mesma autora, é “determinada em função das necessidades do estudo”.

De entre essas características, as variáveis de atributo consideradas para o estudo são: o sexo, a idade e o ano de escolaridade.

#### **i.vi Princípios Éticos**

Neste projeto de investigação foram utilizados alguns princípios éticos, tendo em conta que a investigação é aplicada a seres humanos, e pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdade da pessoa.

O estudo em causa é direcionado a menores, pelo que o inquérito será entregue aos pais para que estes sejam informados do objetivo do estudo, garantindo a aprovação ao estudo por consentimento informado.

Para Fortin (1999, p.116) os princípios de ética são:

**O direito à autodeterminação** – “ (...) este direito baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino.” Aplicar-se-á informando os alunos do objetivo do estudo e em que consiste, sendo livres de participarem ou não.

**O direito à intimidade** – “ (...) faz referência à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas.” O estudo é o menos invasivo possível e a intimidade protegida.

**O direito ao anonimato e à confidencialidade** – “ (...) os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes no estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador nem pelo leitor do relatório de investigação.” As respostas são individuais e não serão associadas à identidade do aluno.

**O direito ao tratamento justo e equitativo** – “ (...) refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e duração da investigação, para a qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo.” Toda a informação acerca do estudo será prestada aos alunos, assim como as respostas às suas dúvidas.

#### **i.vii. Instrumento de Colheita de dados**

A colheita de dados é uma etapa do trabalho de investigação que possibilita obter os dados necessários, permitindo alcançar o objetivo pretendido.

De acordo com Fortin (1999, p.261), a colheita de dados “(...) consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim”.

Para colher os dados necessários para a realização da investigação, o investigador deve adotar por um instrumento/método de colheita adequado às características da amostra utilizada. Neste estudo optou-se por utilizar como instrumento de colheita de dados um questionário, constituído por questões fechadas e abertas, em que o sujeito é submetido a escolhas de respostas possíveis, visando assim saber qual o grau de importância que atribuem e qual o grau de conhecimento que têm.

Em relação às questões fechadas salientamos as questões 17 a correta é alínea a, na questão 19 a mais correta é a alínea d, na questão 20 a mais correta será a alínea a, em relação à questão 21 a alínea mais correta é a b, relativamente à questão 22 a alínea a é a mais correta, e finalmente em relação à questão 23 a correta é a alínea a.

No que diz respeito às questões abertas, tendo como análise de frequências das respostas temos as questões 18 e 24.

A recolha de dados foi realizada, durante o período de aulas, através de um inquérito/questionário tendo em vista a avaliação dos hábitos alimentares na prevenção da diabetes.

“O inquérito serve para colher informação junto da população no que concerne à prevalência e à distribuição de problemas psicossociais e sobre as relações que estas populações mantêm entre elas” (Kerlinger, 1986; Plit e Hungler, 1995 cit in Fortin, 1999).

O questionário será constituído por duas partes: a primeira relativa a informações sobre hábitos alimentares dos adolescentes e à sua tomada de decisão e a segunda sobre a diabetes, conhecimento sobre a doença e sua prevenção. A colheita foi feita em Abril/Maio de 2012.

#### **i.viii. Pré – teste**

Em investigação, o pré-teste é realizado no sentido de validar os instrumentos de colheita de dados elaborados para o estudo.

Todo o instrumento de colheita de dados, após a sua elaboração necessita de ser aplicado a título experimental, antes de ser aplicado definitivamente, visando o despiste de resultados falsos. Segundo Fortin (1999, p.246) “o pré-teste colocará em evidência os problemas na formulação das questões, na sua sequência e na maneira de registar as respostas.”

Este tipo de instrumento possibilitou o anonimato devido à ausência de um entrevistador e garante a não existência de tendenciosidade nas respostas.

Foi efetuado primeiro um pré-teste para verificar se as questões estão elaboradas de acordo com o tipo de resposta pretendido e se não suscitaram nenhuma dúvida a quem os preencheu. O pré-teste foi distribuído a 6 adolescentes selecionados aleatoriamente, mas que não poderá realizar o questionário definitivo.

A recolha de dados foi realizada durante o período de aulas, durante os meses de Abril/Maio de 2012.

Selecionado o instrumento de recolha de dados, é importante estimar o tempo necessário para a recolha, bem como prever o que se pretende fazer com os dados, pois assim se alcançarão os objetivos preconizados.

Sendo assim não houve necessidade de fazer alterações ao instrumento de recolha de dados.

### **i.ix Tratamento e apresentação dos resultados**

Cabe ao investigador, mediante uma grande variedade de instrumentos de colheita de dados, selecionar aquele que melhor se adequa aos objetivos do estudo, às variáveis e ao tipo de análise planeada (Fortin, 1999).

Segundo Polit e Beck (2004), a recolha de dados num estudo quantitativo decorre de acordo com um plano que especifica os procedimentos para a seleção da amostra, a descrição do estudo aos sujeitos, obtenção dos consentimentos necessários, o treino dos que se encontram envolvidos na colheita de dados e a colheita em si.

“O inquérito serve para colher informação junto da população no que concerne à prevalência e à distribuição de problemas psicossociais e sobre as relações que estas populações mantêm entre elas” (Kerlinger, 1986; Polit e Hungler, 1995 cit in Fortin, 1999).

A apresentação dos resultados da investigação realizada é parte integrante do trabalho científico, para que a divulgação dos resultados seja de uma melhor compreensão.

Segundo Fortin (1999), a análise dos dados, deriva de um conjunto de métodos estatísticos que permitem descrever, interpretar, clarificar e visualizar os dados colhidos junto dos sujeitos.

Após a recolha de dados e sua informação, proceder-se-á ao seu tratamento estatístico através do programa informático SPSS, versão 20.0 para Windows e Excel 2010. Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados colhidos, serão utilizadas técnicas da Estatística descritiva e da Estatística Inferencial.

### III. FASE EMPÍRICA

#### 1. Apresentação e análise de dados

Segundo Polit e Beck (2004), os dados colhidos num estudo, por si só, não constituem resposta às questões colocadas nem testam as hipóteses da pesquisa. É necessário realizar uma análise sistemática, de forma a avaliar a sua relação. Sem o tratamento estatístico, os dados colhidos numa pesquisa quantitativa não seriam mais do que uma massa caótica de números.

Nesta perspetiva proceder-se-á ao seu tratamento estatístico que foi feito através do programa informático SPSS, versão 20.0 para Windows e Excel 2010, serão utilizadas também técnicas da Estatística descritiva e da Estatística Inferencial.

#### i.i Caracterização da amostra

**Quadro 1** – Distribuição da amostra segundo o Sexo.

Sexo	Frequência	Percentagem
Masculino	8	22,2%
Feminino	28	77,8%
Total	36	100,0%

Pela análise do Quadro1 podemos observar que 22,22% da amostra era constituída por indivíduos do sexo masculino e os restantes 77,8% referentes aos indivíduos do sexo feminino.

**Quadro 2** – Análise estatística de acordo com a Idade.

Média	Moda	Mediana	Variância	Desvio padrão	Máximo	Mínimo	Intervalo
16,03	18	17,00	4,656	2,158	18	12	577

Pela análise do Quadro 2, podemos verificar que a maior parte da amostra é constituída por indivíduos entre os 12 (mínimo) e os 18 anos de idade (máximo), sendo a média de 16,03.

**Quadro 3** – Análise estatística de acordo com o Ano de Escolaridade.

Média	Moda	Mediana	Variância	Desvio padrão	Máximo	Mínimo	Intervalo
10,28	12	11,00	3,749	1,936	12	7	370

Relativamente ao Quadro 3 à distribuição pelo ano de escolaridade, verificamos que a maior parte da amostra no máximo pertence ao 12.º ano de escolaridade, seguindo-se o mínimo que corresponde ao 7.º ano, prevalecendo uma média de 10,28.

### **i.ii Apresentação de dados**

Segundo Fortin (1999, p. 171), “(...) a estatística é a ciência que permite estruturar a informação numérica medida num determinado número de sujeitos (...)”.

**Quadro 4** – Análise estatística de quantas refeições (almoço e jantar) faz, confeccionadas em casa, durante a semana.

Média	Moda	Mediana	Variância	Desvio padrão	Máximo	Mínimo	Intervalo
9,81	10	10,00	15,533	3,941	21	2	353

Relativamente á análise do quadro 4, verificamos que, em média 9,81 adolescentes fazem refeição confeccionada em casa, prevalecendo no máximo 21 e no mínimo 2 que não o fazem.

**Quadro 5** – Distribuição da amostra de acordo com as refeições, feitas em casa, come com alguém da família (mãe/pai/outros).

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Sim	35	97,2%
Não	1	2,8%
<b>Total</b>	36	100,0%

Pela análise do Quadro 5, com o objetivo de perceber se come as refeições em casa acompanhado dos pais, verificamos que quando fazem refeições em casa quase todos eles, ou seja 97,2%, fazem as refeições acompanhados dos pais. Sendo que só 2,8% faz sozinho.

**Quadro 6** - Distribuição da amostra segundo quantas refeições faz por dia.

<b>N.º de Refeições</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
3	9	25,0%
4	16	44,4%
5	6	16,7%
6	5	13,9%
<b>Total</b>	36	100,0%

Relativamente ao Quadro 6, verificamos que os jovens fazem frequentemente 4 refeições por dia 44,4%, só uma pequena percentagem faz 6 refeições por dia 13,9%.

**Quadro 7** - Distribuição da amostra de acordo com o consumo de sopa à refeição.

Costuma comer sopa à refeição			
		Frequência	Percentagem
	Sim	24	66,7%
	Não	12	33,3%
	<b>Total</b>	36	100,0%

No Quadro 7, no que concerne aos hábitos alimentares relativos à ingestão de sopa às refeições, verificamos que 66,7% da amostra come sopa às refeições.

**Quadro 8** - Distribuição da amostra de acordo com o consumo de legumes cozidos ou saladas a acompanhar as refeições.

		Frequência	Percentagem
	Sim	20	55,6 %
	Não	16	44,4%
	<b>Total</b>	36	100,0%

Em relação ao Quadro 8, ao consumo de legumes, verificou-se que 55,6% da amostra come legumes cozidos ou saladas, embora 44,4% não acompanha legumes às refeições.

**Quadro 9** - Distribuição da amostra de acordo com o tipo de confeitaria feita em casa.

		Frequência	Percentagem
	Fritos	3	8,3%
	Grelhados	16	44,4%
	Cozidos	5	13,9%
	Assados	12	33,3%
	<b>Total</b>	36	100,0%

Quanto à análise do Quadro 9, verificamos que 44,4% da amostra prefere grelhados, seguindo-se 33,3% referente a assados, cozidos temos 13,9% e finalmente 8,3% dos questionados prefere fritos.

**Quadro 10** - Distribuição da amostra de acordo com o consumo bebidas às refeições.

	Frequência	Porcentagem
Água	25	69,4%
Sumo natural	7	19,4%
Refrigerantes	4	11,1%
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0%</b>

No Quadro 10, refere-se ao hábito de beber às refeições, e verificou-se que 69,4% dos jovens prefere beber água às refeições, 19,4% prefere sumo natural e apenas 11,1% consome refrigerantes durante as refeições.

**Quadro 11** - Distribuição da amostra de acordo com o consumo de alimentos ao lanche.

	Frequência	Porcentagem
Pão com queijo/fiambre/manteiga	17	47,2%
Bolo/bolachas	8	22,2%
Iogurte	11	30,6%
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0%</b>

Quanto ao hábito de lanchar no Quadro 11, verifica-se que 47% opta por comer pão com queijo/fiambre/manteiga, sendo que 30,6% prefere comer iogurte e 22,2% opta por bolos/bolachas.

**Quadro 12** - Distribuição da amostra de acordo com a substituição da refeição da cantina por uma refeição rápida no bar ou café próximo da escola.

	Frequência	Porcentagem
Sim	13	36,1%
Não	23	63,9%
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0%</b>

Relativamente ao Quadro 12 verifica-se que 63,9% não substitui a refeição da cantina por uma refeição rápida no bar ou café, sendo 36,1% dos jovens que substituem.

**Quadro 13** - Distribuição da amostra de acordo com o consumo de açúcar ou produtos açucarados.

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
1 vez dia	25	69,4%
Mais que uma vez dia	10	27,8%
Nunca	1	2,8%
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0%</b>

No Quadro 13 verificou-se que 69,4% só consome açúcar ou produtos açucarados 1 vez dia, sendo que 27,8% consome mais que uma vez dia, havendo 2,8% que nunca consome açúcar nem produtos açucarados.

**Quadro 14** - Distribuição da amostra de acordo com tipo de refeição realizada com os colegas:

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Almoçam todos a mesma coisa, preferencialmente comida fast-food	29	80,6%
Prefere comida com alimentos saudáveis; tais como saladas, grelhados e cozidos	7	19,4%
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0%</b>

Na análise ao Quadro 14, podemos concluir que 80,6% prefere comida fast-food, contrariando os 19,4% que prefere comida com alimentos saudáveis.

**Quadro 15** - Distribuição da amostra de acordo com a existência de proteínas (ovos, peru, peixe,...) na sua alimentação.

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Não	4	11,1%
Sempre que posso	25	69,4%
Quando sou obrigado	7	19,4%
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0%</b>

Analisando o Quadro 15, 69,4% inclui proteínas na sua alimentação sempre que pode, sendo 19,4% inclui quando é obrigado e 11,1% não inclui proteínas na sua alimentação.

**Quadro 16** - Distribuição da amostra de acordo com o consumo de peixe.

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Todos os dias	3	8,3%
Às vezes	25	69,4%
Raramente	8	22,2%
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0%</b>

Quanto ao consumo de peixe no Quadro 16, verificamos que 69,4% consome peixe regularmente, 22,2% é raro comer peixe e apenas 8.3% come peixe todos os dias.

**Quadro 17** - Distribuição da amostra de acordo com o conhecimento do conceito de Diabetes Mellitus.

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
É uma doença, provocada pela ausência ou perda de eficácia da insulina; provoca subida de açúcar no sangue.	18	50,0%
É uma doença que se controla com todo o tipo de alimentos, não havendo exceções	1	2,8%
Não sei o que é Diabetes Mellitus.	17	47,2%
<b>Total</b>	36	100,0%

Relativamente ao Quadro 17, foi questionado aos jovens o que era Diabetes Mellitus, verificou-se que metade dos jovens ou seja, 50,0% sabia definir a Diabetes Mellitus, contrariando 47,2% que não sabiam o que é Diabetes Mellitus. Sendo apenas 2,8% responderam que é uma doença que se controla com o tipo de alimentos, não havendo exceções.

**Quadro 18** - Distribuição das respostas de acordo com os alimentos preferidos.

<b>Alimentos preferidos</b>	<b>n</b>	<b>Fr</b>
Arroz (Q11; Q19; Q21; Q22; Q27; Q31; Q33)	7	6,5
Atum (Q5)	1	0,9
Bacalhau (Q8; Q15)	2	1,9
Batatas (Q10)	2	1,9
Batatas f (Q9; Q14; Q21; Q28; Q32; Q34)	5	4,6
Bife (Q4; Q6; Q7; Q8; Q16; Q21)	6	5,6
Bife peru (Q5; Q8)	1	0,9
Bolo (Q13; Q36)	2	1,9
Cabrito (Q28)	1	0,9
Carne (Q1; Q10; Q11; Q12; Q19; Q20; Q26; Q29; Q30; Q31; Q32; Q33; Q35)	13	12
Costeletas (Q30; Q32)	2	1,9
Fígado (Q22)	1	0,9
Filetes (Q29)	1	0,9
Frango (Q15; Q18; Q24; Q27)	4	3,7
Fruta (Q7; Q16; Q17; Q18; Q20)	5	4,6
Fumados (Q3)	1	0,9
Hamburger (Q2; Q4; Q6; Q9; Q17)	5	4,6
Lasanha (Q13; Q15; Q23; Q24)	4	3,7
Leite (Q19)	1	0,9
Lulas (Q23; Q25)	2	1,9
Marisco (Q3; Q4; Q14; Q23; Q29)	5	4,6
Massa (Q1; Q9; Q11; Q20; Q25; Q27; Q33; Q35)	8	7,4
Ovos est. (Q2; Q6; Q7; Q25; Q30)	5	4,6
Pão (Q5)	1	0,9
Peixe (Q3; Q12; Q16; Q26; Q36)	5	4,6
Peru (Q8)	1	0,9
Pimentos (Q22)	1	0,9
Pizas (Q1; Q2; Q13; Q14; Q17; Q18; Q24; Q26; Q28; Q31; Q34; Q35; Q36)	13	12
Salada (Q10; Q12; Q34)	3	2,8
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>

Relativamente ao Quadro 18, verifica-se que os adolescentes preferem consumir mais carne, pizzas, arroz e massas, pois são as suas escolhas preferidas. Deixando de lado os alimentos mais saudáveis como as saladas e o peixe.

**Quadro 19** - Distribuição da amostra de acordo com a opção escolhida, em relação a 1 refeição realizada apenas para o próprio.

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Peixe ou carne cozidos com legumes.	1	2,8%
Bife com batatas e ovo fritos.	22	61,1%
Arroz de legumes e bife de peru grelhado com salada.	7	19,4%
Não sei, igual ao que os meus amigos escolherem	6	16,7%
<b>Total</b>	36	100,0%

No Quadro 19 foi pedido que escolhessem uma refeição somente para eles e verificamos que mais de metade dos jovens, 61,1% preferia bife com batatas fritas e ovo, sendo que os restantes se dividiram entre arroz de legumes e bife de peru grelhado 19,4%, 16,7% escolhiam igual aos amigos não tendo opinião própria e só 2,8% preferiam peixe ou carne cozidos com legumes.

**Quadro 20** - Distribuição da amostra segundo a escolha de produtos lácteos (leite, queijo...).

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Com baixo teor de gordura	13	36,1%
Com médio teor de gordura.	23	63,9%
<b>Total</b>	36	100,0%

Na análise do Quadro 20 a escolha entre produtos de baixo ou médio teor de gordura, verifica-se que mais de metade dos jovens prefere produtos de médio teor de gordura 63,9%, sendo 36,1% que preferem com baixo teor de gordura.

**Quadro 21** - Distribuição da amostra de acordo com as formas de prevenir a Diabetes Mellitus.

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Fazer exercício físico regularmente, ter uma alimentação saudável, controlar o peso, comer fruta variada e legumes.	22	61,1%
Ter uma dieta restrita só com cozidos e grelhados.	2	5,6%
Não sei como prevenir a Diabetes Mellitus	12	33,3%
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0%</b>

Questionou-se os jovens sobre como prevenir a diabetes mellitus como refere o Quadro 21, o resultado foi que 61,1% sabe como prevenir, 33,3% não tem conhecimento como prevenir e apenas 5,6% diz que pode-se prevenir tendo uma dieta restrita só come cozidos e grelhados.

**Quadro 22** - Distribuição da amostra de acordo com a eventual possibilidade de prevenir a diabetes.

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
É possível com cuidados certos.	21	58,3%
Não. É uma doença hereditária.	5	13,9%
Só no caso da diabetes tipo 1.	10	27,8%
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0%</b>

Relativamente ao Quadro 22, foi questionado aos jovens se é possível prevenir a diabetes e 58,3% responderam que sim é possível com cuidados certos. Os restantes dividiram-se entre os 27,8% que só no caso da diabetes tipo 1 e 13,9% responderam que não é possível prevenir, é uma doença hereditária.

**Quadro 23** - Distribuição da amostra de acordo a afirmação se a ingestão de grandes quantidades de açúcar provoca diabetes.

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Sim, é uma das suas principais causas.	20	55,6%
Não, é apenas um fator de risco.	13	36,1%
Só o açúcar adicionado aos alimentos.	3	8,3%
<b>Total</b>	36	100,0%

No Quadro 23 perguntou-se se a ingestão de grandes quantidades de açúcar provocava diabetes, chegou-se à conclusão que metade dos inquiridos (55,6%) responderam que sim, era uma das principais causas, 36,1% respondeu que não, era apenas um fator de risco, e 8,3% respondeu que só adicionando açúcar aos alimentos.

**Quadro 24** - Distribuição das respostas de acordo com a questão se participa na escolha dos alimentos que vão fazer parte das suas refeições.

	<b>n</b>	<b>Fr</b>
Às vezes (Q13,18,27,31)	4	11
Casa sim (Q28)	1	3
Em casa sim na escola não (Q24,30,32,35)	4	11
Muitas vezes (Q29)	1	3
Não (Q2,4,5,6,7,9,11,12,19,21,22,34)	12	32
Nem sempre (Q14,26)	2	5
Por vezes (Q8,25)	2	5
Quando como em casa (Q33)	1	3
Sim (Q1,3,10,15,16,17,20,23,36)	9	24
	36	100%

Como podemos verificar no quadro 24, o maior número de respostas foi que não participa na escolha dos alimentos, havendo outra metade que sim escolhe, participa na escolha.

## **2. Análise e discussão dos resultados**

Depois de realizado o tratamento e análise dos dados, torna-se imprescindível a discussão dos resultados oferecidos pela análise. Na discussão deverá ser feita uma comparação e fundamentação do obtido, com a literatura recolhida para a fase conceptual.

Feita a apresentação e leitura dos dados torna-se fundamental proceder á discussão dos resultados obtidos no estudo.

Neste trabalho assumimos como questão de investigação a “A Importância da Alimentação Saudável na Prevenção da Diabetes”.

Como referido por Costa (2005, p.20) “uma alimentação saudável constitui um fator fundamental decisivo para a manutenção da saúde e bem-estar, quer individual, quer coletivo, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção de doenças metabólicas.”

Podemos observar nos adolescentes da nossa amostra alterações no número de refeições durante o dia, quer no número de refeições praticadas em casa durante a semana. Os adolescentes nesta amostra realizam entre 3 a 4 refeições por dia, havendo uma percentagem mais elevada nas 4 refeições diárias (44,4%), no qual se observam a existência de hábitos alimentares desviantes como “saltar” refeições, gerados por maior número de refeições realizadas em casa (97,2%). Este aspeto poderá ter implicações inclusive no tipo de alimentação.

Como podemos verificar nos quadros 13, 15, 16, os adolescentes sempre que podem fazem escolhas na sua alimentação o mais saudável possível (69,4%), isto é incluindo proteínas na sua alimentação, comendo peixe e consumindo apenas uma vez dia produtos açucarados. Que segundo Hábitos Alimentares na Adolescência, (2009), o adolescente é normalmente “preguiçoso” não gosta de muitos esforços, o que contribui para uma alimentação facilitada, com excesso de comidas prontas, sanduiches, salgados e bolachas. Muitos adolescentes, apesar de terem um bom conhecimento sobre princípios de uma alimentação equilibrada, têm atitudes que não correspondem a este conhecimento, uma grande percentagem consome regularmente salgados e outros alimentos ricos em

gordura e açúcares simples entre refeições em desacordo às recomendações nutricionais.

Quando almoçam com colegas, concluímos que na maioria prefere comida fast.food (80,6%), como é referido pela Academia Real de Medicina da Bélgica, 29 Setembro de 2001, cit in Médart, 2007, “assistimos a uma falta de disciplina alimentar e a uma destruturação da organização das refeições durante o dia em prol de petiscos frequentes que privilegiam os alimentos baratos do tipo junk/fast-food”.

Relativamente aos alimentos preferidos, verificou-se que a carne, pizzas e massas foram os alimentos de eleição.

Relativamente ao conhecimento e informação que têm como prevenir a diabetes, verificamos que os inquiridos sabem o que é a diabetes (50%), mas uma margem pequena (47,2%), não sabe que patologia é esta.

Sobre quadro 21 como prevenir a diabetes mellitus, a nossa amostra revela-nos que os adolescentes sabem como prevenir (61,1%), como acontece também na quadro 22 que nos diz que também sabem que é possível prevenir da diabetes (58,3%), tendo os cuidados certos. É o que nos diz o Ministério da Saúde, 2009, “é essencial o doente ter uma informação detalhada sobre a sua doença para uma eficaz prevenção das suas complicações”.

Relativamente à última questão, o objetivo proposto aos adolescentes foi a capacidade de decisão na escolha das suas refeições, concluímos que maior parte da nossa amostra respondeu que não participa na escolha dos alimentos que vão fazer parte da sua refeição. No entanto temos outra parte que nos diz que quando come em casa que participa na escolha de alimentos.

Em suma, estes resultados sugerem que os adolescentes podem basear as suas escolhas alimentares saudáveis não só na perceção de controlo que têm acerca do comportamento, mas também em fatores sociais, podendo ter consequências importantes para a saúde.

Uma das questões que poderemos analisar nesta amostra, é que o tipo de opções adotadas representa um fator de risco significativo para doenças graves, incluindo cardiovasculares, hipertensão e a diabetes.

“É importante que os adolescentes, especialmente aqueles com risco nutricional, sejam acompanhados e orientados para modificação dos hábitos alimentares e estilo de vida.” (Hábitos Alimentares na Adolescência, 2009)

#### **IV. CONCLUSÃO**

Chegada à fase final deste trabalho é o momento de refletir sobre o percurso efetuado desde a definição dos objetivos aos resultados da investigação e das implicações para a prática de enfermagem.

A realização deste estudo contribui significativamente para enriquecer os meus conhecimentos sobre a alimentação saudável para a prevenção da diabetes e as suas implicações.

A educação para a saúde é uma componente essencial na prevenção e no tratamento e recuperação da diabetes e representa uma das principais responsabilidades dos enfermeiros.

O presente estudo, pretende conhecer os hábitos alimentares dos adolescentes e saber se estes têm conhecimento de como prevenir a diabetes. Adotou-se por um estudo descritivo – exploratório transversal da natureza quantitativa e qualitativa. Foi realizado em meio natural, sendo a população constituída por 36 adolescentes com idades compreendidas entre 12 e os 18 anos de idade. Após análise, interpretação e discussão dos dados, surgem as conclusões e algumas considerações relativamente aos objetivos estabelecidos.

Com este estudo foi possível verificar que os hábitos alimentares dos adolescentes baseiam-se principalmente em alimentos fast-food, embora tenham a perceção que estão errados, quando às escolhas dos seus próprios alimentos.

Contudo é de salientar que os adolescentes desta amostra demonstraram ter conhecimento sobre a diabetes e sua prevenção.

O objetivo primordial da realização deste projeto foi despertar para questões relacionadas com a diabetes, promover o crescimento individual baseado numa atitude refletiva sobre hábitos alimentares saudáveis.

Para concluir podemos referir que foi gratificante a elaboração deste estudo e pensamos ter alcançado os objetivos, no entanto seria interessante o enfermeiro na escola poder promover os hábitos alimentares saudáveis trabalhando diretamente com os adolescentes, educando-os e elucidando-os sobre a

importância de uma alimentação saudável, desenvolvendo projetos de promoção de saúde de forma sustentada com interligação aos conteúdos curriculares para poder perceber qual a importância que estes atribuem à prestação de informação e ensinamento, ajudando assim os enfermeiros a lidar da melhor forma com os adolescentes.

Viver com a diabetes exige um compromisso para toda a vida, manter a doença controlada é um desafio...

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADA – American Diabetes Association (2003). *Clinical Practice Recommendations Diabetes Care*, 26 (S1), S1-S105.
- Associação Protectora dos Diabetes de Portugal [em linha]. Disponível em <http://www.apdp.pt/factos.asp>. (consultado em 15-10-2009).
- Bilous, W. Rudy (2004). *Compreender a Diabetes*. Porto Editora
- Costa, P. A. B. D. 2005. “*Promoção de uma Alimentação Saudável na Escola*”: um estudo comparativo entre escolas do concelho de Braga Pertencentes à RNEPS e não Pertencentes. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.
- *Hábitos Alimentares na Adolescência* [em linha]. Disponível em <http://br.monografias.com/trabalhos2/habitos-alimentares-adolescentes> (consultado em 26-10-2009).
- Médart, J 2007. *Guia Prático da Nutrição*, Lisboa, Climeps: Editores.
- Moreira, P. 1996. *Alimentação de Adolescentes*. Trabalho de Síntese. Porto. Biblioteca do Curso de Ciências da Nutrição da Universidade do Porto.
- Nutrição, Centro de Estudos (1987). *Alimentação racional e Nutrição*. 3.<sup>a</sup> Edição revista ampliada, Instituto Nacional de Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros [em linha]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/idex.php?page=72&pag=2> (consultado em 16-12-2009).
- Polit, D. & Beck, C. 2004. *Nursing Research: Principles and Methods*, United States of America, Lippincott Williams & Wilkins.

- Portal da Saúde – Diabetes [em linha]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude>. (consultado em 15-10-2009).
- Sacher, R. e McPherson, R. (2000). *Widmann's Clinical Interpretation of Laboratory tests*. F.A. Davis Company.
- Schneider, Ernest (1977). *A Saúde pelos Alimentos*. 8.º Edição, Atlântico
- Seely, R., Stephens, T. e Tate, P. (2003). *Anatomia e Fisiologia*. Loures. Lusociência
- Smith, Prof. Dr. Tony (1989). *Dieta e Nutrição*. Cruz Vermelha Portuguesa, Circulo dos Leitores.
- WHO – World Health Organization (1999). *Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and Its Complications*, Report of a WHO Consultation.

## **ANEXOS**

**ANEXO I**  
**Questionário**