

Nádia Alves Fernandes

Leitura Interna

Biblioteca UFP

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

Faculdade de ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2009

Nádia Alves Fernandes

Leitura Interna

Biblioteca UFP

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

Nádia Alves Fernandes

Nádia Alves Fernandes

“Monografia apresentada à
Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do
grau de licenciada em Enfermagem.”

Sumário

Este trabalho tem como temática: “Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência.” Foi escolhida esta temática pelo aumento considerável da obesidade na adolescência .

São propostos os seguintes objectivos para a elaboração deste trabalho: identificar os factores que os alunos do 4ºano do curso de licenciatura em enfermagem caracterizam como influenciadores da prevenção da obesidade na adolescência e identificar factores que os alunos do 4º ano de enfermagem caracterizam como influenciadores na intervenção do enfermeiro na prevenção da obesidade na adolescência nos CSP.

Identificou-se o estudo como sendo quantitativo, descritivo simples, transversal e exploratório, em que se utilizou como instrumento de colheita de dados o questionário. Assim, a população destacada para este estudo são os alunos do 4º ano de enfermagem da Universidade Fernando Pessoa no ano lectivo de 2008/2009. A amostra referente a este estudo é constituída por 64 alunos, aos quais foi aplicado o instrumento de colheita de dados.

A obesidade na adolescência é resultado da conjugação de diversos factores: hereditariedade, hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo, contexto ambiental e contexto cultural. A amostra referiu ainda a falta de auto-estima, falta de informação e contextos económicos como outros factores a considerar-se. É de salientar a influencia da publicidade, grupo de pares, família e escolas nos hábitos alimentares dos adolescentes.

Como factores influenciadores da intervenção do enfermeiro nos cuidados de saúde primários destacamos os seguintes factores referenciados pela amostra: satisfação profissional, experiência, falta de recursos humanos e materiais, motivação do adolescente e envolvimento dos pais.

Dedicatória

**Dedico à minha irmã Simone
com todo o carinho**

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos os que contribuíram para a elaboração deste trabalho de investigação. Agradeço a disponibilidade, orientação, compreensão e sobretudo pela motivação.

Á Universidade Fernando Pessoa, pela oportunidade que me deu na realização de um trabalho de investigação.

Á Enfermeira orientadora Maria Filomena Cardoso, pela sua compreensão, disponibilidade e apoio.

Aos meus amigos, que me seguiram durante todo o percurso académico e que me ajudaram nos momentos mais difíceis. O meu muito obrigada.

Aos meus pais e irmã, pela concretização do sonho de poder licenciar-me em Enfermagem. O meu obrigada sentido, em especial, ao meu pai pelo seu esforço e apoio que permitiram a concretização de todo este sonho.

Índice

0 - Introdução.....	1
I – Enquadramento Teórico.....	6
1. Adolescência.....	6
1.1. Obesidade na adolescência.....	9
1.2. Consequências da obesidade na adolescência.....	14
2. Cuidados de Saúde Primários	17
3. Intervenção do enfermeiro nos CSP face à obesidade do adolescente.....	22
3.1. Consulta de Enfermagem.....	26
3.2. O enfermeiro da comunidade e a obesidade na adolescência.....	27
3.2.1. Prevenção secundária da obesidade no adolescente.....	33
II – Fase metodológica.....	38
2.1. Questão de investigação.....	38
2.2. Tipo de estudo.....	38
2.3. Sujeitos do estudo.....	40

2.4. Definição de variáveis.....	40
2.5. Instrumento de colheita de dados.....	41
2.6. Tratamento dos dados.....	43
2.7. Justificação do tema.....	42
2.8. Princípios éticos.....	42
III- Apresentação dos dados.....	44
1. Caracterização da amostra.....	44
2. Caracterização do estudo.....	46
IV- Discussão dos Resultados.....	70
V- Conclusão/Sugestões.....	80
VI - Referências bibliográficas.....	82
VII- Anexos.....	89
Anexo I- Questionário.....	90

Índice de Quadros

Quadro 1- Distribuição da amostra segundo a variável “idade (em anos)”	44
--	----

Índice de Figuras

Figura nº 1 – Roda dos Alimentos e respectivas porções.....	31
---	----

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Distribuição percentual da amostra segundo o “género”	44
--	----

Gráfico 2 – Distribuição percentual da amostra segundo a “zona de residência”	45
---	----

Gráfico 3- Distribuição percentual da amostra segundo a seguinte questão: “no decurso da sua formação académica já prestou cuidados a algum adolescente obeso?”	45
---	----

Gráfico 4- Distribuição percentual da amostra segundo a “importância atribuída ao factor hereditariedade”	46
---	----

Gráfico 5 – Distribuição percentual da amostra segundo a “importância atribuída ao factor sedentarismo”	46
---	----

Gráfico 6- Distribuição percentual da amostra segundo a “importância atribuída ao factor hábitos alimentares não saudáveis”	47
---	----

Gráfico 7- Distribuição percentual da amostra segundo a “importância atribuída ao factor contexto cultural”	48
---	----

Gráfico 8 - Distribuição percentual da amostra segundo a “importância atribuída ao factor contexto ambiental.....	48
Gráfico 9 – Distribuição percentual dos factores que os alunos acrescentaram no questionário.....	49
Gráfico 10- Distribuição percentual da amostra segundo a questão “ os adolescentes consomem cada vez mais alimentos muito calóricos”	50
Gráfico 11- Distribuição percentual da amostra segundo a questão “os adolescentes realizam cada vez mais exercício físico para além das actividades desportivas da escola”	50
Gráfico 12 - Distribuição percentual da amostra segundo a questão “os adolescentes obesos culpabilizam –se pelo seu excesso de peso”.....	51
Gráfico 13 - Distribuição percentual da amostra segundo a questão “os bares e cantinas escolares têm alimentos muito calóricos”.....	51
Gráfico 14- Distribuição percentual da amostra segundo a questão “os adolescentes transmitem os conhecimentos apreendidos sobre hábitos de vida saudável aos pais, quando estes estão ausentes”.....	52
Gráfico 15 - Distribuição percentual da amostra segundo a questão “os pais dos adolescentes comparecem as consultas de enfermagem de saúde infanto-juvenil”.....	53
Gráfico 16- Distribuição percentual da amostra segundo a questão “as famílias dos adolescentes, pela falta de tempo para a confecção dos alimentos, optam por alimentos pouco saudáveis”.....	53
Gráfico 17 - Distribuição percentual da amostra segundo a questão “os adolescentes comparecem as consultas de enfermagem infanto-juvenil”.....	54

Gráfico 18- Distribuição percentual da amostra segundo a questão “ existe um aumento do consumo de comidas muito calóricas e pouco diversificada nas famílias dos adolescentes”..55	
Gráfico 19- Distribuição percentual da amostra segundo a questão “ os fracos recursos económicos constituem um factor de risco para a prática de uma alimentação não saudável nas famílias dos adolescentes”..... 55	55
Gráfico 20- Distribuição percentual da amostra segundo a questão “as famílias dos adolescentes encontram-se motivadas para a mudança para hábitos de alimentação saudável”.....56	56
Gráfico 21 - Distribuição percentual da amostra segundo a questão “ as famílias dos adolescentes apoiam-nos na mudança para hábitos de alimentação saudável”.....56	56
Gráfico 22- Distribuição percentual da amostra segundo a questão “ o facto dos adolescentes possuírem recursos económicos para a compra de alimentos é um factor de risco para a prática de hábitos alimentares errados”57	57
Gráfico 23 - Distribuição percentual da amostra segundo a questão “os hábitos alimentares dos adolescentes são influenciados pelo grupo de pares”.....58	58
Gráfico 24 - Distribuição percentual da amostra segundo a questão “ os hábitos alimentares dos adolescentes são influenciados pela publicidade”.....58	58
Gráfico 25- Distribuição percentual da amostra segundo a característica “auto-estima baixa” como característica do adolescente obeso.....59	59
Gráfico 26- Distribuição percentual da amostra segundo a característica “alegre” como característica do adolescente obeso.....60	60
Gráfico 27- Distribuição percentual da amostra segundo a característica “comunicativo” como característica do adolescente obeso.....60	60

Gráfico 28- Distribuição percentual da amostra segundo a característica “depressivo” como característica do adolescente obeso.....	61
Gráfico 29- Distribuição percentual da amostra segundo a característica “calmo” como característica do adolescente obeso.....	61
Gráfico 30 - Distribuição percentual da amostra segundo a característica “anti-social” como característica do adolescente obeso.....	62
Gráfico 31- Distribuição percentual da amostra segundo a importância atribuída ao factor falta de recursos materiais como dificultador da intervenção do enfermeiro.....	62
Gráfico 32- Distribuição percentual da amostra segundo a importância atribuída ao factor falta de recursos humanos como dificultador da intervenção do enfermeiro.....	63
Gráfico 33 – Distribuição percentual da amostra segundo a importância atribuída à ausência dos pais como factor dificultador da intervenção do enfermeiro.....	63
Gráfico 34 – Distribuição percentual da amostra segundo a importância atribuída ao não comparecimento dos adolescentes às consultas como factor dificultador da intervenção do enfermeiro.....	64
Gráfico 35- Distribuição percentual da amostra segundo o factor “experiência profissional” como factor facilitador da intervenção do enfermeiro.....	65
Gráfico 36- Distribuição percentual da amostra segundo o factor “satisfação profissional” como factor facilitador da intervenção do enfermeiro.....	65
Gráfico 37 - Distribuição percentual da amostra segundo o factor “motivação do adolescente” como factor facilitador da intervenção do enfermeiro.....	66

Gráfico 38- Distribuição percentual da amostra segundo o factor “envolvimento dos pais” como factor facilitador da intervenção do enfermeiro.....	67
Gráfico 39 – Distribuição percentual sobre a questão: “os pais dos adolescentes costumam estar presentes nas consultas de enfermagem de saúde infanto-juvenil?”.....	67
Gráfico 40- Distribuição percentual da amostra segundo o factor “falta de tempo” como factor justificador da ausência dos pais ás consultas.....	68
Gráfico 41 –Distribuição percentual da amostra segundo o factor “incompatibilidade horária das consultas” como factor justificador da ausência dos pais ás consultas.....	69
Gráfico 42 –Distribuição percentual da amostra segundo o factor “sentimento de privacidade invadida” como factor justificador da ausência dos pais ás consultas.....	69

Siglas

CS- Centro de Saúde

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DGS- Direcção Geral da Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

0. Introdução

A Enfermagem baseada na investigação otimiza os cuidados com a pessoa e assegura que a sua prática seja relevante, solidamente baseada, actualizada e fundada em conhecimentos teóricos, existindo, assim, uma maior previsibilidade de resultados. A base da investigação está, pois, intimamente ligada com o profissionalismo crescente da Enfermagem (English, 1995).

“Compete ao enfermeiro realizar ou colaborar em estudos sobre problemas de Enfermagem, visando a melhoria dos cuidados prestados, assim como utilizar os resultados de estudos e de trabalhos de investigação para a melhoria destes.” (Dec.-Lei nº437/91 de 8 de Novembro, capítulo II, secção I, artigo 7º, ponto 1)

Neste sentido, foi elaborado um trabalho de investigação, com o intuito de aprofundar conhecimentos na área da prevenção da obesidade na adolescência. Decidiu-se estudar os factores que os alunos de enfermagem do 4º ano do ano lectivo 2008/009 caracterizam como influenciadores nessa mesma prevenção.

Neste contexto, o relatório sobre a Saúde Mundial de 2002, elaborado em cooperação com a OMS, salienta que os riscos mais importantes para a saúde na actualidade estão associados com o subdesenvolvimento, mas outros estão ligados aos padrões e estilos de vida, tais como a alimentação não saudável e obesidade, o colesterol e elevada pressão arterial, o tabagismo, o excesso de consumo de álcool e a falta de actividade física. Assim, combater as causas subjacentes às principais doenças relacionadas com os estilos de vida é uma grande prioridade para a acção. Tal exige que se consagre uma atenção particular a factores como a alimentação, o excesso de peso e a obesidade, a insuficiente actividade física e a má gestão do *stress* (Direcção Geral de Saúde - DGS, 2004).

Por estilos de vida saudáveis, podemos entender as formas de vida baseadas em padrões identificáveis de comportamento, determinados pela interacção entre as características individuais e as condições sociais, económicas e ambientais, que contribuem para promover a

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

saúde e evitar a doença (Organização Mundial de Saúde - OMS, 1998, citado por Matos, Simões, Carvalhosa e Reis, 1998).

Em nenhuma época da história da humanidade houve maior interesse e preocupação pelo problema da obesidade do que nos dias de hoje. Segundo Fisberg (1995, cit. in em Ferriani, Dias, Silva e Martins, 2004), entre todas as alterações do corpo humano, a obesidade é uma das situações mais complexas e de difícil entendimento, pois pode ter início em qualquer época da vida, ser causada por problemas físicos e psicológicos e desencadear uma série de factores que, em conjunto, definem a complexidade da doença.

A obesidade é, pois, um importante problema de Saúde Pública, com génese multifactorial, com elevada prevalência, cronicidade, morbidade e mortalidade de que se acompanha, assim como pela dificuldade e complexidade do tratamento. Por isso, requer esforços continuados para ser controlada, constituindo uma ameaça para a saúde e um importante factor de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças (Despacho nº4571/2005, 2ª série).

Este aumento da obesidade, sendo multifactorial, resulta de uma combinação de factores, de ordem alimentar (dieta hipercalórica e rica em gorduras, baseada, muitas vezes, em *fast-food*), ambiental, cultural (sedentarismo) e genética (Fonseca, 2003).

A família estabelece os padrões de aprendizagem comportamental da criança, que, com frequência, se mantêm até ao estado adulto, pelo que é um núcleo fundamental de actuação quando se pretendem promover estilos de vida saudáveis. A organização disfuncional da família pode ser causa de várias situações patológicas como maus-tratos, patologias do foro psíquico ou mesmo biológico, como a obesidade infanto-juvenil (DGS, 2004).

Segundo Blim (1973, p.160), “a alimentação de uma criança determina em grande parte o seu futuro de adulto”, sendo que desde os três primeiros anos de vida, imprimem-se numa forma irreversível certos erros alimentares e “determinam-se as tendências para a obesidade”.

Parte da socialização da criança e adolescente é, também, formada nas escolas, tendo estas um papel fundamental na criação de hábitos de vida saudáveis. Desta forma, no ano lectivo

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

2001/02 dos 357 Centros de Saúde existentes em Portugal, 84% fizeram Saúde Escolar em 78% dos Jardins-de-infância (4188), em 86% das escolas do Ensino Básico e Secundário (7744) e em 43% das Escolas Profissionais (82). Os alunos abrangidos são nos Jardins-de-infância, 86%, no 1º Ciclo, 83%, no 2º Ciclo, 62%, no 3º Ciclo, 43% e no Secundário, 48%, do total de inscritos (DGS, 2004). De acordo com a mesma fonte, nas áreas da promoção e educação para a saúde, o apoio ao desenvolvimento curricular dado pelas equipas de saúde escolar, percorreu áreas diversas, tendo-se verificado, no entanto, que ao nível da educação alimentar (298 809 alunos) foi a área com um maior número de alunos. Perante estes dados, é de notar que existe um interesse bastante significativo, por parte das entidades oficiais, relativamente à educação alimentar, o que nos comprova a pertinência do estudo.

Para além destes motivos, frequentemente, nos diferentes contextos em que foi realizado ensino clínico, com crianças e jovens com excesso de peso e, muitos deles, obesos, constitui, também, uma das razões que levou a direccionar o estudo para a obesidade na adolescência.

A adolescência é uma etapa de vida complexa em que a aparência física tem um papel bastante importante, tanto para raparigas como para rapazes. Esta é uma fase da vida de crescimento em que as mudanças são constantes e em que o surgimento da obesidade vem, quase sempre, acompanhada de alterações psicológicas, uma vez que, segundo Vitolo (2003), o excesso de peso tem impacto no equilíbrio emocional dos adolescentes. Além disso, é nesta fase que se adquirem hábitos, muitas vezes errados, por irreverência e/ou afirmação pessoal, pelo que o enfermeiro deve actuar junto dos jovens, de modo a perceberem a necessidade de adoptar estilos de vida saudáveis e a tomar a decisão consciente de o fazer. A adolescência é uma idade crucial na construção de atitudes e adopção de comportamentos que vão, posteriormente, condicionar os padrões de morbidade desta faixa (Antunes e Mendes, 2004).

Segundo Fonseca (2003), a adolescência engloba os jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos, dividindo-se em três fases: adolescência inicial (10 – 13 anos); adolescência intermédia (14 – 16 anos) e adolescência tardia (16 – 19 anos).

Para melhorar a informação e a acção sobre a obesidade, deverá ser adoptada uma abordagem de promoção da saúde e preventiva do excesso de peso e obesidade, de âmbito intersectorial,

em que se deverá apostar na prevenção de doenças associadas à obesidade, como a diabetes, as doenças cardiovasculares e as osteoarticulares (DGS, 2004).

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) apresentam-se como cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade (Declaração Alma-Ata, 1978). “A rede de Cuidados de Saúde Primários promove, simultaneamente, a saúde e a prevenção da doença, bem como a gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos, tendo em conta a sua dimensão física, psicológica, social e cultural, sem discriminação de qualquer natureza, através de uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e a comunidade em que se insere” (Dec. lei nº 60/2003, de 1 de Abril, artigo 1). Estes cuidados ligam-se às condições de vida das famílias, dos grupos sociais, condições que se revelam determinantes do processo saúde-doença, em que se evidencia a dimensão social e se inserem na comunidade, devendo existir a participação directa e activa dos seus membros. Este tipo de cuidados permitem um maior contacto ao longo de todo o ciclo de vida das pessoas, sendo que a actuação da Enfermagem poderá tornar-se mais próxima e, portanto, mais personalizada.

Os centros de saúde são a base institucional dos CSP e o pilar central de todo o sistema de saúde. Estes, por estarem inseridos no meio ambiente das pessoas, podem conhecer e compreender melhor a situação de cada um, adequando mais eficientemente os cuidados de enfermagem. Os enfermeiros dos CSP deverão “contribuir de maneira muito útil nas actividades de promoção de saúde e prevenção da doença, para além das suas funções de tratamento. (...) Os enfermeiros deverão fazer aconselhamento sobre os modos de vida e factores de risco, ligados aos comportamentos, bem como ajudar as famílias em questões ligadas à saúde” (Teixeira, 2003, p.8). Os enfermeiros nos centros de saúde assumem, igualmente, um papel fundamental na planificação e articulação de cuidados, com os diversos profissionais de saúde, bem como com outros sectores e recursos da comunidade. O papel dos enfermeiros a este nível, deverá ser no sentido do desenvolvimento máximo de potencialidades da pessoa para o autocuidado, a vigilância do regime terapêutico, a identificação dos sinais de alerta e a prevenção de complicações associadas, conseguindo, através desta actuação, garantir a continuidade dos cuidados e constituindo o elemento de referência para a família (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

No âmbito deste estudo, emergiu a seguinte questão de investigação:

- quais os factores que os alunos do 4ºano do curso de licenciatura em enfermagem caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência?

São propostos os seguintes objectivos para a elaboração deste trabalho:

- Identificar os factores que os alunos do 4ºano do curso de licenciatura em enfermagem caracterizam como influenciadores da obesidade na adolescência;
- Identificar factores que os alunos do 4º ano de enfermagem caracterizam como influenciadores da intervenção do enfermeiro face à prevenção da obesidade na adolescência nos CSP.

Com vista a dar resposta aos objectivos anteriormente formulados, elaborámos um capítulo relativo ao enquadramento teórico, com a informação que é considerada pertinente para ser mobilizada ao longo de todo o trabalho, seguindo os eixos teóricos que o orientaram – Adolescência, Cuidados de Saúde Primários e Intervenção do enfermeiro face à obesidade do adolescente.

Seguidamente apresentamos o capítulo da metodologia, onde evidenciamos o tipo de estudo utilizado neste trabalho, os sujeitos do estudo, definição das variáveis atributo, instrumento de colheita de dados, pré-teste, preparação e aplicação do instrumento de colheita de dados e tratamento dos dados.

Posteriormente, surge a apresentação dos dados (Capítulo III), seguidamente, a análise e discussão dos resultados (capítulo IV), sendo o trabalho finalizado com o capítulo V, onde surgem as conclusões do estudo, assim como algumas limitações e sugestões.

I – Enquadramento Teórico

1 . Adolescência

A saúde e o bem-estar dos adolescentes são, hoje, entendidos como elementos-chave do desenvolvimento humano (DGS, 1998).

A adolescência é um período de transição entre a infância e a fase adulta que se estende aproximadamente dos 10 aos 19 anos, caracterizado por um intenso crescimento e desenvolvimento. São várias as alterações que ocorrem nesta etapa, tanto de ordem biológica, cognitiva, psicológica e social. Estas alterações são, segundo Fonseca (2003), consideradas universais, contudo, o contexto em que os adolescentes se desenvolvem são diferentes, uma vez que dependem de factores de ordem cultural, socioeconómica e familiar, bem como relativos à saúde e à doença, os quais irão naturalmente exercer uma influência determinante no desenvolvimento do adolescente.

Nesta fase ocorre o crescimento físico, assim como o amadurecimento, verificando-se mudanças aceleradas na capacidade física e anatómica do jovem. Vários sistemas biológicos entram em funcionamento e influenciam todo o organismo. As glândulas endócrinas, anteriormente inactivas, começam a produzir hormonas que provocam alterações específicas nos padrões de crescimento e na aparência física. As características sexuais secundárias, como o desenvolvimento genital, a alteração da pilosidade e da voz, tornam-se visíveis e a criança torna-se fisicamente adulta (Zal, 1992, pp.42-43).

É uma fase de mudança, em que as alterações fisiológicas e anatómicas podem contribuir para um sentimento de confusão e/ou ansiedade sobre o corpo. As modificações do corpo parecerão misteriosas, confusas e ameaçadoras, o que pode ser aumentado por informações inadequadas e falta de apoio dos pais, professores e profissionais de saúde.

Contudo, crescer é mais do que desenvolver-se fisicamente. Os primeiros anos de vida da adolescência não são fáceis para a maioria dos jovens, isto porque as transformações rápidas a nível físico nem sempre são acompanhadas de um crescimento psicológico ao mesmo ritmo

(Fonseca, 2003). Assim, estas mudanças são muitas vezes confusas e assustadoras para os jovens, podendo acarretar, a nível psicológico, alterações da auto-estima e da imagem corporal. Esta imagem está relacionada com a percepção do corpo, que, nos adolescentes, é um factor de extrema importância e influencia o seu comportamento. Estas preocupações, nomeadamente, com o peso podem estar relacionadas com as mensagens de beleza padronizada em geral, veiculadas e divulgadas nos meios de comunicação.

O desenvolvimento psicológico do adolescente ocorre através de uma sucessão de experiências intrapsíquicas no sentido do “afastamento” progressivo dos pais, do ambiente e dos valores da infância, o que, muitas vezes, pode ser doloroso, uma vez que significa uma mudança das relações afectivas, até então mantida com os pais, ampliando-se a socialização para fora da família.

A família é um pilar importante nesta etapa, mas por vezes um conselho ou opinião também pode não ser bem aceite se dado pelos progenitores, os adolescentes procuram a sua autonomia e independência perante os progenitores, verificando-se, pois, algumas mudanças no modelo das relações com os pais, o que afecta tanto o filho como o progenitor. Segundo Zal (1992), uma das principais tarefas do adolescente é separar-se dos pais e encontrar a sua própria identidade, pelo que este distanciamento é difícil, mas necessário, na direcção da maturidade. É, pois, característica dos períodos de transição que o adolescente se sinta impaciente, frustrado, intolerante, desorganizado e confuso, na medida em que está a adaptar e a reestruturar o seu comportamento para seguir um novo rumo na sua vida. Quando o adolescente não consegue lidar com estas situações, surgem, pois, como consequências, a depressão e a solidão.

Para Erikson (citado em Zal, 1992) o desenvolvimento da personalidade atravessa uma sequência de oito crises psicossociais ou estádios ao longo do ciclo de vida, desde a infância à velhice. Ele designou a crise própria deste período «identidade *versus* confusão» de papéis. De facto, o mesmo autor refere que tanto os rapazes como as raparigas, quando crescem, preocupam-se frequentemente com o que os outros vêem ou podem dizer acerca deles e com a imagem que têm de si próprios, sendo que tudo isto faz parte da procura da identidade pessoal. As exigências físicas, sexuais e sociais que são feitas ao adolescente podem provocar

conflitos internos, uma crise de identidade que requer que o adolescente desenvolva um novo autoconceito.

Uma luta interior do adolescente leva-o a desafiar todos os costumes e princípios básicos da vida. A vida familiar passa a competir com os rituais e ideologias de grupo. De facto, o grupo de pares tem grande influência na forma como o adolescente vivencia esta fase particular da sua vida. Muitas das dúvidas e incertezas do adolescente resolvem-se a partir do momento em que este passa a pertencer a um grupo, uma vez que os amigos substituem agora a família no papel de apoiar o jovem. “A pertença a um grupo estabelece a transição de um papel como criança e membro da família para o papel de um adulto independente” (Zal, 1992, p.47). Este auxilia o adolescente a estabelecer relações pessoais e sociais saudáveis e significativas, as quais envolvem muito mais do que apenas aprender a lidar com as outras pessoas. “Com os amigos, partilham-se os sentimentos mais profundos e íntimos, adquire-se a capacidade de conhecer os sentimentos dos outros e de saber como reagir de forma compreensiva” (Zal, 1992, p.48).

O grupo de pares é o seu suporte na procura da sua identidade, contudo, pode exercer pressão sobre determinadas escolhas. Quando um membro do grupo começa a fumar ou a experimentar drogas ou álcool, outros do grupo podem segui-lo, o que também se verifica relativamente a outros comportamentos, como por exemplo, a escolha e os hábitos alimentares. Só após os adolescentes terem atingido a sua própria identidade terão a capacidade para afirmar a sua independência e ultrapassar este tipo de pressões de grupo (Bolander, 1998).

Actualmente, a esmagadora taxa de morbilidade e mortalidade dos adolescentes é resultado dos estilos de vida praticados, pelo que a adolescência se torna um período repleto de ameaças à saúde e ao bem-estar desta etapa de vida, como é o caso da obesidade. Nóbrega (1998) refere que esta etapa de vida é, pois, uma das fases mais propícia para o desenvolvimento da obesidade, devido ao aumento fisiológico do tecido adiposo e pelos distúrbios emocionais comuns neste período.

A presença de um adulto compreensivo será benéfica para o adolescente, uma vez que ajuda na interpretação das alterações vividas de uma forma amigável e casual. Os pais assumem um

importante papel, nesta etapa, em que os jovens precisam de alguém que lhes assegure que as mudanças físicas estão dentro dos padrões normais de crescimento. É o bem-estar que lhes vai permitir reunir esforços para confrontar e superar os desafios, pelo que o grau de apoio e oportunidades disponíveis para os adolescentes pode afectar o florescer do seu potencial.

1.1. Obesidade na adolescência

A obesidade, considerada pela OMS (1999) a ‘doença do século XXI’, é definida como a doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde, tanto mais que, uma vez instalada, tende a autoperpetuar-se, constituindo-se como uma verdadeira doença crónica. Segundo Nóbrega (1998), a obesidade é considerada um distúrbio no metabolismo energético, onde ocorre armazenamento excessivo de energia sob a forma de triglicéridos, no tecido adiposo, que, frequentemente prejudica a saúde.

Esta patologia tem uma elevada prevalência no nosso país, em todas as faixas etárias, correspondendo, segundo Black e Matassarini-Jacobs (1996), a um peso igual ou superior a 20% que o peso desejável para pessoas de determinado sexo e altura. Quando falamos de obesidade estamos a falar de excesso de gordura, no entanto, aquilo que é medido, em termos clínicos e epidemiológicos, é o peso do indivíduo, estabelecendo-se a sua relação com a altura. Podemos calcular o Índice de Massa Corporal (IMC) através da seguinte fórmula:

$$\text{Índice de Massa Corporal} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Estatura (metros)}^2}$$

sendo que, quando o IMC se situa entre o percentil 85 e 95 de acordo com a idade e sexo considera-se excesso de peso. Quando o IMC se encontra acima do percentil 95 de acordo com a idade e sexo, considera-se obesidade (DGS, 2006).

A obesidade é um grave problema de saúde pública, sendo um dos transtornos nutricionais mais frequentes nas crianças e adolescentes, que tem vindo a aumentar a passo rápido nos países ocidentais, como o nosso. Há uns anos atrás, o excesso de peso nas crianças e jovens era sinal de boa saúde, contudo, actualmente sabe-se que a obesidade provoca problemas

imediatos e futuros. Estima-se que, nestes países, 10 a 20% dos adolescentes são obesos e que cerca de 80% destes adolescentes obesos irão ser adultos obesos (Black e Matassarini-Jacobs, 1996). Embora as crianças tenham menos problemas de peso do que os adultos, as que têm excesso de peso correm sérios riscos de se tornarem adolescentes e adultos obesos e de terem uma saúde débil. Por esta razão, a obesidade nos jovens tornou-se uma prioridade para intervenção na saúde pública, como prova as mudanças introduzidas no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil da DGS.

A obesidade pode ser uma característica/sintoma de algumas doenças, no entanto, na grande maioria dos casos, ela resulta de uma combinação de factores, de ordem genética, alimentar, ambiental e cultural (Fonseca, 2003).

Relativamente à componente hereditária/genética, Nóbrega (1998) afirma que o factor de risco mais importante para a obesidade é a frequência entre os familiares, pela soma da influência genética e dos factores ambientais. O risco de uma pessoa ser obesa aumenta em função da obesidade dos pais: é baixo quando nenhum dos pais é obeso, alto quando apenas um é obeso e muito alto quando ambos o são, o que se confirma com um estudo efectuado por Mayer (s.d. citado em Black e Matassarini-Jacobs, 1996). Este refere que quando um dos pais é obeso, a probabilidade do filho se tornar obeso é de 40%, sendo que essa proporção aumenta em 80% quando o casal é obeso, pelo que os pais deverão ter conhecimento desse risco, no sentido da sua prevenção. Por outro lado, segundo Peres (1982), as pessoas que possuem um número anormalmente elevado de células gordas, têm predisposição para a obesidade, sendo que esse acréscimo de número de células adiposas depende de alterações hereditárias. De facto, segundo Mitchell, Rymberg, Anderson e Dibble (1978), as pessoas obesas têm células adiposas maiores e em maior número comparadas com as células adiposas em pessoas não obesas. Este facto comprova que as pessoas obesas têm maior predisposição de vir a ter descendentes com excesso de peso.

Apesar de se confirmar que os factores genéticos influenciam bastante a predisposição para a obesidade juvenil, há que ter em conta que a genética nem sempre explica o alargamento do fenómeno, registado nos últimos anos, uma vez que a alimentação efectuada, bem como os estilos de vida acelerados e os horários irregulares com perda de algumas refeições importantes, tem grande contributo para a obesidade.

A alimentação excessiva, petiscos, guloseimas, bolos, chocolates, salgadinhos, *fast-food* e álcool, entre outros, levam à ingestão de alimentos em quantidade superior às necessidades do organismo, o que caracteriza uma alimentação com alto conteúdo calórico, mas com baixo valor nutritivo (Fonseca, 2003).

Na adolescência as necessidades nutricionais são mais elevadas do que em qualquer outra etapa do ciclo de vida, pelo que, uma boa alimentação nesta fase é fundamental, não só para que o adolescente alcance todo o potencial de crescimento e goze uma boa saúde durante este período, mas também como prevenção de diversas doenças crónicas na idade adulta. A obesidade não se instalará se a relação entre calorias alimentares e gastos de energia se mantiver equilibrada, uma vez que “quem engorda, come para além do que necessita”, isto é, o facto de um alimento engordar ou não, depende das quantidades que se consome (Peres, 1982, p.41).

Para implementar uma alimentação equilibrada não basta valorizar uma ingestão calórica adequada à idade, ao peso, ao sexo e à actividade, mas é, também, importante conhecer os padrões alimentares tradicionais na comunidade e os regimes que são seguidos na família, na escola e no grupo de pares.

Verifica-se, também, uma diminuição progressiva da actividade física, característica dos padrões urbanos de vida actuais. Segundo Peres (1982), a obesidade é tanto mais frequente quanto maior é o consumo de alimentos e mais reduzida a actividade física, uma vez que quando a alimentação fornece mais calorias do que o organismo consome, a energia excedente acumula-se sempre sob a forma de gordura. Efectivamente, os padrões e níveis de actividade física nacionais, indicam uma população eminentemente sedentária, nomeadamente as mulheres, os mais velhos e os de menor escolaridade (Escrivão e Lopez, s.d. citado em Nóbrega, 1998). Também os adolescentes são cada vez mais sedentários, sendo que a prática de exercício físico não é muito frequente. Os adolescentes obesos cansam-se mais que os não obesos ao realizar exercícios pois a capacidade de fornecer oxigénio aos músculos diminui mais rapidamente.

O sedentarismo crescente da sociedade leva a uma menor necessidade de calorias. Esse sedentarismo deve-se, segundo Peres (1982, p.77), em grande parte, à mecanização da

agricultura e da indústria, pois “os grandes esforços físicos, característicos de profissões pesadas, praticamente deixam de ser necessários”. Assim, todas as profissões e todos os estratos sociais tendem para uma vida menos activa, cada vez mais sedentária, o que também se verifica nas actividades de lazer. Estilos de vida sedentários com meios de transporte motorizados e diversos aparelhos que têm vindo a substituir a mão-de-obra humana, bem como outras actividades fisicamente inactivas (ver televisão e jogar computador) têm vindo a aumentar nas últimas décadas. Tudo isto reduziu marcadamente as necessidades energéticas do corpo, porém, de modo geral, os hábitos alimentares não mudaram suficientemente para acompanhar o decréscimo das necessidades energéticas.

De acordo com os dados recentes de Nielsen em Portugal, um estudo realizado em 1992, com alunos do 1º, 2º e 3º ciclos, revelou que o tempo de visionamento televisivo diário era, em média, de 2 horas durante a semana e 3,5 horas no fim-de-semana. Estes números não contemplam o tempo gasto a ver filmes de vídeo, ouvir música ou vídeos de música e a jogar jogos de vídeo ou computador e a navegar na Internet. Assim, o indivíduo quando termina o ensino secundário passou cerca de 3 anos a ver televisão (Mendes e Fernandes, 2003). As mesmas autoras dizem-nos que a diminuição do gasto energético deve-se à substituição de actividade física pela televisão e o aumento da ingestão alimentar, ou durante a observação, ou por estímulo da publicidade alimentar. Além disso, a obesidade nas personagens desses anúncios televisivos é muito menos frequente do que na população em geral pelo que a mensagem implícita pode querer traduzir que é possível comer tão frequente e erradamente e manter-se magro. “A publicidade de alimentos ricos em gordura e açúcar tem um grande impacto sobre o hábito alimentar das crianças” (Dietz e Gortmaker, 1985, citado em Vitolo, 2003). Segundo um estudo da Associação Portuguesa para a Defesa dos Consumidores - DECO (2005), as televisões portuguesas dedicam uma parte significativa, durante a programação infantil, a anúncios publicitários, sendo a maioria destes a produtos alimentares, cujo consumo deve ser reduzido numa dieta alimentar saudável e equilibrada. Além disso, a maioria dos anúncios referia-se a chocolates, cereais com açúcar, *fast-food* e alimentos ricos em gorduras, ou seja, produtos pouco interessantes numa dieta saudável. Contudo, Andrade (2005) refere que a influência da publicidade nos hábitos alimentares dependerá dos pais acederem ou não aos pedidos das crianças, embora este papel mediador diminua com o desenvolvimento da autonomia da criança e do adolescente.

É de notar que quantas mais horas se gasta a ver televisão, mais peso a pessoa tem. A relação directa entre essa prática e a obesidade é justificada pelo facto da pessoa que está a ver televisão apresentar um consumo energético menor do que se estivesse apenas deitada, a pensar (Vitolo, 2003).

Os meios de comunicação social, em particular a televisão, na sua função de lazer, de formação e de informação desempenham hoje um papel determinante no processo psicossocial de formação dos indivíduos. Muitos adolescentes elegem a televisão como principal actividade de lazer, em detrimento da prática de exercício físico, da leitura e de outras que estimulam a criatividade e a sociabilidade. Vários estudos apontam para o uso excessivo da televisão como um dos principais factores responsáveis pela obesidade na adolescência, bem como o uso excessivo de outros equipamentos como vídeo, videojogos e internet (Mendes e Fernandes, 2003).

A televisão é, actualmente, a principal companhia diária para muitos adolescentes, grupo etário bastante vulnerável e mais susceptível a ser influenciado no seu comportamento e na sua personalidade. Os potenciais efeitos negativos da exposição televisiva são preocupantes não apenas pelo conteúdo em violência, não só física, mas também psicológica e social.

Os factores ambientais são, portanto, determinantes para o aparecimento e permanência da obesidade e incluem, então, a publicidade a produtos hipercalóricos por parte dos *media* ou influências sociais. Além disso, os adolescentes têm ao seu dispor nas cantinas das escolas, alimentos pouco saudáveis, ricos em gorduras e açúcares, doces e refrigerantes.

Analisando o contexto cultural, segundo Nóbrega (1998), as alterações da dinâmica familiar, particularmente do vínculo mãe-filho, também contribuem de forma significativa para a instalação e manutenção da obesidade na infância, constituindo-se como um factor cultural. Aguiar (1997, citado em Vianna, 2003), afirma que culturalmente é a mãe quem adquire e confecciona os alimentos que os filhos irão comer, pelo que as características psicológicas dos pais ou somente da mãe têm um forte efeito sobre o comportamento psicológico da criança e a sua relação dietética. De facto, a maioria dos adolescentes portugueses tem uma alimentação monótona e pouco imaginativa, sendo que a hora da refeição foi perdida na maioria das famílias. “O convívio em torno da mesa, oportunidade única de interacção, foi substituído

pela televisão ligada na hora da telenovela. Em situações extremas já nem sequer há hora de refeição, preparando cada um os alimentos, à hora que para si é mais conveniente” (Fonseca, 2003, p.41).

A obesidade é fortemente influenciada pela cultura vigente numa determinada sociedade, já que esta determina os padrões alimentares, a forma de produção e processamento dos alimentos. Por outro lado, as características físicas de um país são, também, influências marcantes no hábito alimentar das pessoas (Krause e Mahan, 1991). Perante uma cultura altamente consumista, até no relacionamento social, costumamos servir às nossas visitas e amigos refeições com alto teor calórico.

1.2. Consequências da obesidade na adolescência

Todos estes factores contribuem, assim, para a obesidade do adolescente, sendo que esta doença poderá ter várias consequências nocivas para a saúde dos indivíduos que a possuem. Segundo Peres (1982, p.31), a obesidade encurta a vida e eleva o risco de doença e de incapacidade, “aumenta a susceptibilidade para se padecer de doenças e aumenta a sua gravidade e duração”. As doenças que mais afectam as pessoas obesas são as seguintes: diabetes, doenças cardiovasculares de natureza aterosclerótica, complicações ortopédicas, alterações dermatológicas, AVC's, hipertensão arterial, doença venosa com ou sem varizes, cancro de cólon e gota, entre outras (Peres, 1982). “O obeso cansa-se facilmente devido ao excesso de peso que carrega, ao aumento de trabalho exigido ao coração, à falta de hábito de exercício físico” (Correia, 1981, p.122). Segundo Nóbrega (1998), no caso dos adolescentes, a obesidade é a principal causa de hipertensão arterial, sendo que cerca de 25% destes podem ter complicações cérebro-vasculares e cardiovasculares. O excesso de peso confere, ainda, ao adolescente uma “aceleração da maturação óssea e o adiantamento do processo de puberdade” (Vitolo, 2003, p.230). Além disso, o adolescente obeso tem ainda o risco de desenvolver ou exacerbar a asma, aumento do risco de diabetes e alterações ortopédicas (Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo, Sub-região de Saúde de Santarém, 2005).

Para além das referidas consequências físicas, a obesidade tem, também, múltiplas consequências psicológicas, sociais e económicas (SPCO, 2002, citado em Gomes *et al*, 2004). De acordo com Kawachi (1990, citado em Barbosa, 2001), a obesidade no adolescente

também poderá provocar redução na qualidade de vida deste e contribuir para o desenvolvimento de respostas emocionais inadequadas. De facto, a obesidade poderá aumentar os riscos de dificuldades psicológicas, como distúrbios na auto-imagem e na imagem corporal, além de dificuldades diversas no relacionamento com os pares. O impacto da obesidade no adolescente associado ao desenvolvimento psicossocial na adolescência é bastante complexo devido à caracterização desta fase como um período de grande instabilidade pessoal, social e familiar, além das mudanças físicas decorrentes da transformação do corpo. O excesso de peso tem, pois, repercussões a nível do equilíbrio emocional das crianças e adolescentes, como a perda de autoconfiança, a baixa auto-estima ou discriminação social, o que é particularmente preocupante nesta fase em que o adolescente está a construir a sua identidade pessoal.

Neste sentido, segundo Vitolo (2003), os indivíduos com excesso de peso estão mais sujeitos a fazer dietas, o que, na verdade, é o principal factor desencadeador de alterações psicológicas e, inclusive, de depressão. “Sentimento de culpa e vergonha pela inabilidade ou incapacidade de controlar o apetite podem afectar a auto-estima de pessoas obesas” (Wadden e Stunkard, 1993, citado em Vitolo, 2003, p.233). Existem, frequentemente, várias dificuldades comportamentais e relacionais ligadas ao adolescente obeso, como baixa auto-estima, rejeição dos colegas, dificuldade em namorar, solidão, depressão, agressividade e padrões inadequados de relacionamento familiar (Muller, 1999, citado em Barbosa, 2001). Efectivamente, cada vez mais a imagem é uma preocupação dos adolescentes, sendo que a obesidade poderá ser responsável não só pelo seu isolamento social como, também, pela sua exclusão por parte dos grupos.

Assim, o adolescente obeso pode apresentar um sofrimento psicológico decorrente dos problemas relativos ao preconceito e estigma social com a obesidade e também com características próprias do seu comportamento alimentar.

A obesidade provoca, frequentemente, transtornos no esquema corporal do obeso, caracterizados por distúrbios no reconhecimento das medidas e funções corporais, e na discriminação do seu papel sexual. Ferriani *et al* (2004), concluíram, a partir de um estudo que elaboraram, que os adolescentes obesos apresentam sentimentos conflituosos relativamente ao seu corpo, manifestando o receio explícito de se olharem no espelho, devido

à insatisfação corporal e à rejeição do próprio corpo. O adolescente obeso começa, então, a perceber que o seu corpo não corresponde ao idealizado por si e também pelo grupo de pares e é, frequentemente, através da comparação com os outros adolescentes, que ele começa a assumir um importante papel de insatisfação com o próprio corpo e rejeição por parte da turma. Consequentemente, verifica-se a depreciação da própria imagem física, que faz com que os obesos se sintam inseguros, no seu relacionamento com os outros, imaginando que estes os vêem com hostilidade e desprezo.

Efectivamente, o jovem obeso tem dificuldade em obter prazer nas relações sociais, encontrando o seu refúgio na alimentação. Santos (1974, pp.17 e 18), afirma que se a pessoa se sentir bem consigo própria e com o seu aspecto físico, viverá com “mais vitalidade, ânimo e optimismo”, sendo que “entre a mente e o corpo existe uma relação íntima (...) o estado da mente influencia a saúde”. Correia (1981) afirma, ainda, que a obesidade deve evitar-se, não só pelas suas consequências, mas também pelas razões estéticas que acarreta, o que poderá ter implicações a nível da auto-imagem da pessoa.

Para além destas consequências da obesidade, do ponto de vista da mortalidade e morbilidade, a obesidade está ligada a uma grande mortalidade e morbilidade, sendo que as complicações associadas podem ser responsáveis por 5 a 10% dos custos de saúde. Dados do Instituto Nacional de Saúde mostram que em Portugal o total de custos com a obesidade atinge os 235 milhões de euros por ano. O peso destes números levou a que as instâncias nacionais de saúde começassem a encarar a obesidade como um problema de saúde pública e a tomar medidas para a combater e, sobretudo, prevenir (ADEXO, 2005). A obesidade é, pois, um problema cada vez mais actual que merece a atenção de todos, sendo que o penúltimo sábado do mês de Maio de cada ano é o Dia Nacional de Combate à Obesidade.

Desta forma, torna-se importante intervir o mais precocemente possível ao nível dos CSP no sentido de prevenir/reduzir a obesidade na adolescência.

2. Cuidados de Saúde Primários

A prestação de cuidados de saúde ao nível dos CSP é prioritária, na medida em que é neste nível do sistema de saúde que deverão encontrar-se as respostas à maioria das necessidades em saúde da população. Segundo Collière (2001, p.263), estes cuidados são “essenciais, universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, por meios que lhes são aceitáveis, com a sua plena participação e a um custo acessível para a comunidade e para o país”.

Segundo a Declaração de Alma-Ata (ponto VI e VII), os CSP são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, fazendo parte integrante do sistema de saúde do país e representando o primeiro nível de contacto com a pessoa, a família e a comunidade, os CSP devem ser levados o mais próximo possível dos locais onde as pessoas vivem e trabalham.

A rede de prestação de CSP visa, então, promover o desenvolvimento de intervenções centradas na pessoa, respectiva família, comunidade e grupos em que se insere, ao longo de todo o *continuum* de cuidados, desde o nascimento até à morte. É uma vasta articulação de serviços prestados ao cidadão, constituindo-se o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde e reflecte as condições económicas e as características sócio-culturais e políticas do país e suas comunidades. Tem como missão constituir a primeira linha e a base de toda a rede de cuidados de saúde em geral, tendo como principal referência a acção dos centros de saúde. É constituída pelos centros de saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), que têm como objectivo primordial a melhoria do nível de saúde da população da sua área geográfica, que engloba, em princípio, o concelho e as freguesias que o integram, ou outra que seja definida no âmbito da respectiva Administração Regional de Saúde (ARS) como sua área de influência. Por outro lado, é, ainda, constituído pelas entidades do sector privado que prestam cuidados a nível primário a utentes do SNS (Dec.-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, Artigo 1.º e 6º).

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

Os cuidados prestados são vastos e complexos, incluindo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, diagnóstico e prestação de cuidados curativos, assim como a reabilitação, a prestação de cuidados à pessoa em estadios finais de vida (cuidados paliativos) e o desenvolvimento de medidas de protecção a grupos sociais vulneráveis, nomeadamente às crianças, aos idosos e aos deficientes, entre outros.

Desta forma, esta rede visa providenciar cuidados de saúde aos cidadãos, através de equipas multidisciplinares, em articulação permanente com os cuidados de saúde diferenciados e outros recursos da comunidade. Tem, assim, como finalidade alcançar um “potencial de saúde para todos, através da promoção e protecção da saúde dos indivíduos ao longo da vida e da redução da incidência e dos danos relativos às principais doenças e lesões assente numa estratégia fundamental que consiste no reforço dos Cuidados de Saúde Primários orientados para a comunidade e família.” (OMS, 1998). Assim, promove, simultaneamente, a saúde e a prevenção da doença em todos os níveis de prevenção, bem como a gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos, tendo em conta a sua dimensão física, psicológica, social e cultural, sem discriminação de qualquer natureza, através de uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e a comunidade em que se insere (Dec.-Lei n.º 60 /2003, de 1 de Abril, Artigo 1º, ponto 3).

“Os centros de saúde representam as instâncias em que podem concretizar-se melhor os princípios da intersectorialidade e da participação juvenil” (DGS, 1998, p.37). Esta maior proximidade entre os centros de saúde e os adolescentes favorece as acções de promoção da saúde e de cuidados antecipatórios (DGS, 1998).

“Ao intervir simultaneamente sobre o indivíduo, o grupo e o ambiente, a Saúde Escolar contribuirá para a redução do risco e da vulnerabilidade perante a doença, a alteração dos padrões de morbimortalidade e a promoção da saúde, pelo que deve ser considerada uma prioridade nacional” (Direcção Geral de Saúde, 1996, p.3).

A intervenção perante os jovens sairá reforçada e potenciada pela acção dos profissionais de saúde que, conjuntamente com professores e outros profissionais, trabalhem no âmbito do Programa de Saúde Escolar. Realmente, a satisfação das

necessidades do jovem não pode ser abordada por um só profissional, mas sim por uma equipa de saúde, que aglutina profissionais de categorias e formações diferentes em torno de propósitos comuns que culminam na prestação de cuidados ao mais alto nível; para tal, os profissionais têm de complementar, articular e depender uns dos outros (Pinto, Ferreira A., Ferreira L., Pereira, Pedrosa e Vendeiro, 2006). Assim, os professores, enfermeiros e médicos podem ser figuras de identificação para o jovem, pois, ao contrário dos pais, estes são capazes de maior objectividade e não representam autoridade opressora. “Conseguem, muitas vezes, aconselhar, ajudar, servir de consultor e reforçar o amor-próprio, quase como um mentor. Como modelos, podem estimular talentos e a criatividade, partilhar passatempos e ensinar técnicas úteis para resolver problemas” (Zal, 1992, pp.47-48).

A escola deixou de ser apenas o espaço de instrução e da socialização, para ter que se ocupar também da educação em sentido amplo. Entre as diversas vertentes, a educação para a saúde ocupa um papel determinante. Desta forma, a contribuição conjunta dos pais e profissionais de saúde, com a escola para o desenvolvimento de crenças que promovam uma alimentação adequada nos seus filhos é um aspecto fundamental, e que está directamente relacionada com a informação e crenças parentais. Este contexto poderia desempenhar um papel influenciador único nas opções alimentares dos jovens. Constitui um espaço privilegiado onde, para além de se fornecer informação, é possível partilhar experiências e trabalhar em projectos comuns como, por exemplo, a participação dos alunos na elaboração dos menus do refeitório da escola (Mendoza, 1990). De facto, as escolas promotoras de saúde são o modelo actualmente mais recomendado para promover a saúde e a educação para a saúde dos alunos (OMS, 2001, citado em Precioso, 2004).

As necessidades e os problemas de saúde das crianças e dos jovens, alguns deles decorrentes e outros agravados pelo processo de escolarização, justificam, dadas as suas características, a generalização de actividades de CSP a todos os estabelecimentos de ensino (DGS, 1996, p.3). Assim, a saúde escolar poderá contribuir para elevar o nível educacional e de saúde da população, o que desempenhará um importante papel no desenvolvimento global das crianças e jovens portugueses.

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

Com o Programa de Saúde Escolar pretende-se “apoiar os alunos na descoberta do valor do seu potencial de saúde e na adopção de respostas adequadas e construtivas aos desafios do quotidiano”. Neste sentido, procura-se proporcionar competências de autonomia, responsabilidade e sentido crítico indispensáveis à opção e adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, bem como saberes e resistências que lhes permitam contactar e conviver diariamente com múltiplos factores de risco sem que se verifiquem prejuízos para a saúde (DGS, 1996, p.5).

As actividades preconizadas pelo Programa-Tipo de Saúde Escolar incluem o desenvolvimento de temas curriculares relacionados com a saúde, como hábitos alimentares, prática desportiva, higiene e consumos nocivos. Neste sentido, os enfermeiros devem promover a satisfação destas necessidades.

No próximo capítulo irá ser abordada, então, qual a intervenção que os enfermeiros deverão adoptar para prevenir e combater a obesidade no adolescente ao nível dos CSP, no sentido de melhor perceber o que poderá ser feito na prevenção/combate à obesidade

3. Intervenção do enfermeiro nos CSP face à obesidade do adolescente

Os CSP estão envolvidos numa equipa multidisciplinar. O trabalho de equipa é requisito e estratégia impreterível para a consecução de muitos dos esforços e cuidados empreendidos pelos enfermeiros, em que os problemas levantados são abordados em várias frentes de acção, ao invés da sua abordagem ser endossada a apenas uma determinada frente de actuação, para que nenhuma faceta do processo de prestação de cuidados seja sobrevalorizada enquanto outras são subvalorizadas (Pinto *et al*, 2006). O todo é mais que a soma das partes, sendo que o trabalho produzido em equipa oferece, em termos genéricos, maiores recursos para a resolução de problemas, assim como maior estímulo à produtividade, um aperfeiçoamento do processo decisório, um maior compromisso dos vários membros da equipa para com a pessoa, um aumento da motivação e disciplina dos membros (Schermerhorn, 1995, citado em Pinto *et al*, 2006).

Os enfermeiros devem, pois, assegurar a intervenção a nível primário, secundário e terciário, no intuito da satisfação global da pessoa, de acordo com as suas necessidades efectivas (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Segundo Stanhope (1999), os cuidados de saúde primários abrangem um conjunto de serviços globais que intervêm nos três níveis de prevenção:

Nível primário – cuidados que se direccionam para a prevenção do aparecimento de doença; reduzir a probabilidade de ocorrência de uma doença específica. Incluem-se actividades de promoção da saúde e medidas de protecção específicas.

Nível secundário – destinam-se a detectar precocemente a doença e tratá-la de seguida. São um conjunto de actividades de prevenção de doença.

Nível terciário – são cuidados que se orientam para a limitação da incapacidade e reabilitação, no sentido de prevenir a progressão da doença, ou da manutenção da qualidade de vida, quando o processo de doença é irreversível.

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

São vários os factores que condicionam a saúde das pessoas, como aspectos biológicos, do meio ambiente e os modos de vida da comunidade, pelo que se torna importante a preservação da saúde. Esta preservação faz-se através da promoção da saúde, que se verifica transversal aos três níveis de prevenção. Segundo a OMS (1986), a promoção da saúde tem como objectivo primordial incentivar a prevenção da doença, através do estímulo à adopção de hábitos e comportamentos saudáveis. Para além disso, proporciona às pessoas os meios necessários para melhorar a sua saúde e exercer um maior controlo sobre esta, actuando sobre os factores de risco de modo a evitá-los.

Segundo a Carta de Ottawa (OMS, 1986), promoção da saúde é um processo de capacitar as pessoas a aumentar o controlo sobre a saúde e melhorá-la. Assim, visa criar a nível individual e sistémico um sistema de saúde que permita a cada pessoa prevenir a doença e promover e proteger a sua saúde, através da adopção de estilos de vida saudáveis.

No Plano Nacional de Saúde 2004-2010 estão contempladas estratégias e orientações no sentido de reforçar as acções de promoção da saúde, em que uma das prioridades dos profissionais de saúde deverá ser relativa ao incentivo de uma nutrição saudável e de actividade física regular.

Uma das vias para promover a adopção/modificação de comportamentos é a educação para a saúde.

Segundo Precioso (2004), é actualmente visível que o campo de acção da educação para a saúde é toda a comunidade, em que, qualquer que seja a pessoa, a sua idade, sexo e condição económica, deve beneficiar da educação para a saúde.

Esta, pelo impacto positivo que tem na saúde das pessoas, deve ser um direito, e deve começar na família, continuar em todas as fases do sistema de ensino (desde o básico até ao universitário), prolongar-se no local de trabalho, na comunidade, nos meios de comunicação social, entre outros (OMS, 1986, citado em Precioso, 2004).

O enfermeiro poderá e deverá apostar em sessões de educação para a saúde. Estas sessões surgem como uma estratégia de promoção de bem-estar que, segundo Liedekerken (1990),

visam o desenvolvimento de consciência crítica e auto-estima positiva e o aumento das capacidades individuais da pessoa. Deste modo, podemos verificar que educar para a saúde é mais do que modificar comportamentos e estilos de vida que se relacionam com problemas de saúde, pois através desta procura-se inculcar nas pessoas uma maior responsabilidade em termos de opções relativas à sua saúde e bem-estar. A pessoa deve, pois, adoptar comportamentos saudáveis de forma consciente e conhecer os benefícios que essa escolha trará para a sua saúde.

O enfermeiro deverá inculcar às pessoas a necessidade de auto-participação e de auto-responsabilização no processo de cuidados, sendo que o profissional de saúde deverá trabalhar com estas no sentido de criar condições para que estas controlem a sua saúde (Custódio e Cabrita, 2002). Na educação para a saúde, o enfermeiro deverá ajudar a pessoa a descobrir as próprias capacidades e a promover a sua autonomia e auto-confiança, valorizando o esforço pessoal e a responsabilidade da pessoa, como meio de auto-realização.

O processo de educação para a saúde varia de acordo com os conhecimentos, as necessidades e a motivação das pessoas para aprenderem e optarem por comportamentos mais indicados para um melhor nível de saúde. Deste modo, as metas a atingir deverão ser definidas em comum acordo com as pessoas a quem se dirigem. De facto, os serviços de saúde detêm uma grande responsabilidade na promoção da saúde, mas esta não depende, apenas, deste sector e necessita da participação activa de outras estruturas da comunidade, nomeadamente, as escolas.

Uma das áreas de intervenção do enfermeiro da comunidade é a saúde escolar. A promoção da educação para a saúde em meio escolar é um processo em permanente desenvolvimento devendo ser da responsabilidade da área da Educação e da Saúde. Este é, pois, um assunto cada vez mais actual, sendo que recentemente foi assinado um novo protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, que realça a importância da parceria entre as escolas e os centros de saúde com o intuito da partilha de responsabilidades face à promoção da saúde da comunidade (Ministério da Saúde, 2006). É nesta perspectiva que a UNESCO e a Oficina Internacional de Educação e da Saúde recomendam que a saúde se deve aprender na escola da mesma forma que todas as outras ciências sociais. Da mesma forma que o aluno aprende e adquire os conhecimentos científicos e os hábitos sociais que lhe permitirão

enfrentar os problemas da vida na comunidade, também deve aprender e adquirir os conhecimentos e os hábitos higiénicos e de saúde em geral (Sanmarti, 1988; Pardal, 1990, citados em Precioso, 2004). Assim, conseguirá alcançar o maior grau possível de saúde, física, mental e social.

A promoção da saúde é uma tarefa que a todos diz respeito e se concretiza através da acção de cada um de nós e nos diferentes contextos ambientais que nos rodeiam. Assim, a saúde do indivíduo depende não só da sua escolha individual em adoptar comportamentos de saúde ou de risco, mas também do meio ambiente, no qual está envolvido e da capacidade deste meio em permitir escolhas saudáveis.

Deste modo, qualquer programa de Promoção e Educação para a Saúde deve visar quer acções sobre os indivíduos, como também acções sobre o ambiente e sistema social e político em que este se encontra inserido (Matos *et al*, 1998). Através dos programas de educação para a saúde deve-se preparar o adolescente para que, ao deixar a escola, seja capaz de cuidar da sua própria saúde e da dos seus semelhantes e sobretudo, adoptar um estilo de vida que comporte o objectivo de se adquirir uma saúde plena – o desenvolvimento de todas as possibilidades físicas, mentais e sociais (Precioso, 2004).

Cabe, pois, aos serviços de saúde e a todos os agentes informativos e educativos da população, esclarecê-la da forma como pode escolher, adoptar e assumir as opções mais saudáveis e desejáveis dentro do estilo de vida próprio de cada pessoa, numa perspectiva de melhoria contínua de qualidade e do controlo dos riscos associados ao excesso de peso e à obesidade. São, indubitavelmente, muito importantes as acções de sensibilização da população em geral para este problema, através de estratégias de mobilização da sociedade para a promoção e preservação da saúde, através da educação, informação e formação. É necessário incentivar uma dinâmica que conduza a novas atitudes e à diminuição dos obstáculos, para as práticas quotidianas correctas de vida saudável, dirigida a todos os grupos etários e profissionais (ADEXO, 2005).

É importante trabalhar com as crianças e os adolescentes a nível dos seus estilos de vida, uma vez que os ajuda a perceber quais os comportamentos que são saudáveis e as consequências que poderão advir para a sua saúde de hábitos incorrectos. De facto, segundo Antunes e

Mendes (2004, p.31), “a infância e a adolescência são idades cruciais na construção de atitudes e adopção de comportamentos que vão posteriormente condicionar os padrões de morbimortalidade desta faixa etária”, pelo que se torna crucial a nossa intervenção junto destas.

Assim, a promoção da saúde torna-se deveras importante na adolescência, onde por vezes a adopção de estilos de vida saudáveis é vista como aborrecida, desprestigiante e desinteressante. Esta promoção, para além de ocorrer a nível da saúde escolar, ocorre, também, aquando das consultas de enfermagem. É, pois, uma actividade em que se atende pessoas em consultório, executada por enfermeiros, baseada numa abordagem abrangente e dinâmica, capaz de desenvolver uma visão multidimensional da pessoa, família e comunidade. Esta visão busca entender os processos de interacção com factores sócio-ambientais que compõem a dicotomia saúde-doença, ou que servem de estímulo ao processo de auto-cuidado (Vanzin e Nery, 2000, citado em Lopes e Silva, 2004).

3.1. Consulta de Enfermagem

Na consulta de Enfermagem, são dados conselhos, opiniões, instruções e pareceres, no sentido de que a pessoa/família/comunidade consigam adquirir um papel activo no seu auto-cuidado. Assim, no âmbito da realização da consulta de enfermagem, segundo Lopes e Silva (2004) existem pressupostos relacionais a ter: *a escuta activa* – que é o empenho no sentido de estar “com”, tentando desenvolver no outro o sentimento de “ser compreendido”; *a aceitação do outro*, além do que se pensa ou do que ele diz, que permite desenvolver uma aceitação compreensiva e não normativa; *a empatia*, que é o esforço para compreender os sentimentos das outras pessoas e não apenas suas ideias; *a confiança*, que é construída no desenrolar da relação de consulta e se desenvolve a partir de uma tomada de consciência das próprias emoções do profissional e do manejo adequado na direcção da acção terapêutica e, por fim, *a ausência de julgamento*, que se acredita poder tornar-se forte aliada no sentido de que julgar negativamente uma conduta de uma pessoa, nomeadamente um adolescente, nem sempre resulta no desencadeamento de atitude adequada.

O desenvolvimento da capacidade de empatia merece destaque em todos os momentos de consulta de enfermagem, pois certas situações de consulta mobilizam sentimentos e

inquietudes, em que o esforço está em não reagir às situações adversas no lugar da pessoa e, sim, em estar próximo e ajudá-lo a enfrentar e resolver o problema que se apresenta. A importância da empatia na relação de cuidado reflecte-se positivamente na comunicação e facilita o processo dinâmico de negociação terapêutica, pelo que o estímulo do reconhecimento das próprias qualidades e capacidades é outro aspecto a ser desenvolvido activamente (Lopes e Silva, 2004).

De facto, os momentos de consulta de enfermagem assentam a sua base numa verdadeira relação de ajuda. Durante a consulta de enfermagem, são necessárias atitudes e abordagens específicas, a saber: acolher as reacções verbais e não-verbais da pessoa; explorar junto com a pessoa os seus medos, incertezas, expectativas e esperanças; examinar com a pessoa o impacto do seu problema/doença e medidas de intervenção; identificar as novas necessidades e as mudanças; avaliar a capacidade de sustentação da família; ouvir e ajudar a pessoa a elaborar ou resolver os problemas concretos que aparecem ao longo do tempo (Tourette, 1996, citado em Lopes e Silva, 2004).

Assim, e por fim, se o estado de saúde está directamente relacionada com os comportamentos das pessoas, o enfermeiro deve procurar as vias mais adequadas para promover a adopção de comportamentos saudáveis ou alteração de condutas prejudiciais (Precioso, 2004).

3.2. O enfermeiro da comunidade e a obesidade na adolescência

Para melhor compreender a intervenção do enfermeiro face à obesidade do adolescente, irá ser centrada atenção a nível das funções autónomas do enfermeiro para, assim, conhecer o que poderá ser feito no âmbito dos CSP a nível primário e secundário.

As funções autónomas são aquelas que o enfermeiro realiza sobre a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, ao nível da prestação de cuidados, da gestão, do ensino, da formação ou da acessoria (Dec. lei nº 161/96, de 4 de Setembro, capítulo IV, artigo 9º, ponto 2).

Estas acções são definidas pelo enfermeiro, resultante do processo de tomada de decisão, tendo por base o processo de enfermagem, e abrangem um vasto campo de actuação, pois

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

procuram, ao longo de todo o ciclo vital, promover a saúde, prevenir a doença, ajudar a pessoa a readquirir o seu equilíbrio de saúde e promover acções que permitam a readaptação da pessoa após processos patológicos.

O papel do enfermeiro a nível da prevenção primária é muito importante para prevenir que o processo de doença se instale e que poderão afectar o bem-estar físico, psicológico e social das pessoas, nomeadamente a obesidade.

Em relação às crianças e adolescentes, os enfermeiros intervêm em situação de saúde e de doença, de modo a atingirem e manterem os melhores níveis possíveis de saúde e desenvolvimento, bem como ajudando na identificação e escolha de comportamentos saudáveis que mantenham e promovam um bom nível de saúde e bem-estar geral.

Relativamente ao Programa-Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil, faz parte das competências do enfermeiro avaliar muito mais do que meros parâmetros, como o peso, estatura ou estado pubertário. De facto, para uma adequada intervenção no adolescente, é necessário apostar nos cuidados antecipatórios, no sentido de estimular a opção por comportamentos saudáveis, relacionados com a alimentação adequada (prevenção de práticas alimentares desequilibradas), prática regular de exercício físico e prevenção de consumos nocivos.

Para podermos estimular uma alimentação saudável, corrigir padrões inadequados e evitar consumos nocivos nos adolescentes, temos que compreender a dimensão social do acto de comer (DGS, 1998).

Correia (1981) considera que a forma de evitar a obesidade consiste em comer em menor quantidade, de modo a evitar a acumulação de tecido gordo e em fazer exercício físico adicional, além das nossas actividades diárias, para gastar a energia de reserva acumulada sob a forma de gordura. Sendo assim, para manter um peso ideal é necessário optar por hábitos alimentares saudáveis, que incluem comer menos, evitar o açúcar, as farinhas, massas, bolos, as gorduras e consumir pouco álcool, de modo a reduzir o aporte de energia, sendo também, indispensável manter um exercício físico regular.

Contudo, promover hábitos alimentares saudáveis não é uma tarefa fácil. Uma intervenção desde o nascimento parece ser fundamental para promover mais facilmente comportamentos alimentares adequados.

Peres (1982) afirma que durante a infância criam-se bons ou maus hábitos de comida, os quais se tornarão mais evidentes durante a adolescência e se manterão como símbolos ao longo da vida. Assim, verifica-se que é imperativo intervir não só junto do adolescente, mas também junto da sua família, pois até determinada idade o jovem segue os modelos familiares, sendo que geralmente é a mãe quem adquire e confecciona os alimentos que o jovem ingere, pelo que esta é a primeira responsável pela educação alimentar e a mais importante.

Quanto aos profissionais de saúde, estes envolvem um trabalho directo com os adolescentes, mas, nos primeiros anos de vida, a intervenção com os pais é determinante. De facto, no sentido de otimizar as intervenções de enfermagem, o alvo de actuação deverá ser toda a unidade familiar, sobretudo quando as intervenções visam alterar comportamentos, no sentido da adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde. O contacto com os pais deve ter como objectivo a transmissão de informação nutricional e mudança de crenças relativas à alimentação, mas mais do que isso, devem ser focados os processos envolvidos na aprendizagem das preferências e hábitos alimentares, pois são estes que irão determinar a alimentação dos seus filhos no futuro (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

A disponibilidade e familiaridade dos alimentos considerados saudáveis fomenta o consumo e preferência por estes alimentos e permite que se promova a autonomia de decisão ao longo do crescimento do jovem num contexto de alternativas essencialmente saudáveis. O papel dos pais como modelos do comportamento alimentar parece implicar resultados mais positivos do que uma atitude predominantemente controladora sobre a alimentação.

Contudo, com a maturação crescente do adolescente, os pais vão perdendo gradualmente o controlo ao nível dos comportamentos alimentares dos seus filhos, uma vez que surgem outros factores que vão influenciar as escolhas do adolescente a este nível, como o acesso a certos alimentos na escola, a influência do grupo de pares ou a falta de tempo para uma refeição completa e saudável e a influência da televisão. Apesar de existirem um número significativo de factores externos à família que podem dificultar uma alimentação saudável, os

pais podem e devem desde cedo intervir, recorrendo a um conjunto alargado de recursos que promovam hábitos alimentares saudáveis.

O enfermeiro como promotor de saúde assume o papel de educador, podendo cumprir assim o objectivo da educação nutricional, auxiliando o adolescente a estabelecer práticas e hábitos alimentares adequados para as suas necessidades nutricionais específicas, mas também de acordo com os recursos alimentares locais e o padrão cultural do indivíduo (Boog, 1997). O enfermeiro deverá, pois, informar o jovem dos hábitos alimentares saudáveis que deverá adoptar, bem como dos benefícios que uma alimentação correcta trará para a sua saúde, de modo a que este possa fazer uma escolha consciente dos seus hábitos alimentares. Por outro lado, é também importante fazer referência à prática de actividade física regular, uma vez que esta ajuda igualmente a prevenir a obesidade.

Deste modo, o enfermeiro deverá informar o jovem de que é importante comer de forma completa e equilibrada e em quantidades ajustadas ao dispêndio orgânico de energia. Peres (1982) refere que a alimentação deve satisfazer na justa medida as necessidades nutricionais do organismo, provendo-o de nutrientes plásticos, energéticos, reguladores e balastos nas quantidades, sem excessos nem falhas. O equilíbrio nutritivo, ou seja, a relação adequada entre as várias classes de nutrientes, consegue-se desde que se coma em cada dia alimentos de todos os grupos representados na roda dos alimentos (Figura nº 1) nas proporções quantitativas que ela sugere, sendo que estas proporções estão representadas na imagem que se segue.



Figura nº 1 – Roda dos Alimentos e respectivas porções

Segundo Peres (1982), para que este equilíbrio nutritivo seja perfeito é, ainda, necessário cumprir mais três regras:

1º - Diversificar o mais possível o consumo de alimentos de cada grupo da roda dos alimentos;

2º - Repartir a comida necessária para o dia por várias refeições, não espaçadas mais que 3 horas e meia;

3º - Preferir cereais e seus derivados nem excessivamente brancos nem integrais.

O enfermeiro deve exercer papel de mediador/facilitador quando se relaciona com o adolescente, levando sempre em consideração que o adolescente é centrado em estabelecer uma identidade, pelo que a restrição de algum hábito ou costume pode ser interpretado pelo adolescente como um limite à sua independência (Abreu, 1997, citado em Vianna, 2003). Deste modo, é importante transmitirmos ao adolescente que adoptar mudanças comportamentais é uma forma de assumir a sua autonomia e independência perante os outros. As estratégias devem-se basear nos comportamentos imediatos, concretos e de impacto pessoal, uma vez que as atitudes restritivas e negativas não são produtivas.

Segundo Matos *et al* (1998) conhecer os comportamentos e os estilos de vida dos adolescentes, integrados nos sistemas educativos, é condição determinante para poder intervir adequadamente em estratégias preventivas. O enfoque sobre estes deve incluir quer acções educativas, quer acções de facilitação do desenvolvimento pessoal e social, que promovam competências de vida, que permitam a estes preferir comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis, na sua acepção mais lata, e que os capacitem para depois vir a intervir activamente no meio envolvente de modo a mudá-lo para otimizar este processo.

A DGS (2004) pretende que se limitem a publicidade e venda de produtos alimentares hipercalóricos junto de crianças e jovens e implementar iniciativas de promoção da alimentação saudável em estabelecimentos de ensino.

Por outro lado, o Conselho da União Europeia (2005) preconiza a implementação de regimes nutricionais “sãos” e a prática de actividade física regular como forma de luta contra a obesidade. Os profissionais de enfermagem devem promover a saúde e prevenir a doença e, em termos da prevenção da obesidade, devem promover regimes alimentares saudáveis e a actividade física regular, sendo que as suas acções devem ser no sentido de:

- 1) “Dar a possibilidade aos cidadãos de fazer escolhas alimentares saudáveis e garantir a existência de alternativas alimentares saudáveis e acessíveis;
- 2) Fomentar o conhecimento dos cidadãos sobre a relação entre regime alimentar e saúde, aporte e gasto energético, sobre regimes alimentares que reduzam o risco de doenças crónicas e sobre escolhas saudáveis de produtos alimentares; (...)
- 4) (...) dispensar correntemente conselhos práticos aos pacientes e famílias sobre os benefícios de regimes alimentares optimizados e o aumento do nível de actividade física, bem como contribuir para o intercâmbio de boas práticas neste domínio;(...)
- 6) Integrar a nutrição e a actividade física em todas as políticas pertinentes a nível local, regional, nacional e europeu (...);

8) Fomentar a educação em matéria de escolhas alimentares saudáveis e a sua disponibilização nas escolas, especialmente no que diz respeito ao consumo excessivo de alimentos de alto teor energético e refrigerantes açucarados, e incentivar as crianças e adolescentes a praticar diariamente exercício físico com regularidade; (...)"

(Conselho da União Europeia, 2005, pp.28-31)

3.2.1. Prevenção secundária da obesidade no adolescente

Correia (1981) afirma que a correcção do excesso de peso contribui para normalizar os níveis do colesterol, reduz a tensão arterial, regulariza a glicose do sangue e diminui o trabalho do coração, pelo que se deve apostar no controlo e combate da obesidade, para maximizar o bem-estar individual de cada pessoa.

O enfermeiro deverá ajudar todas as pessoas e especificamente os adolescentes a reduzir o excesso de peso, no sentido de melhorar a sua condição física, mas também o seu bem-estar psicológico, devendo, pois, apostar na prevenção secundária.

Os objectivos terapêuticos a atingir nas pessoas com obesidade, obrigam à adopção de medidas integradas e complementares, nomeadamente no âmbito da redução do excesso de peso e da obesidade, da prevenção e tratamento das morbilidades associadas e redução da mortalidade e na prevenção primária dos familiares.

Segundo Bolander (1998), o enfermeiro deve ter presente que o adolescente é um ser único e complexo, pelo que há que atender a todas as dimensões que o influenciam. Torna-se importante sabermos quem é o adolescente, conhecer os seus sentimentos face ao corpo, o que quer da vida, de si e dos outros, para conseguirmos intervir de forma adequada e individualizada (Fonseca, 2003).

O enfermeiro deverá adoptar uma abordagem diferenciada ao lidar com o adolescente obeso, uma vez que, este pode apresentar grandes modificações fisiológicas e mentais. Segundo Krausse (2000, citado em Vianna, 2003), qualquer tentativa de ajudar o adolescente a

melhorar seu estado nutricional necessitará de um planeamento meticuloso, sendo que, para que um plano tenha sucesso, o adolescente deve desejar mudar. Com o adolescente obeso a estratégia deve ser individualizada, a abordagem deve ser familiar, e o atendimento concomitante com a família e somente com o adolescente, podendo ser necessário recorrer ao acompanhamento psicológico e médico. É, ainda, importante estimular o jovem à prática de actividade física, fazendo-o perceber os benefícios que esta prática trará para a sua saúde. Esta revela-se de extrema importância para o adolescente obeso, não só por ajudar a gastar as calorias, como, também, por outros efeitos benéficos provocados no organismo, ligados ao aumento da resistência cardiovascular, a melhoria do humor e ao aumento da taxa metabólica, que também pode auxiliar o gasto das calorias excessivas, tal como nos refere Barbosa (2001).

Lidar com situações de excesso de peso, sobretudo na adolescência, tem de ser cauteloso. A intervenção de enfermagem não deverá, apenas, ser direccionada para a perda de peso, mas também, para ajudar o adolescente a gostar mais de si. Através da percepção e aceitação das mudanças que se estão a operar no seu corpo, a escolha de um estilo de vida mais saudável será melhor implementada. Perder peso intempestivamente ou perdê-lo para voltar a ganhá-lo, pode ser altamente prejudicial para um organismo que ainda está em crescimento. Além disso, as pesagens obsessivas, uma focalização doentia sobre o conteúdo calórico dos alimentos ou uma prática excessiva do exercício físico com a intenção de perder peso são prejudiciais e podem ser indicadoras de um distúrbio do comportamento alimentar (Fonseca, 2003).

É, pois, importante um seguimento rigoroso durante a prática de dietas e regimes, visto que conduzem a mudanças de comportamento e de humor, caracterizadas por irritabilidade e nervosismo (Istvan *et al*, 1992, DiPietro, 1992, Ross, 1994, citado em Vitolo, 2003). Desta forma, não é indicada a retirada de comida através de dietas muito restritivas no tratamento do indivíduo obeso, pois pode significar a retirada da sua segurança e bem-estar, uma vez que para ele a alimentação funciona como forma de compensação emocional. (Schindler, 1991, citado em Vitolo, 2003)

A maioria dos adolescentes precisa de apoio e de encorajamento dos outros que compreendam a grande dificuldade de perder peso. De acordo com Black e Matassarini-Jacobs (1996), a melhor intervenção para a obesidade é a reeducação do apetite, na qual a pessoa aprende a

comer e a ficar satisfeito com alimentos nutritivos e bem balanceados que são pobres em calorias.

O adolescente obeso tem, frequentemente, dificuldade em aderir ao tratamento, pelo que esta adesão implica a sua participação activa na resolução dos problemas e na tomada de decisões sobre as mudanças alimentares (Assis, 1999, citado em Vianna, 2003). Assim, o enfermeiro deverá encorajá-lo a aderir às dietas e, além disso, apresenta um importante papel de suporte, promovendo várias oportunidades para que o adolescente expresse os seus sentimentos. A adesão às dietas requer um papel activo deste, o que nem sempre é fácil de conseguir, pelo que é importante motivar o jovem. Poderá, pois, ser necessário avaliar constantemente as estratégias utilizadas no sentido de que a motivação seja um facto sempre presente e concretizável de forma sustentável, pois, nenhuma abordagem funcionará se a pessoa não estiver motivada.

De facto, “devido à pluralidade de factores envolvidos na problemática da obesidade, destaca-se a importância de tratamentos individualizados e completos que promovam uma modificação de diferentes comportamentos em relação aos hábitos alimentares e à competência social de cada indivíduo” (Barbosa, 2001, p. 9).

Assim, deve-se trabalhar em conjunto com o domínio dos conhecimentos (o que sabemos ser necessário fazer na área da alimentação e do exercício físico para ter uma saúde de qualidade), o domínio dos sentimentos (ligado às emoções, à auto-estima e à imagem corporal) e o domínio das opções (o que fazemos concretamente em termos de dieta e exercício físico, qual o estilo de vida e porque adoptamos).

Dever-se-iam proporcionar horários e intervalos regulares entre cada refeição, além de moderar a qualidade e quantidade, uma vez que a irregularidade nos horários é um factor que predispõe a uma má alimentação tanto em qualidade quanto em excesso de volume, favorecendo a obesidade; deveriam também tomar especial cuidado com as *fast-foods*, que para além de serem ricas em gordura e pobres em nutrientes, a sua frequência acabam por banalizar a situação envolvente. Elogiar frequentemente o adolescente pelos esforços e feitos conseguidos e colocar-se à disposição para ouvir os filhos, especialmente as suas angústias e não incentivar a agressividade, são acções de adopção importante. Com orientação o

adolescente aprende a lidar e defender-se sozinho da situação, com a plenitude da sua autonomia (Fonseca, 2003).

“A proposta da terapêutica dietética para crianças e adolescentes obesos está calcada no estágio de maturidade biológica de cada um, no grau de obesidade presente, nas condições emocionais, na história de intervenções dietéticas anteriores, na ansiedade, por parte dos pais, e nos hábitos alimentares” (Vitolo, 2003, p.238). Portanto, a conduta a adoptar deverá ser adequada a cada adolescente, sendo essencial esclarecê-la quanto aos resultados esperados, uma vez que o jovem deverá ficar ciente de que perder peso é um processo muito demorado, que requer força de vontade, e elevada auto-estima, para alterar os hábitos alimentares. Como o hábito alimentar resulta de factores genéticos (preferências alimentares) e de factores ambientais (hábitos da família, condição socioeconómica, experiências positivas ou negativas, condição emocional), a sua modificação é um processo complexo. Por outro lado, segundo Vitolo (2003), a essa complexidade acresce o facto de a obesidade alterar o metabolismo do adolescente, o controle do apetite e da fome, e o significado do alimento.

A reeducação alimentar assume grande importância, sendo muito complexa para ser simplificada em orientações estereotipadas. Ela deve fazer parte de um processo contínuo, que envolva não somente a família e a criança, mas a sociedade, as escolas e o governo.

A intervenção perante o adolescente obeso deve, pois, ser um processo gradual que deve respeitar uma série de etapas. Assim, segundo Vitolo (2003), a intervenção do enfermeiro deverá ser, em primeiro lugar, no sentido de proporcionar uma mudança conceptual, desmistificando ideias erróneas acerca da alimentação, como os conceitos que as pessoas têm acerca dos alimentos que engordam e os que não engordam.

O segundo passo a adoptar, passa por uma restrição quantitativa. Nesta etapa, prescreve-se a redução gradual dos alimentos de forma objectiva, reduzindo, desde logo, o consumo daqueles que têm elevado teor energético.

O terceiro passo a seguir na intervenção, passa por inculcar na criança e adolescente a importância de mudanças qualitativas, as quais devem ser feitas num momento apropriado, visto que exigem maior predisposição da pessoa do que as mudanças quantitativas. Desta

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

forma, é importante estipular metas que o adolescente tenha expectativas de alcançar, para que todo este processo seja conseguido de forma eficaz.

Quando tais modificações são atingidas, essas mudanças podem contribuir não só para a perda de peso e sua manutenção posteriormente adequada, como também para uma melhoria geral na qualidade de vida do adolescente.

Ao longo de todo este processo junto do adolescente obeso, o enfermeiro deve ter sempre presente a fase da adolescência em que ele se encontra, que é um ser único e diferente dos demais, sendo que a forma como vivência as diferentes situações é condicionada pelas suas normas, crenças, valores, religião e pela cultura em que se encontra inserido. Perante este facto, o enfermeiro deve abster-se de juízos de valor no decurso das relações interpessoais estabelecidas, devendo entender e respeitar o adolescente enquanto ser individual com necessidades próprias, relacionando, pois, só o tipo de intervenção com cada fase da adolescência poderá proporcionar cuidados de enfermagem que o satisfaçam.

II. Fase metodológica

Como afirma Quivy e Campenhoudt (1998), a metodologia consiste em descrever os princípios fundamentais a pôr em prática em qualquer trabalho de investigação. Deste modo, o investigador determinará os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas, o que permitirá a realização efectiva do seu trabalho.

A fase metodológica é composta por um conjunto de etapas, que incluem a questão de investigação, selecção do tipo de estudo, a população e amostra, identificação das variáveis, escolha do instrumento de colheita de dados, apresentação e tratamento dos dados, justificação do tema e princípios éticos de modo a que sejam os mais adequados para dar resposta à questão de investigação colocada. São, pois, estas as etapas seguidamente apresentadas.

2.1. Questão de investigação

O ponto de partida de qualquer estudo é a questão de investigação, uma vez que é ela que determina todo o percurso tomado no referido estudo.

“A questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar.” Fortin (1999, p. 101) Sendo, assim, a questão de investigação que impulsiona o ponto de partida deste estudo é:

- quais os factores que os alunos do 4ºano do curso de licenciatura em enfermagem caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência?

2.2. Tipo de estudo

Identificou-se o estudo como sendo quantitativo, descritivo simples, transversal e exploratório.

O método de investigação quantitativo para Fortin “(...) é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis.” (1999, p. 22) e que tem por finalidade, “(...) contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, oferece também a possibilidade de generalizar resultados, de prever e de controlar os acontecimentos.” (1999, p. 22).

Segundo Gil (1995), o estudo descritivo simples busca a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis. Assim, reportando o trabalho, é de considerar pertinente descrever as particularidades do objecto de estudo, nomeadamente a caracterização das actividades desenvolvidas na prevenção/redução da obesidade na adolescência, assim como a identificação de alguns factores que possam influenciar.

Uma vez que os dados são colhidos num momento único de tempo, bem como a sua análise, o estudo é considerado *transversal* (Polit e Hungler, 1995). Este tipo de estudo examina os dados num ponto do tempo, isto é, os dados colhidos apenas numa ocasião com os mesmos assuntos e não sobre os mesmos assuntos em vários pontos do tempo (Lobiondo-Wood e Haber, 2001). O investigador procura compreender um ou mais grupos de sujeitos em relação a fenómenos presentes num dado momento. Deste modo, este tipo de estudo, tem, pois, o valor que tem no momento, não podendo ser projectado em termos futuros, uma vez que pretende obter informação sobre o estudo actual dos fenómenos.

Foi considerado, ainda, o estudo exposto do tipo *exploratório*. Embora existam estudos sobre a obesidade, no entanto, e relativamente ao factores que influenciam a prevenção/redução da obesidade juvenil, não encontramos investigações deste tipo no contexto onde desenvolvemos o presente trabalho. De facto, Fortin (1999) considera que quando existem poucos conhecimentos sobre um fenómeno, como no estudo exploratório-descritivo, o investigador visa acumular a maior quantidade de informações possíveis, a fim de abarcar os diferentes aspectos do fenómeno. Permite, assim, “desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias”, com o intuito de proporcionar uma visão geral acerca de determinado facto (Gil, 1995, p.44).

2.3 . População e amostra

Uma população é, segundo Fortin (1999), um conjunto de elementos ou sujeitos que partilham características comuns estabelecidas por determinados critérios.

Assim, a população destacada para este estudo são os alunos do 4º ano de licenciatura em enfermagem da Universidade Fernando Pessoa- Porto, no ano lectivo 2008/2009.

“Uma amostra é um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo.” Fortin (1999, p.41) A amostra referente a este estudo é constituída por 64 alunos do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem na Universidade Fernando Pessoa – Porto, no ano lectivo 2008/2009.

O processo de amostragem é aleatória por conveniência, pois foram entregues e recolhidos questionários a todos os alunos do 4º ano de enfermagem presentes no seminário de Comunitária no dia 21 de Maio de 2009, sendo a amostra constituída por 64 alunos.

2.4. Definição de variáveis

Segundo Fortin (1999, p. 36) “(...) as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectivos, de pessoas ou de situações que são estudadas (...) podem tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças”. Atendendo que neste estudo não é pretendida uma relação de causa e efeito, são consideradas apenas as variáveis atributo.

Variáveis atributo:

Quanto às variáveis atributo deste estudo, são destacadas as seguintes variáveis: sexo, idade, zona de residência (proveniência rural ou urbana) e terem prestado cuidados de enfermagem a um adolescente obeso.

2.5. Instrumento de colheita de dados

Segundo Fortin (1999, p. 240), “ os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos.”

O instrumento de colheita de dados escolhido foi o questionário, que se encontra em anexo (Anexo I). Segundo Fortin (1999), “ o questionário é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Este ajuda ainda na organização e no controle de dados permitindo colher as informações procuradas de uma forma rigorosa. É um método de colheita de dados no qual as respostas são escritas pelos próprios indivíduos, sem assistência. Este não permite ir a grande profundidade, mas possibilita um melhor controlo dos enviesamentos, pois as informações procuradas são colhidas com rigor.”

O questionário é constituído por duas partes. A primeira parte refere-se à caracterização da amostra. A segunda parte por quadros de resposta variada. A colheita de dados, decorreu num período de tempo que teve início a 1 de Março e 21 de Maio de 2009, sendo sempre assegurado o seu anonimato e confidencialidade dos dados e o respeito pela autodeterminação do sujeito.

2.5.1. Pré-Teste

Com o intuito de validar o instrumento de colheita de dados elaborado para o estudo, surgiu a necessidade de realizar um pré-teste. Segundo Fortin (1999, p. 373) define pré-teste com sendo: “(...) ensaio de um instrumento de medida ou de um equipamento antes da sua utilização em maior escala.”

De facto, segundo Gil (1995), é através do pré-teste que validamos o instrumento de colheita de dados para os objectivos do estudo, onde são determinados aspectos fundamentais como a clareza e a precisão dos termos, a quantidade, a forma e a ordem das perguntas.

O pré-teste foi aplicado no dia 10 de Março de 2009. É de salientar que foram entregues dois questionários a dois alunos de enfermagem do 4º ano, não fazendo estes parte da amostra definida anteriormente, não tendo sido necessário proceder a alterações.

2.6. Tratamento dos dados

“Os dados colectados no decorrer da pesquisa, não respondem, em si e por si, às indagações da pesquisa, nem testam as suas hipóteses. Esses dados precisam ser processados, de alguma forma estatística, de modo a que possam ser detectadas tendências e padrões de relações.” Fortin (1999, p. 240)

No tratamento dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e para melhor sistematização da informação dos dados estes serão apresentados em quadros e gráficos.

2.7. Justificação do tema

A obesidade é, pois, um importante problema de Saúde Pública, com génese multifactorial, com elevada prevalência, cronicidade, morbilidade e mortalidade de que se acompanha, assim como pela dificuldade e complexidade do tratamento. Por isso, requer esforços continuados para ser controlada, constituindo uma ameaça para a saúde e um importante factor de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças (Despacho nº4571/2005, 2ª série).

Após momentos de pesquisa, foram encontrados dados importantes acerca do aumento considerável da obesidade em todo o mundo, os quais justificam a pertinência da área temática seleccionada para este estudo:

- Um bilião de pessoas em todo o mundo têm excesso de peso, destes 300 milhões são obesos, sendo que 40% vive em países desenvolvidos (OMS, 2002, cit. In Clara, 2003);
- Estima-se que o aumento da obesidade se situe entre os 10% e 15% e a sua prevalência se situe entre os 10% e 25% nos países europeus (DGS, 2004);
- Em Portugal, o excesso de peso e a obesidade afectam mais de metade da população portuguesa - 54% dos homens e 46% das mulheres, sendo que 13% da população do sexo masculino e 15% do sexo feminino são obesos (DGS, 2004);

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

- Em Portugal há 80 a 100 mil pessoas que sofrem de obesidade mórbida. 40% da população tem excesso de peso e estima-se que no ano de 2015 o excesso de peso vai atingir metade da população portuguesa (Sérgio, 2005);
- Portugal é o segundo país europeu com maior prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças (Rego et al. 2004);
- Cerca de um terço das crianças obesas em idade pré-escolar vão tornar-se adultos obesos e metade das crianças entre os 6 e os 10 anos vão ser certamente adultos com excesso de peso (Associação dos Doentes Obesos e Ex-Obesos de Portugal – ADEXO, 2005);
- Os adolescentes com excesso de peso têm uma probabilidade de 70% de se tornarem adultos com excesso de peso ou obesidade, sendo que este valor ascende para os 80%, se um dos progenitores tiver excesso de peso ou for obeso (OMS, 2003, cit. In Clara, 2003).

Assim sendo, destaca-se a importância de identificar quais os factores que influenciam a na prevenção da obesidade na adolescência.

2.8. Princípios éticos

O questionário, irá respeitar os direitos dos inquiridos que constituem a amostra em estudo:

O direito à autodeterminação – “(...) princípio que o potencial sujeito tem o direito de decidir livremente a sua participação ou não numa investigação.” (Fortin, 1999, p. 116)

O direito ao anonimato e à confidencialidade – “(...) é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador.” (Fortin, 1999, p. 117).

III- Apresentação dos dados

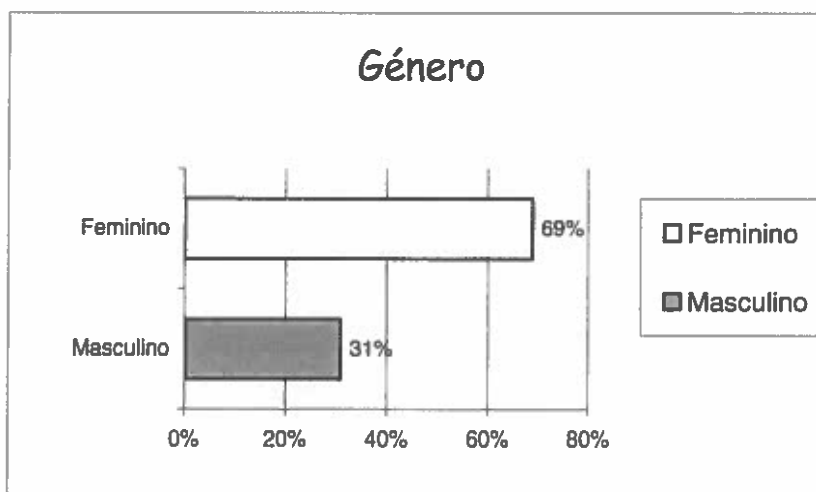
1. Caracterização da amostra

Quadro 1- Distribuição da amostra segundo a variável “idade (em anos)”

Moda	Média	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	Desvio Padrão
21	22.8	23	21	29	13,775

Pela análise do quadro 1, relativamente à variável idade pode verificar-se que a os alunos do 4º ano têm idades compreendidas entre 21 e 29 anos. A mediana é 23 anos e a moda 21 anos. Concluimos, também, que a média é de 22.8 anos, sendo o desvio padrão 13,775 anos.

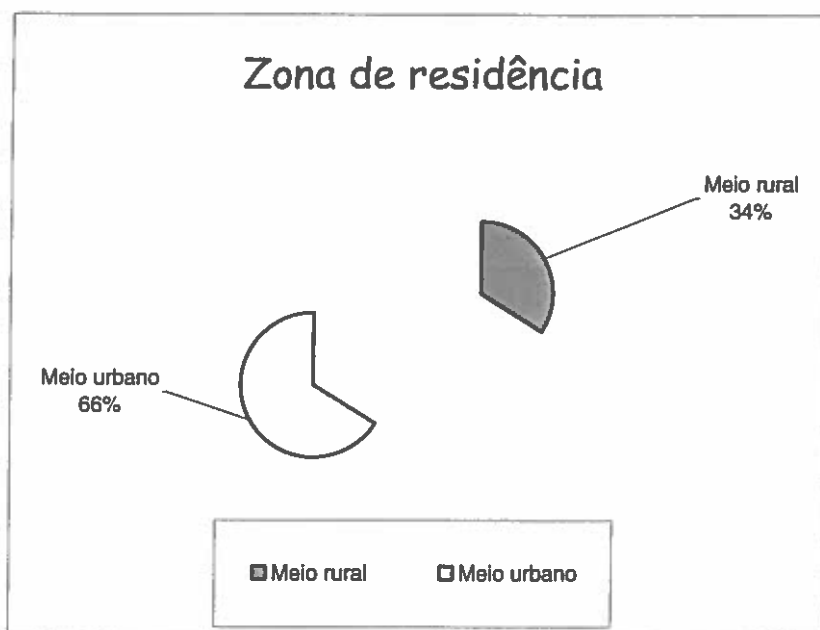
Gráfico 1- Distribuição percentual da amostra segundo o “género”



Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

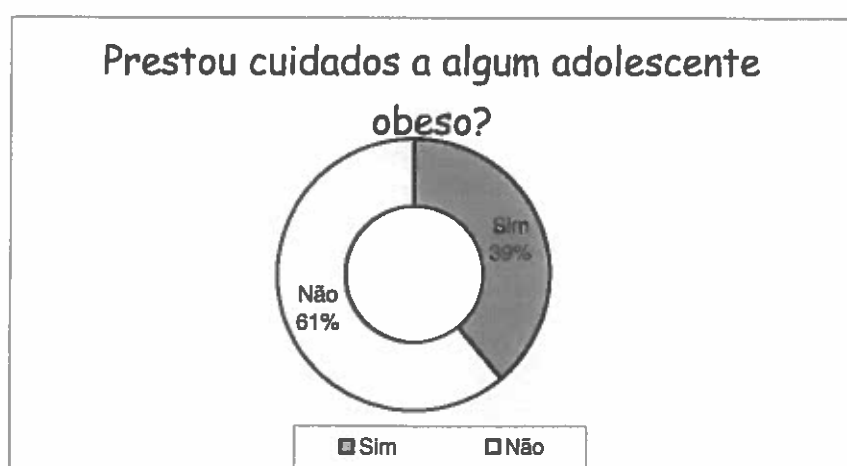
Ao analisar o gráfico 1, verifica-se que a maior parte da amostra é do sexo feminino (69%). Os restantes membros são do sexo masculino (31%), numa pequena minoria.

Gráfico 2 – Distribuição percentual da amostra segundo a “zona de residência”



De acordo com a análise do gráfico 2, a amostra pertence maioritariamente ao meio urbano (66%). Os restantes pertencem ao meio rural, cerca de 34% da amostra.

Gráfico 3- Distribuição percentual da amostra segundo a seguinte questão: “no decurso da sua formação académica já prestou cuidados a algum adolescente obeso?”



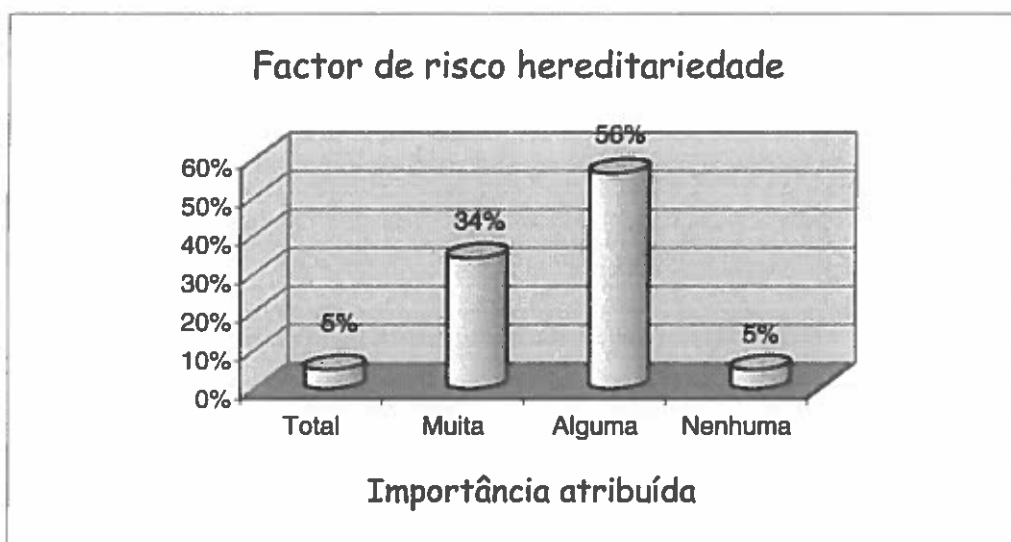
Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

Ao analisar o gráfico 3, podemos concluir que os alunos do 4º ano de enfermagem, na sua maioria, não prestaram cuidados a adolescentes obesos (61%). Apenas 39% da amostra já prestou cuidados de enfermagem a adolescentes obesos.

2. Caracterização do estudo

Segue-se a análise do quadro I do questionário, relativamente à importância atribuída aos factores de risco.

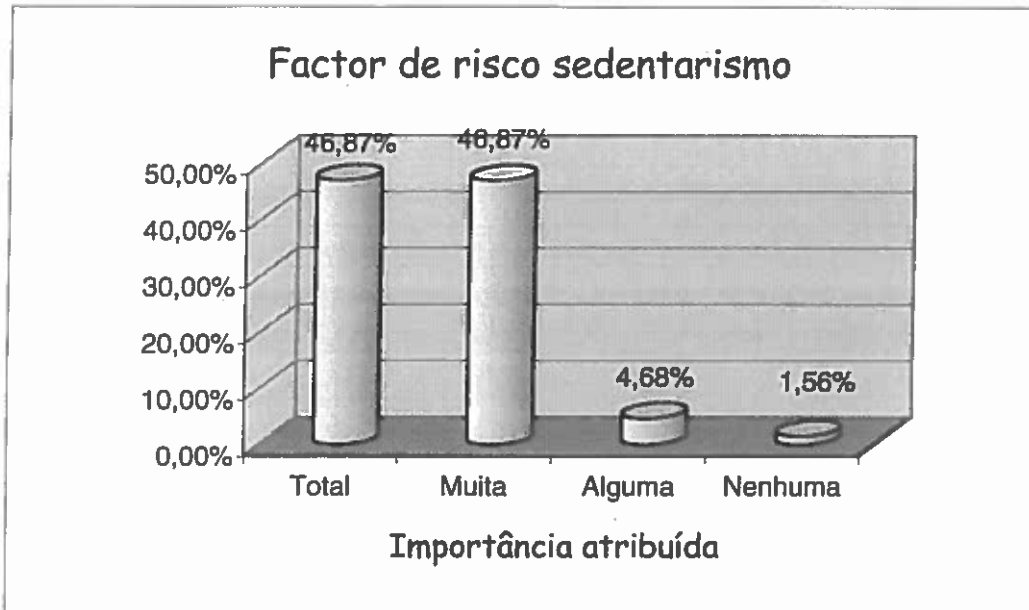
Gráfico 4- Distribuição percentual da amostra segundo a “importância atribuída ao factor hereditariedade”



Segundo os dados colhidos, a amostra na sua maioria atribuiu alguma importância ao factor hereditariedade, como factor de risco de provocar obesidade nos adolescentes. É de salientar que 34% atribuem muita importância e 5% atribuem total ou nenhuma importância a este factor.

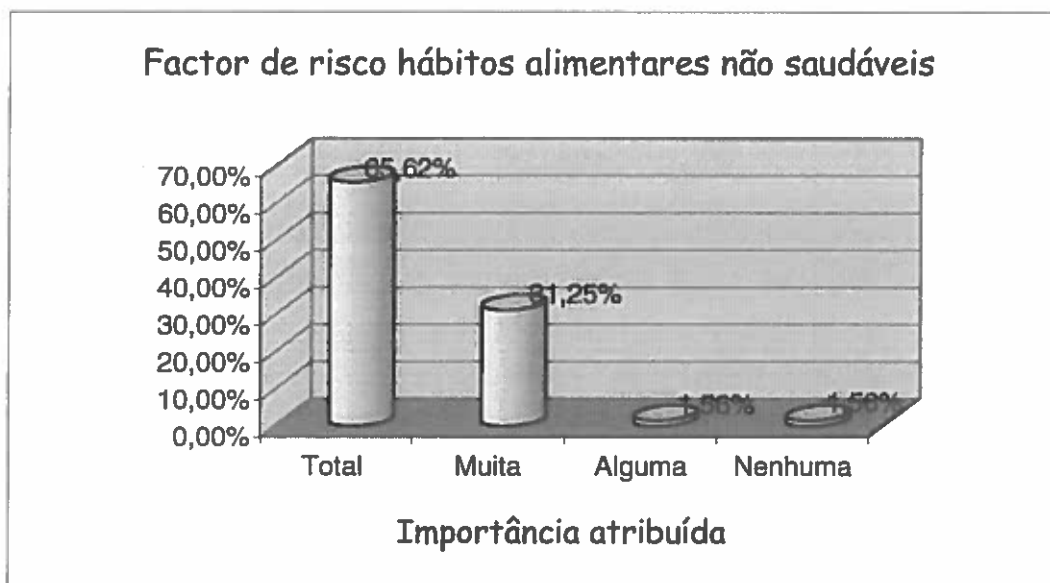
Gráfico 5 – Distribuição percentual da amostra segundo a “importância atribuída ao factor sedentarismo”

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência



Segundo a análise do gráfico 5, 46, 87% da amostra atribui a total ou muita importância ao factor sedentarismo como factor de provocar obesidade. Apenas 4,68% da amostra atribui alguma importância e 1,56% atribui nenhuma importância ao factor sedentarismo.

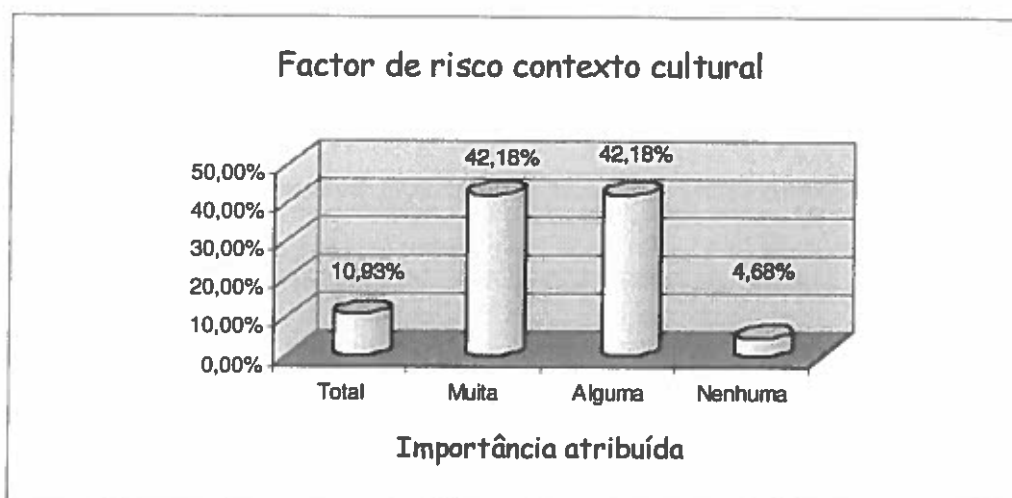
Gráfico 6- Distribuição percentual da amostra segundo a “importância atribuída ao factor hábitos alimentares não saudáveis”



Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

Ao analisar o gráfico 6, os alunos atribuem na sua maioria a total importância (65,62%), aos hábitos alimentares não saudáveis dos adolescentes como factor de risco de provocar obesidade. Apenas 31,25 % atribuíram muita importância e 1,56% atribuíram nenhuma e alguma importância.

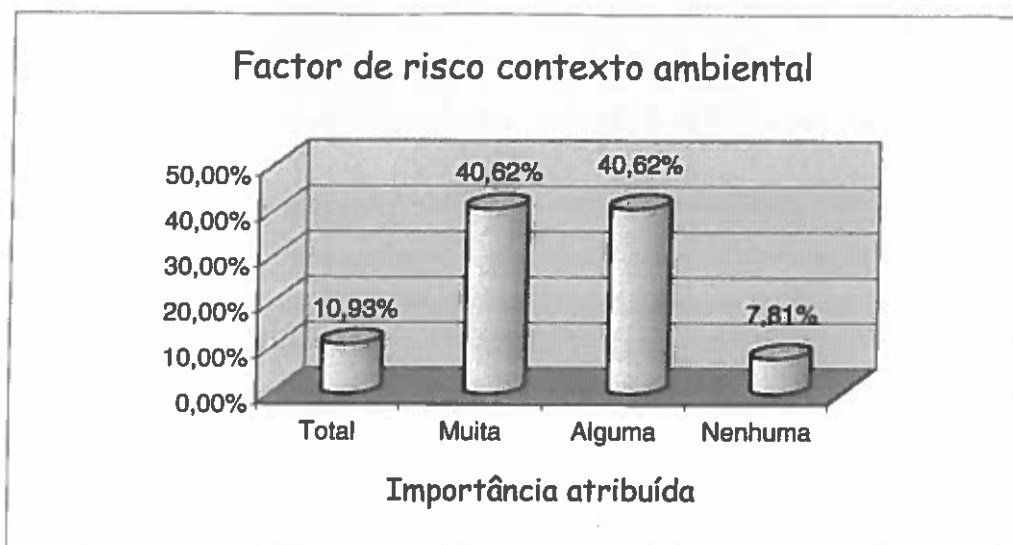
Gráfico 7- Distribuição percentual da amostra segundo a “importância atribuída ao factor contexto cultural”



Através do gráfico 7, podemos concluir que 42,18% dos alunos atribuíram a muita importância e alguma importância ao factor contexto cultural. Cerca de 10,93% atribuíram total e 4,68% nenhuma importância.

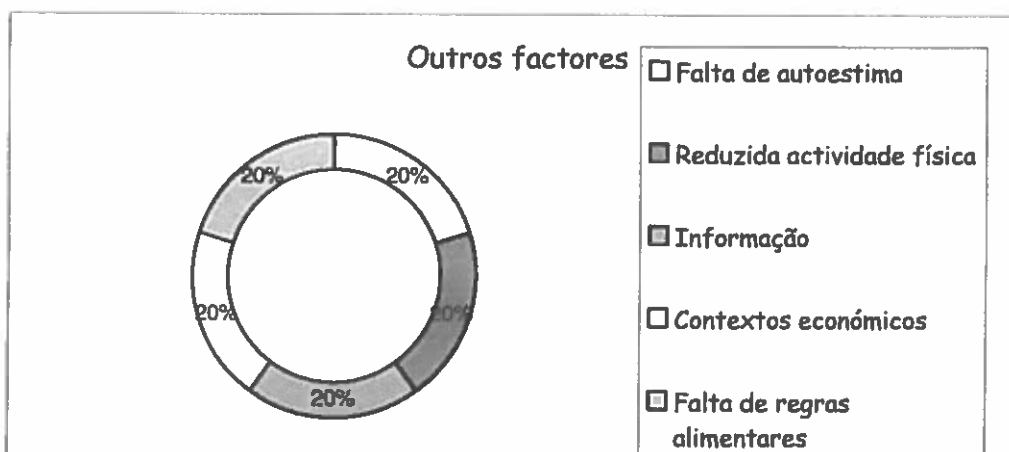
Gráfico 8 - Distribuição percentual da amostra segundo a “importância atribuída ao factor contexto ambiental”

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência



Segundo o gráfico 8, 40, 62% dos alunos atribuíram a alguma e muita importância ao factor contexto ambiental. Cerca de 10, 93% atribuíram total e 7, 81% nenhuma importância.

Gráfico 9 – Distribuição percentual dos factores que os alunos acrescentaram no questionário

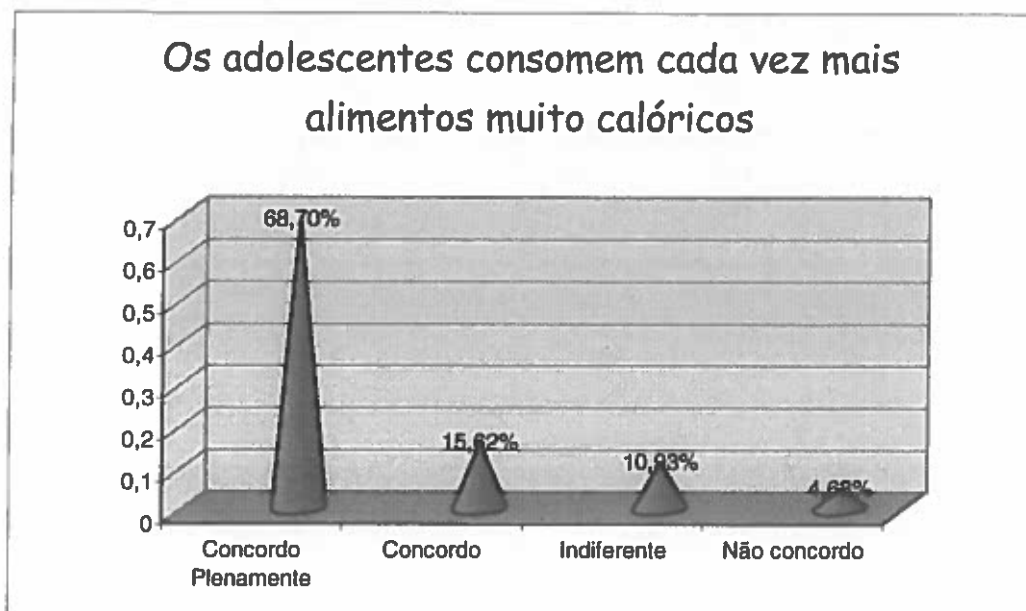


Segundo o gráfico 9, os alunos acrescentaram a falta de auto-estima, reduzida actividade física, informação, contextos económicos e falta de regras alimentares com factores importantes e capazes de provocar obesidade na adolescência.

Segue-se a análise do quadro 2 do questionário, relativamente aos factores que influenciam a obesidade na adolescência.

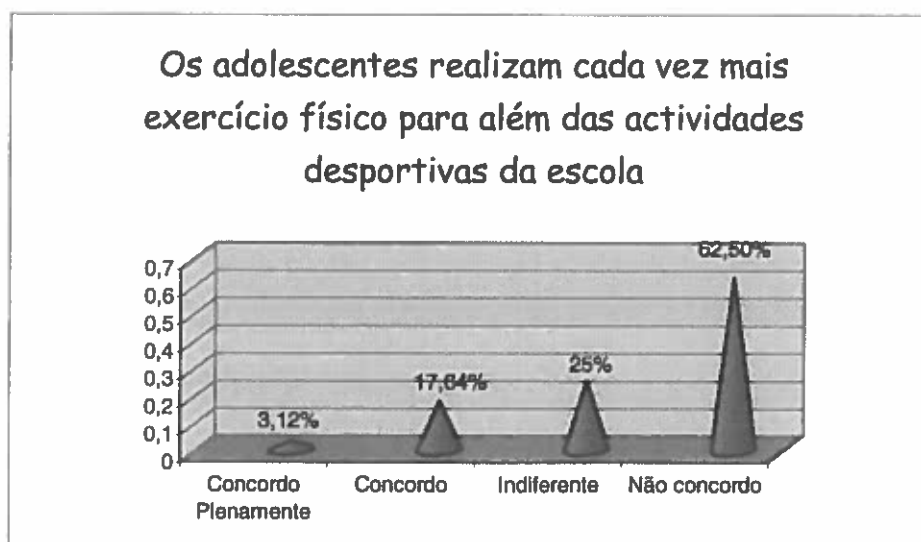
Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

Gráfico 10- Distribuição percentual da amostra segundo a questão “ os adolescentes consomem cada vez mais alimentos muito calóricos”



Com base no gráfico 10, 68, 79% concordam plenamente, 15, 62% concordam, 10,93% responderam indiferentes e 4,68% não concordam com o facto de os adolescentes consumirem cada vez mais alimentos muito calóricos.

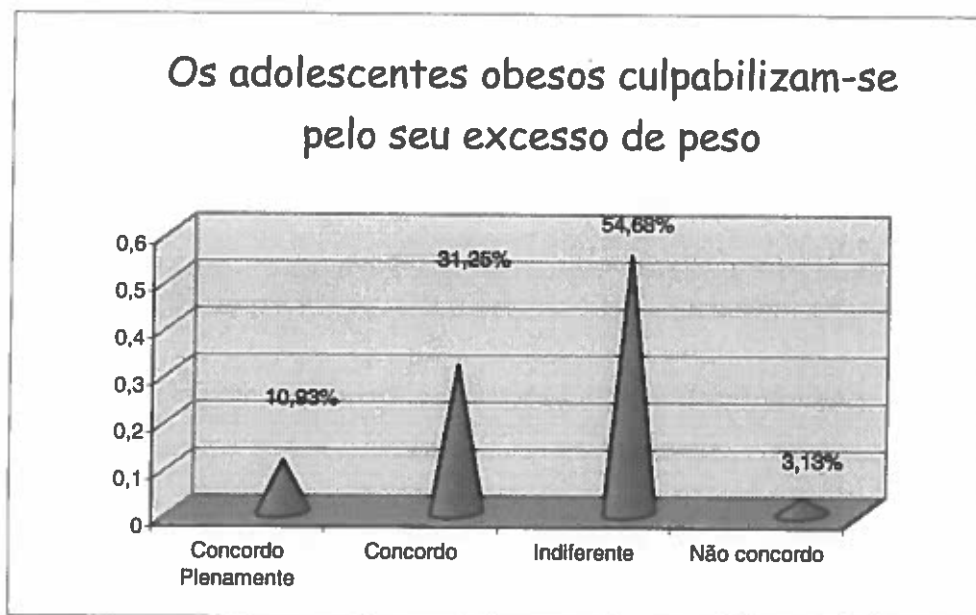
Gráfico 11- Distribuição percentual da amostra segundo a questão “os adolescentes realizam cada vez mais exercício físico para além das actividades desportivas da escola”



Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

Segundo o gráfico 11, 62,50% não concordam, 25% indiferentes, 17,64% concordam e 3,12% concordam plenamente com o facto dos adolescentes realizarem cada vez mais exercício físico para além das actividades desportivas da escola.

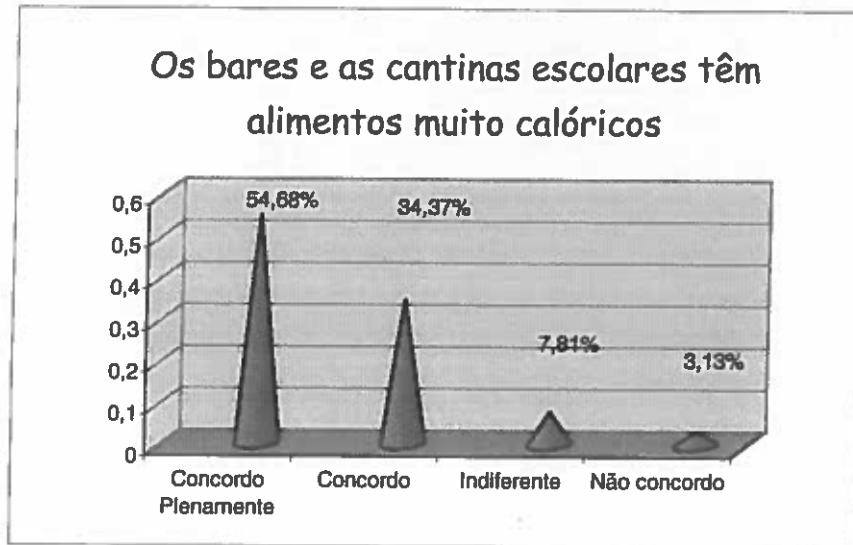
Gráfico 12 - Distribuição percentual da amostra segundo a questão “os adolescentes obesos culpabilizam –se pelo seu excesso de peso”



Analisando o gráfico 12, 54,68% indiferente, 31,25% concordam, 10,93% concordam plenamente e 3,13% não concordam com o facto dos adolescentes obesos se culpabilizarem pelo seu excesso de peso.

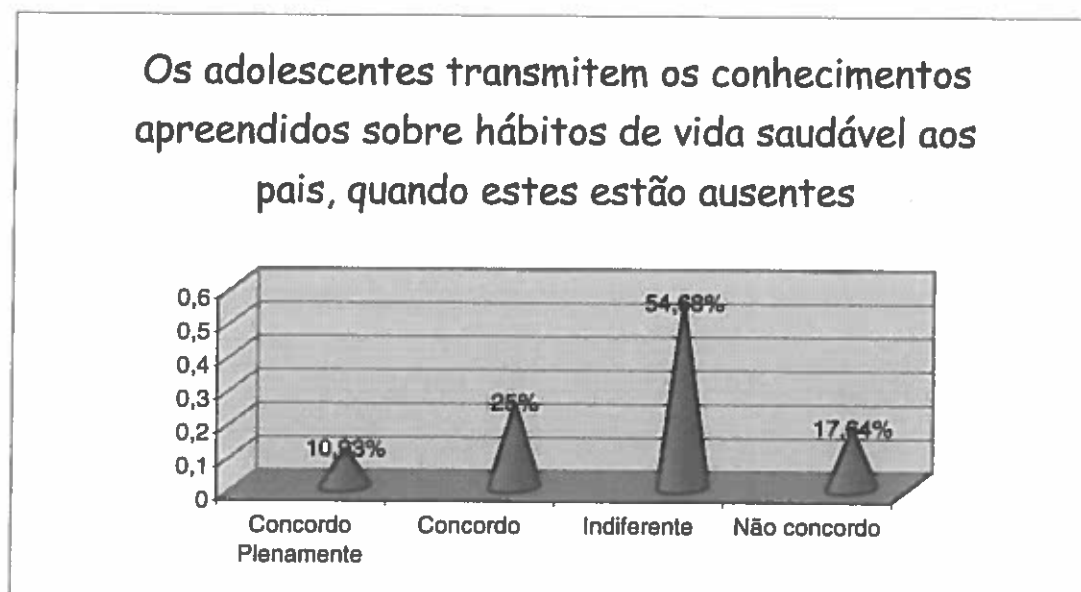
Gráfico 13 - Distribuição percentual da amostra segundo a questão “os bares e cantinas escolares têm alimentos muito calóricos”

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência



Ao analisar o gráfico 13, 54,68% concordam plenamente, 34,37% concordam, 7,81% indiferentes e 3,13% não concordam que os bares e cantinas escolares possuem alimentos muito calóricos.

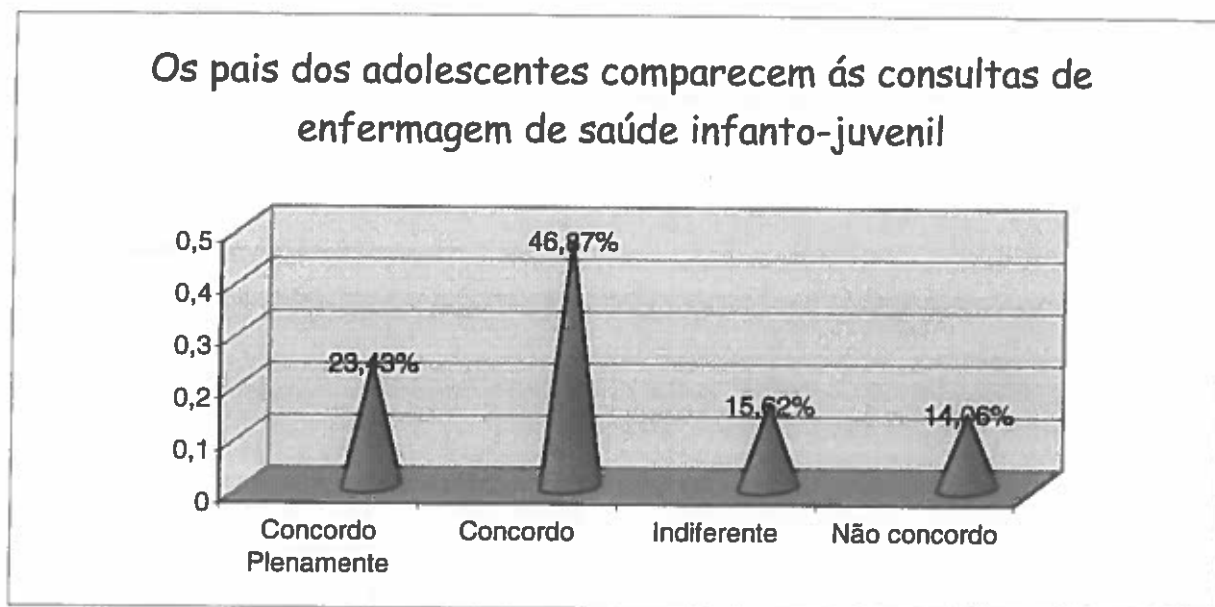
Gráfico 14- Distribuição percentual da amostra segundo a questão "os adolescentes transmitem os conhecimentos apreendidos sobre hábitos de vida saudável aos pais, quando estes estão ausentes"



Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

Analisando o gráfico 14, 54, 68% da amostra responderam indiferentes, 17,64% não concordam, 25% concordam e 10, 93% concordam plenamente .

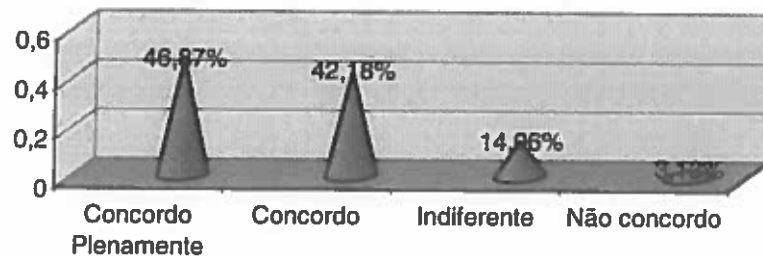
Gráfico 15 - Distribuição percentual da amostra segundo a questão “os pais dos adolescentes comparecem as consultas de enfermagem de saúde infanto-juvenil”



De acordo com o gráfico 15, 46,87% da amostra concordam que os pais comparecem às consultas de enfermagem de saúde infanto-juvenil, ao contrário de 14,06% da amostra que não concorda.

Gráfico 16- Distribuição percentual da amostra segundo a questão “as famílias dos adolescentes, pela falta de tempo para a confecção dos alimentos, optam por alimentos pouco saudáveis”

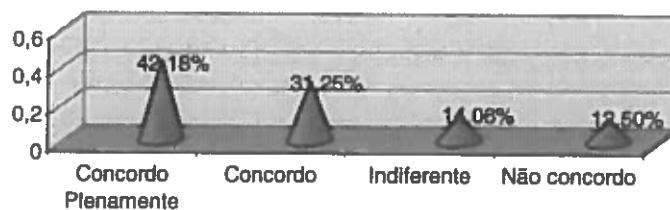
As famílias dos adolescentes pela falta de tempo para a confecção dos alimentos, optam por alimentos pouco saudáveis



Ao analisar o gráfico 16, 46, 87% concordam plenamente ao contrário dos 3,135% que não concordam com o facto das famílias, pela falta de tempo, optarem por alimentos pouco saudáveis.

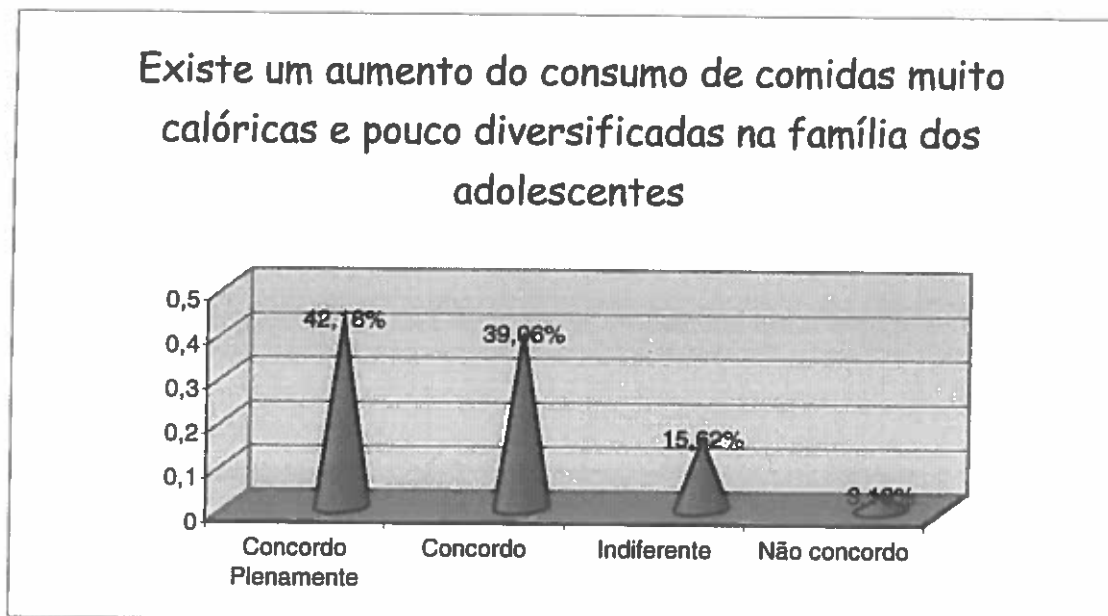
Gráfico 17 - Distribuição percentual da amostra segundo a questão “os adolescentes comparecem as consultas de enfermagem infanto-juvenil”

Os adolescentes comparecem às consultas de saúde infantil e juvenil



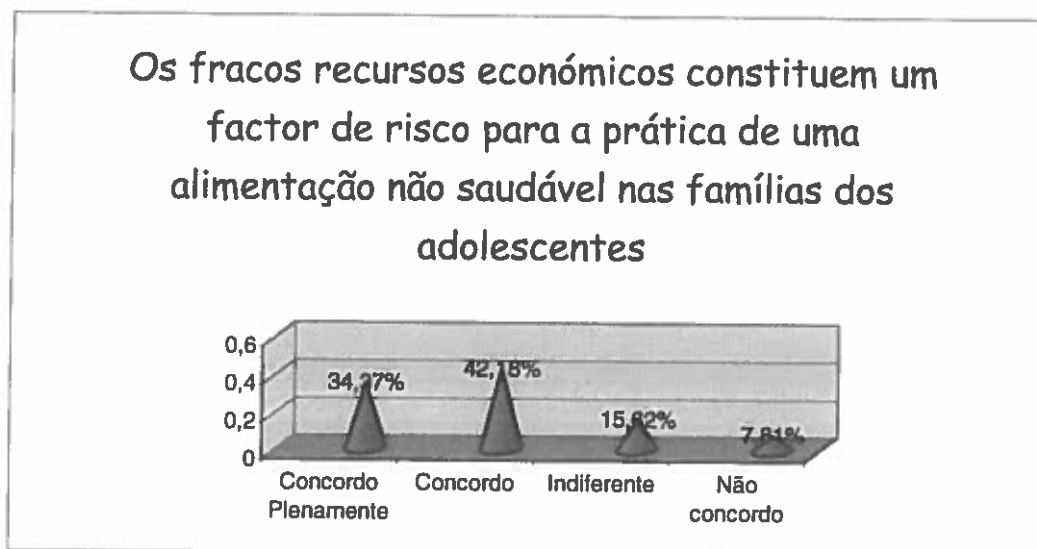
Ao analisar o gráfico 17, 42,18% concordam plenamente, ao contrário dos 12,50% não concordam com o facto dos adolescentes comparecerem às consultas de saúde infantil e juvenil.

Gráfico 18- Distribuição percentual da amostra segundo a questão “ existe um aumento do consumo de comidas muito calóricas e pouco diversificadas nas famílias dos adolescentes”



Com base no gráfico 18, 42,18% concordam plenamente e 3,13% não concordam.

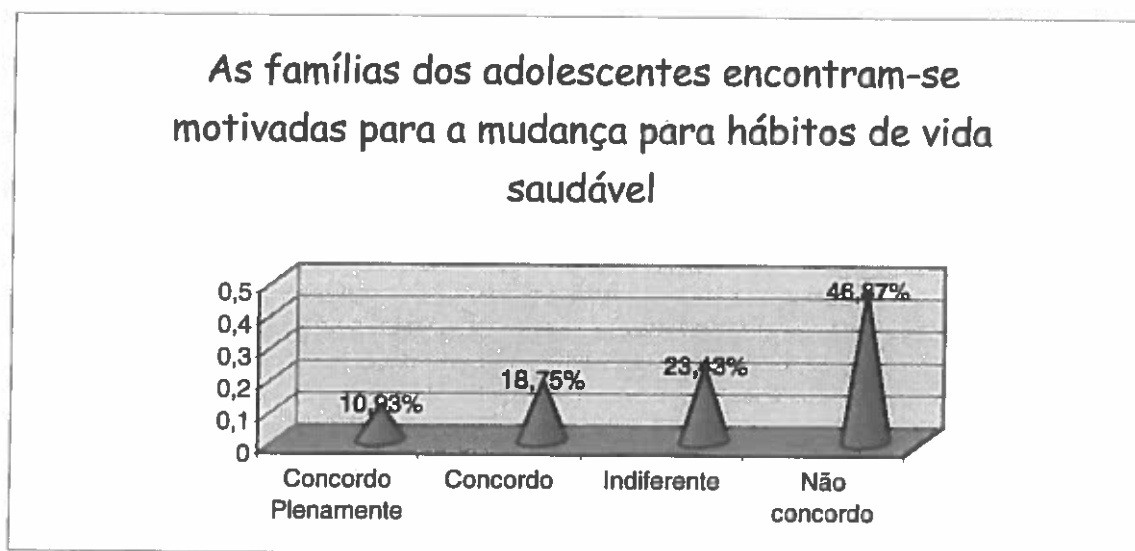
Gráfico 19- Distribuição percentual da amostra segundo a questão “ os fracos recursos económicos constituem um factor de risco para a prática de uma alimentação não saudável nas famílias dos adolescentes”



Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

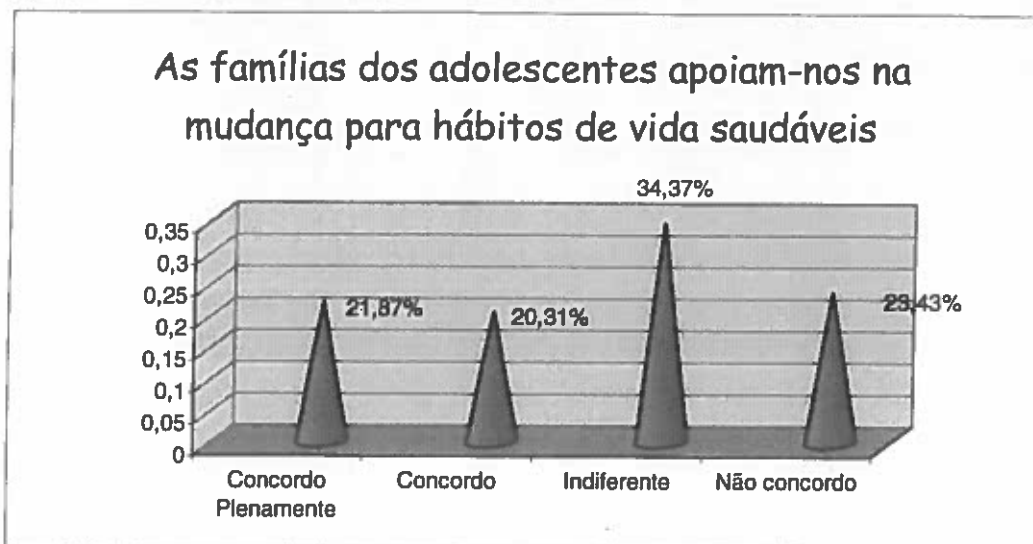
Analisando o gráfico 19, 42,18% concordam e 7,81% não concordam com a questão colocada sobre a influência dos fracos recursos económicos como factor de risco para a prática de alimentação não saudável.

Gráfico 20- Distribuição percentual da amostra segundo a questão “as famílias dos adolescentes encontram-se motivadas para a mudança para hábitos de alimentação saudável”



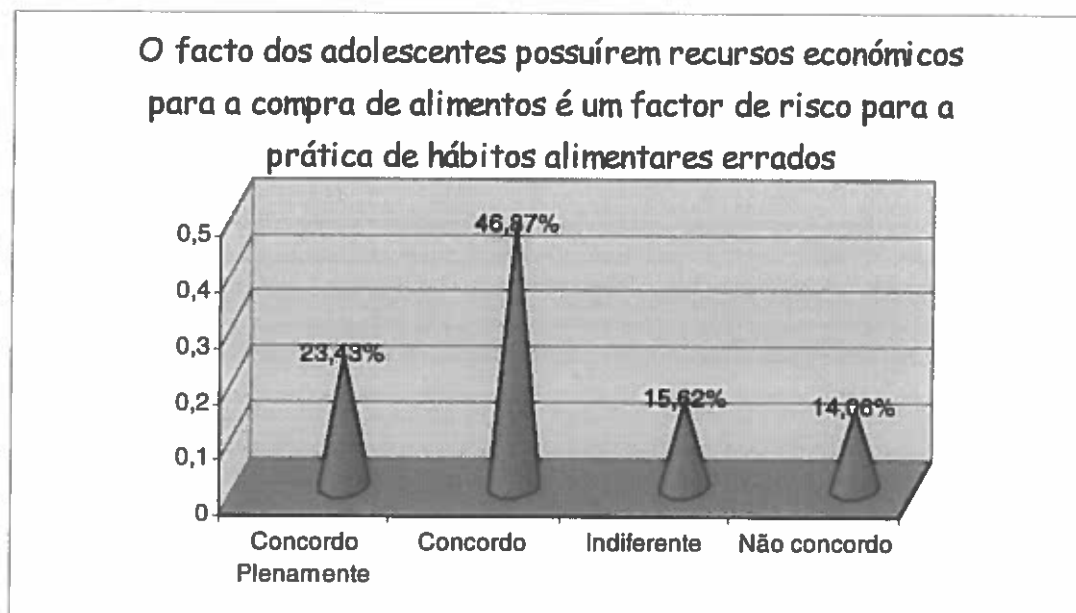
Com base no gráfico 20, 46,87% não concorda, 10,93% concordam plenamente que as famílias se encontram motivados para a mudança.

Gráfico 21 - Distribuição percentual da amostra segundo a questão “ as famílias dos adolescentes apoiam-nos na mudança para hábitos de alimentação saudável”



Analisando o gráfico 21, 34,37% da amostra responderam indiferente, 23,43% não concordam, 21,87% concordam plenamente e 20,31% concordam com a afirmação.

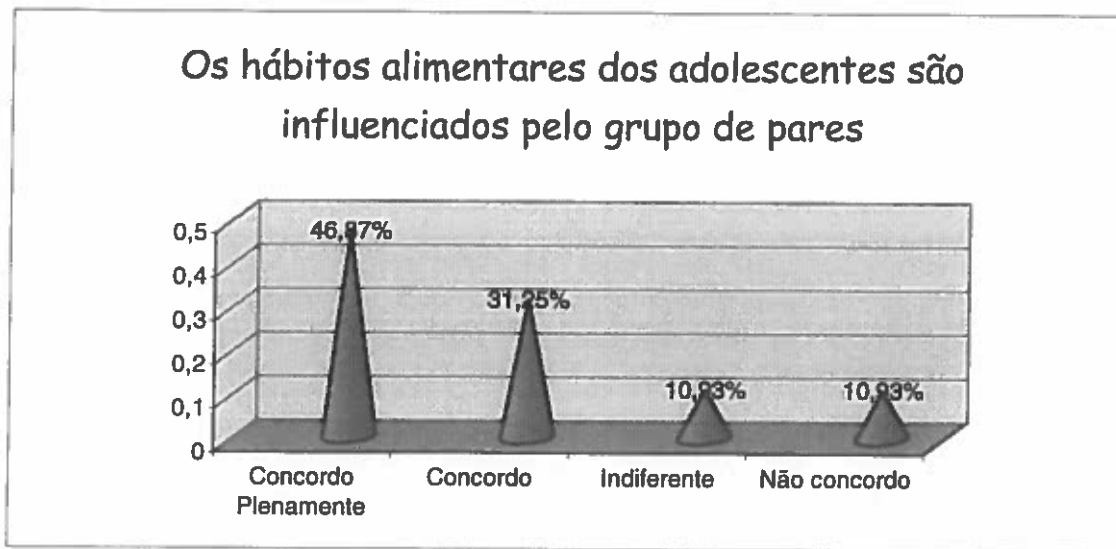
Gráfico 22- Distribuição percentual da amostra segundo a questão “o facto dos adolescentes possuírem recursos económicos para a compra de alimentos é um factor de risco para a prática de hábitos alimentares errados”



Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

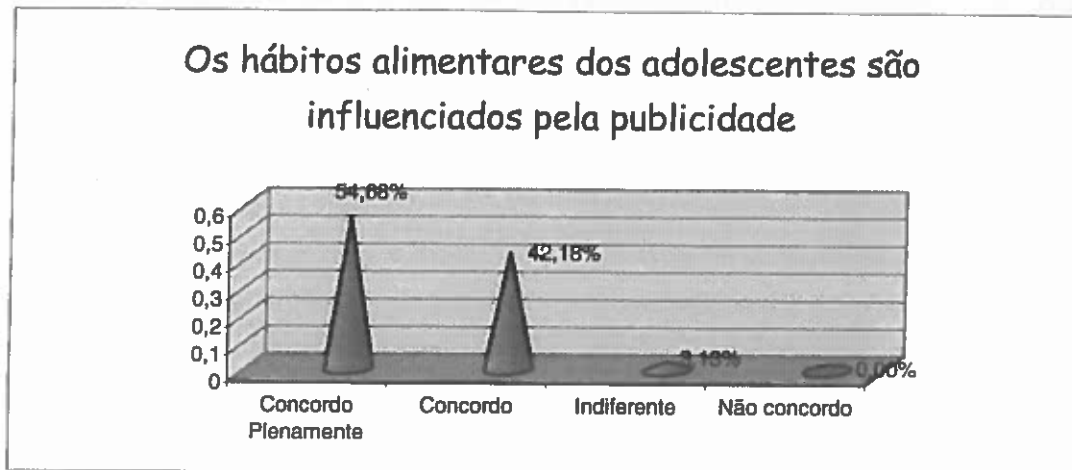
O gráfico 22 diz-nos que 48,87% concorda e 14,06% não concordam com o facto de os recursos económicos serem um factor de risco para a prática de uma alimentação não saudável.

Gráfico 23 - Distribuição percentual da amostra segundo a questão “os hábitos alimentares dos adolescentes são influenciados pelo grupo de pares”



O gráfico 23 diz-nos que 46,87% dos alunos concordam plenamente que os hábitos alimentares dos adolescentes são influenciados pelo grupo de pares, ao contrário de 10,03% da amostra.

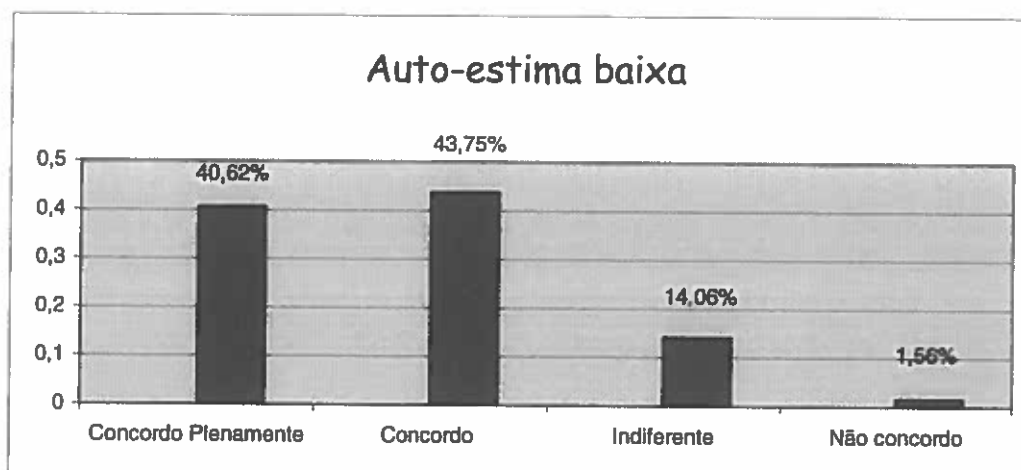
Gráfico 24 - Distribuição percentual da amostra segundo a questão “os hábitos alimentares dos adolescentes são influenciados pela publicidade”



Com base no gráfico 24, 54,68% concordam plenamente com o facto dos hábitos alimentares dos adolescentes serem influenciados pela publicidade. É de salientar, que 0% da amostra não concorda.

Segue-se a análise do quadro 3 do questionário, relativamente às características do adolescente obeso.

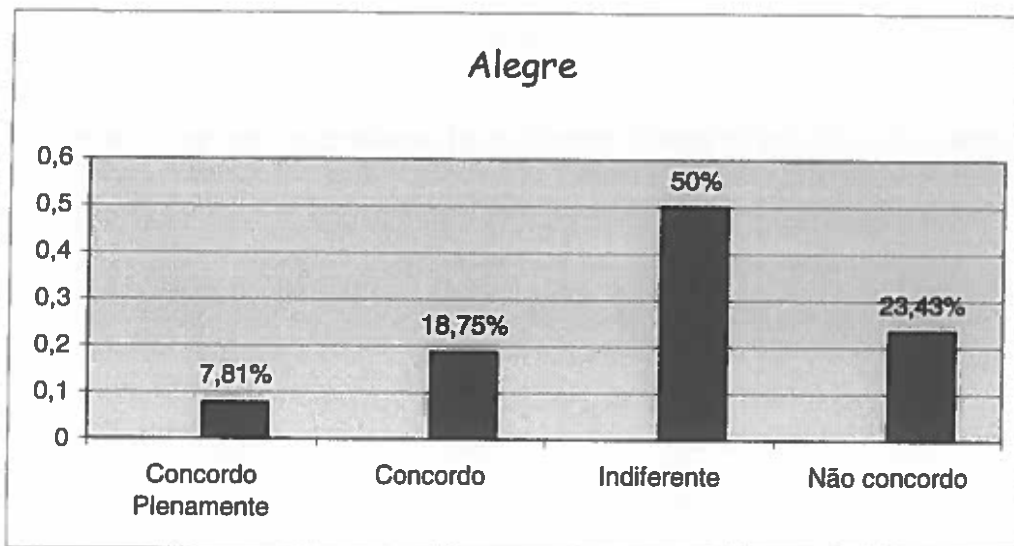
Gráfico 25- Distribuição percentual da amostra segundo a característica "auto-estima baixa" como característica do adolescente obeso.



Segundo o gráfico 25, 43,75% da amostra responderam que concordam que o adolescente obeso apresenta uma auto-estima baixa. Concordam plenamente 40,62%, 14,06% são indiferentes e 1,56% não concordam.

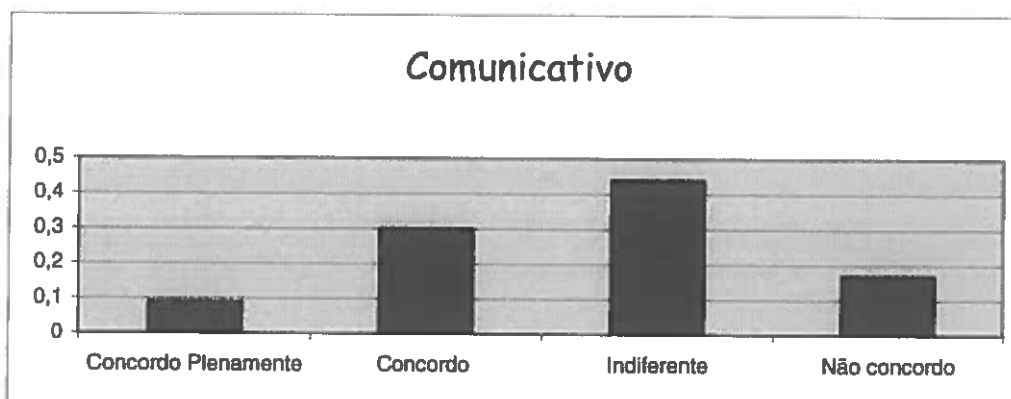
Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

Gráfico 26- Distribuição percentual da amostra segundo a característica “alegre” como característica do adolescente obeso.



Analisando o gráfico 26, metade da amostra (50%) responderam indiferente em relação ao adolescente apresentar a característica alegre na sua personalidade. Cerca de 23,43% da amostra não concorda, 18,75% concordam e 7,81% concordam plenamente.

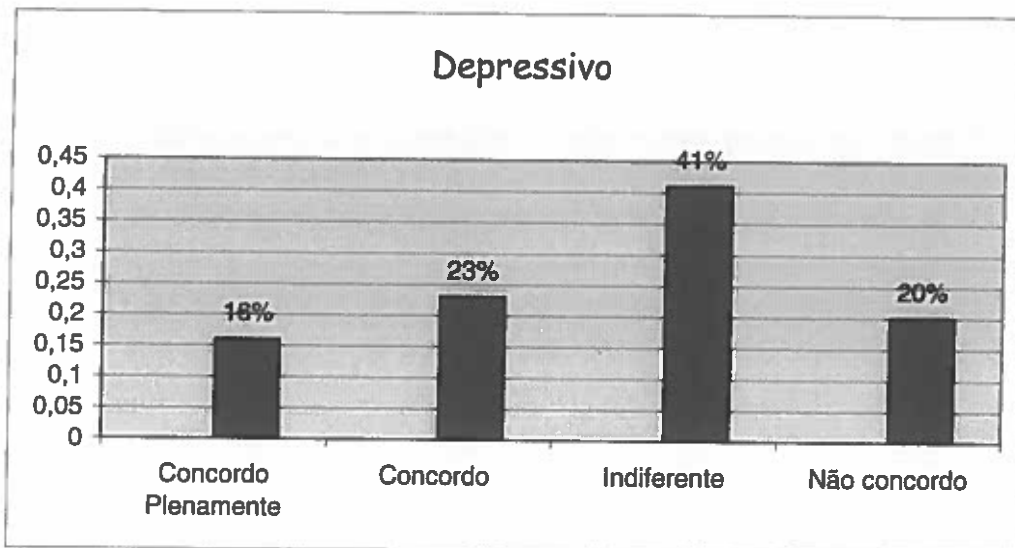
Gráfico 27- Distribuição percentual da amostra segundo a característica “comunicativo” como característica do adolescente obeso.



Através da análise do gráfico 27, concluímos que 44% da amostra classifica como indiferente, 30% concordam, 17% não concordam e 9% concordam plenamente com a característica “comunicativo” em relação ao adolescente obeso.

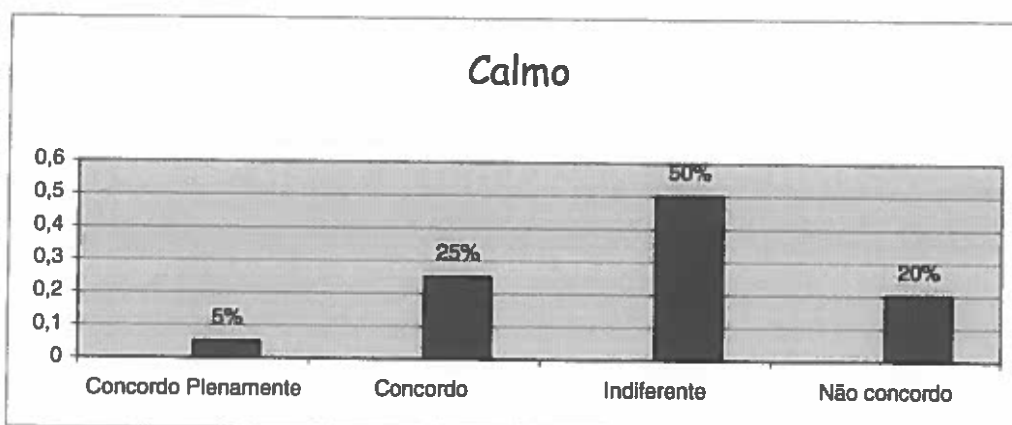
Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

Gráfico 28- Distribuição percentual da amostra segundo a característica “depressivo” como característica do adolescente obeso.



Segundo o gráfico 28, 41% estão indiferentes, 23% concordam, 20% não concordam e 16% concordam plenamente com a característica depressivo em relação ao adolescente obeso.

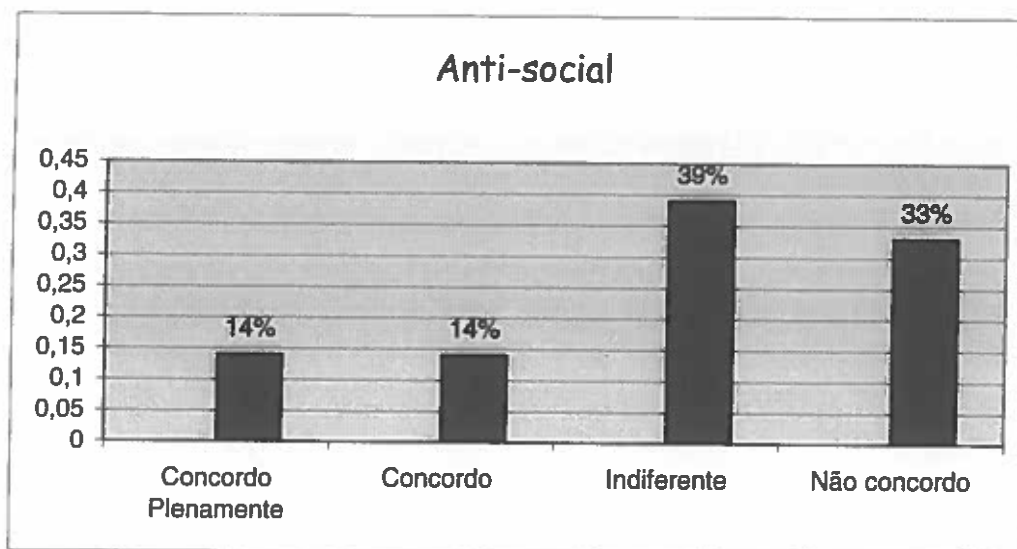
Gráfico 29- Distribuição percentual da amostra segundo a característica “calmo” como característica do adolescente obeso.



O gráfico 29, diz-nos que metade da amostra responderam indiferente, 25% concordam, 20% não concordam e 5% concordam plenamente com a característica calmo em relação ao adolescente obeso.

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

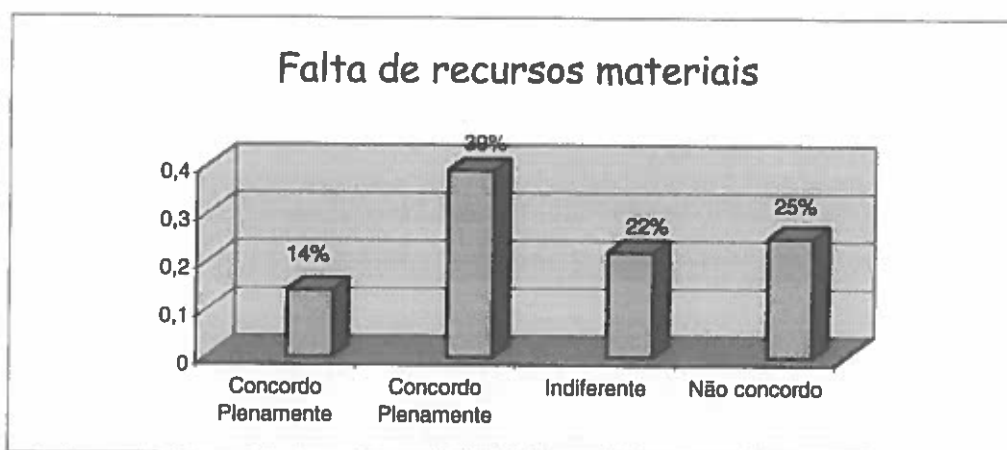
Gráfico 30 - Distribuição percentual da amostra segundo a característica “anti-social” como característica do adolescente obeso.



Segundo o gráfico 30, 39% responderam indiferentes, 33% não concordam, 14% concordam/ concordam plenamente com a característica anti-social no adolescente obeso.

Segue-se a análise do quadro 4 do questionário, relativamente aos factores que dificultam a intervenção do enfermeiro na prevenção da obesidade na adolescência nos CSP.

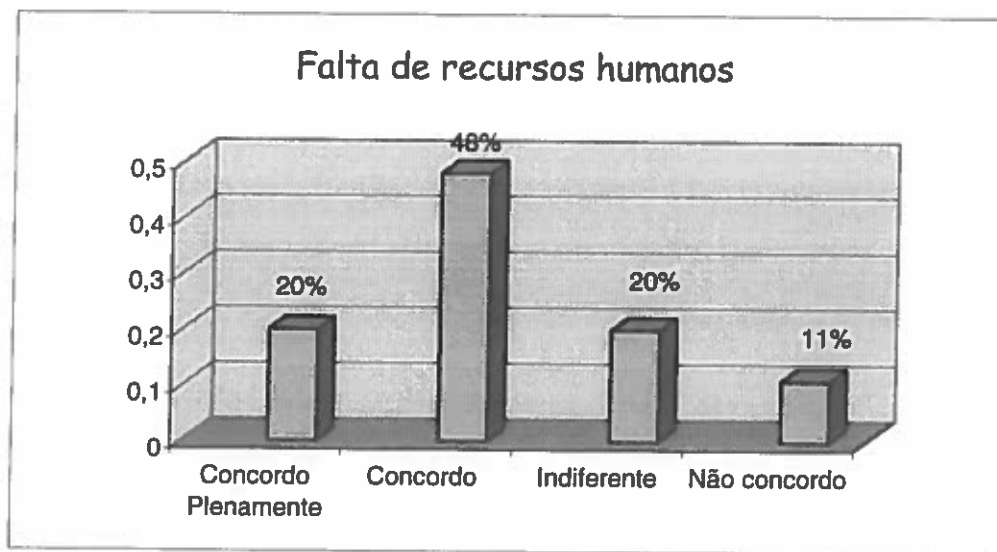
Gráfico 31- Distribuição percentual da amostra segundo a importância atribuída ao factor falta de recursos materiais como dificultador da intervenção do enfermeiro



Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

Analisando o gráfico 31, 39% concordam plenamente, 25% não concordam, 22% responderam indiferentes e 14% concordam plenamente com a falta de recursos materiais como factor dificultador da intervenção do enfermeiro na prevenção da obesidade na adolescência nos cuidados de saúde primários.

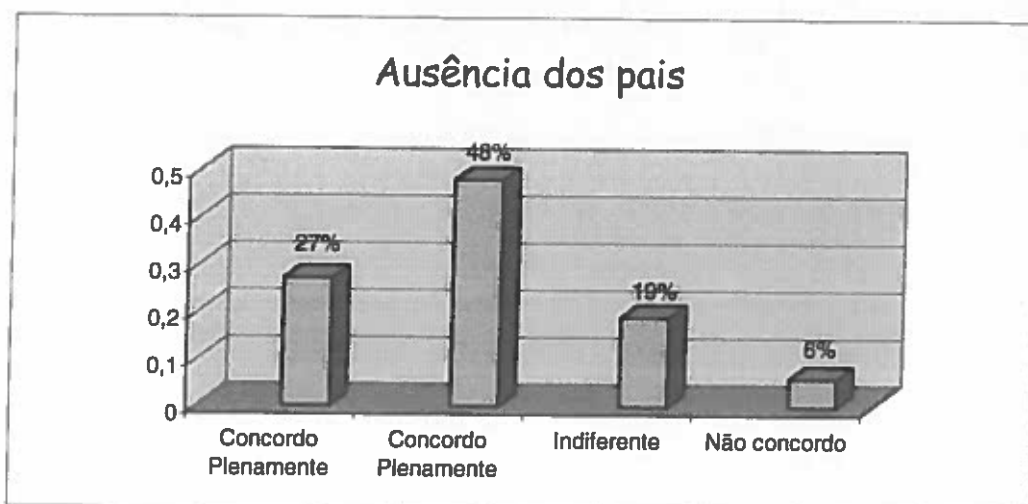
Gráfico 32- Distribuição percentual da amostra segundo a importância atribuída ao factor falta de recursos humanos como dificultador da intervenção do enfermeiro



Analisando o gráfico 32, 48% concordam, 20% concordam plenamente e responderam indiferentes, 11% não concordam, com a falta de recursos humanos como factor dificultador da intervenção do enfermeiro.

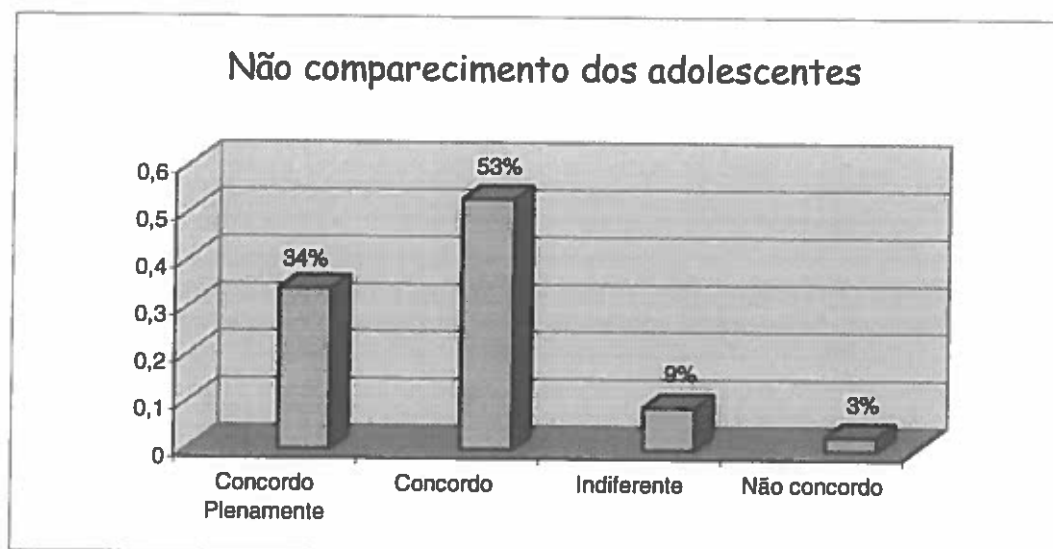
Gráfico 33 – Distribuição percentual da amostra segundo a importância atribuída à ausência dos pais como factor dificultador da intervenção do enfermeiro

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência



Com base no gráfico 33, 48% concordam plenamente, 27% concordam plenamente, 19% indiferente e 6% não concordam com a ausência dos pais como factor dificultador da intervenção do enfermeiro.

Gráfico 34 – Distribuição percentual da amostra segundo a importância atribuída ao não comparecimento dos adolescentes às consultas como factor dificultador da intervenção do enfermeiro

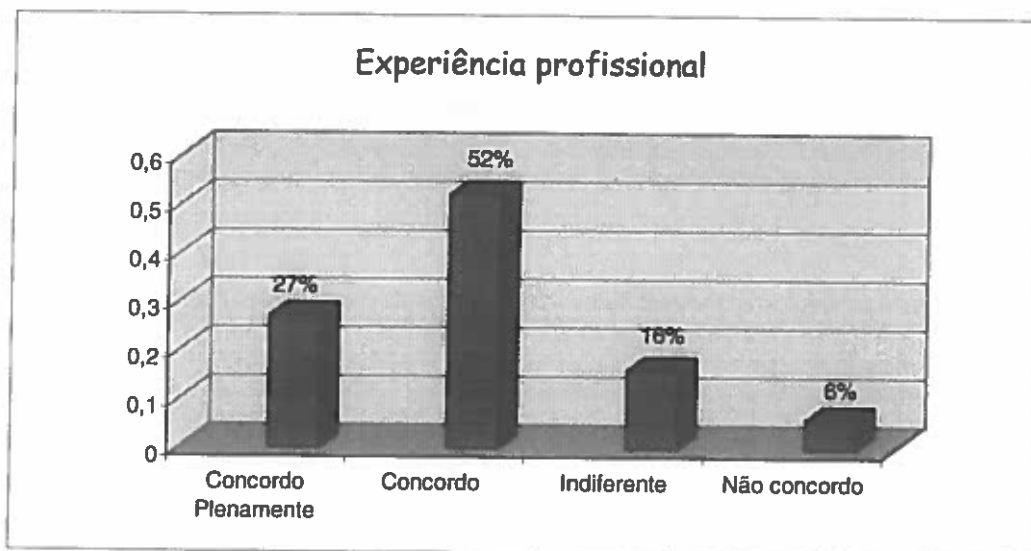


De acordo com o gráfico 34, 53% concordam, 34% concordam plenamente, 9% indiferentes e 3% não concordam com o não comparecimento dos adolescentes como factor dificultador da intervenção do enfermeiro.

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

Segue-se a análise do quadro 5 do questionário, relativamente aos factores que facilitam a intervenção do enfermeiro na prevenção da obesidade na adolescência nos CSP.

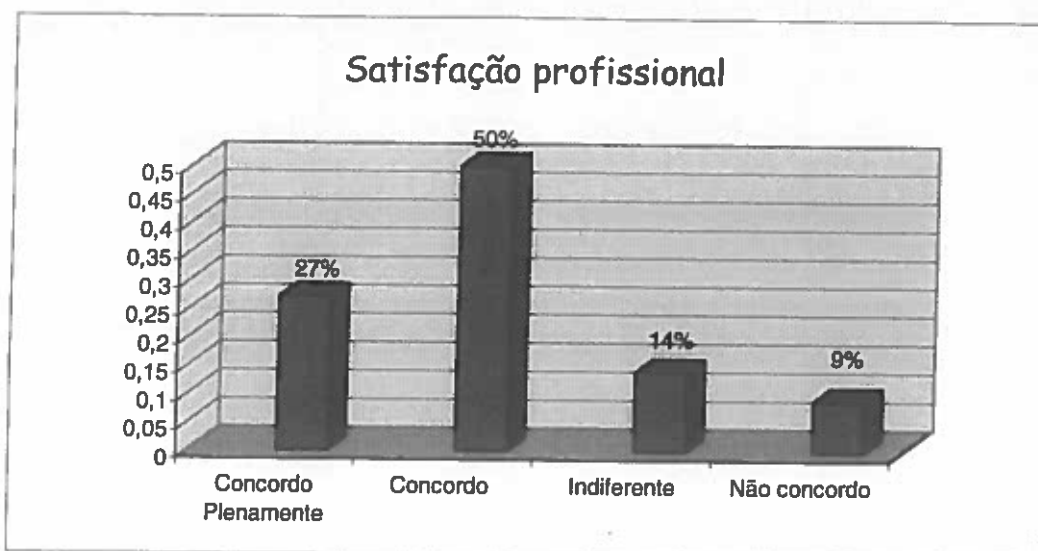
Gráfico 35- Distribuição percentual da amostra segundo o factor “experiência profissional” como factor facilitador da intervenção do enfermeiro



Após a análise do gráfico 35, 57% da amostra concorda, 27% concorda plenamente, 16% responderam indiferente a questão e 6% não concorda, com o facto da experiência profissional facilitar a intervenção do enfermeiro.

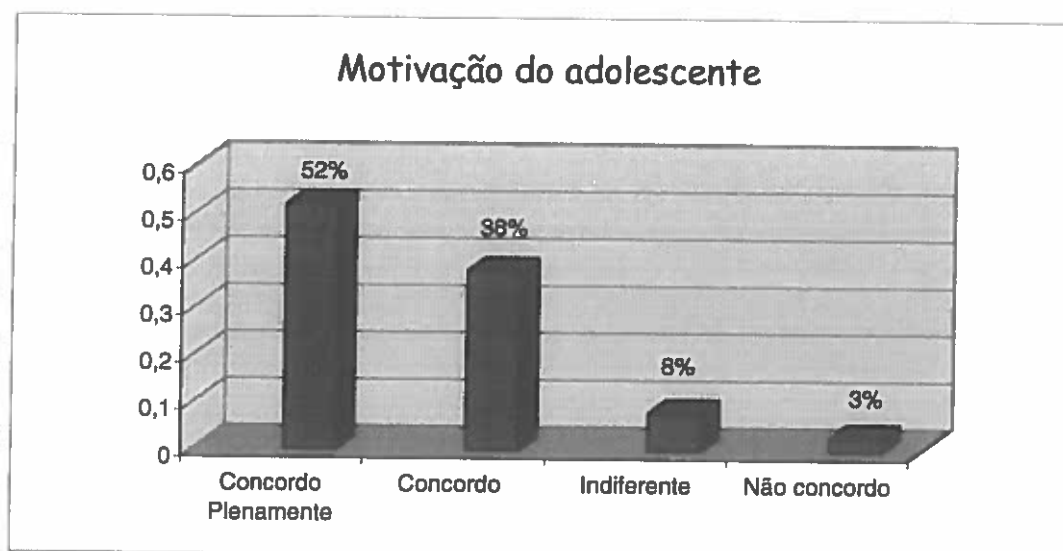
Gráfico 36- Distribuição percentual da amostra segundo o factor “satisfação profissional” como factor facilitador da intervenção do enfermeiro

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência



Com base no gráfico 36, 50% da amostra concorda, 27% concorda plenamente, 14% responderam indiferentes e 9% não concorda com o facto da satisfação profissional facilitar a intervenção do enfermeiro.

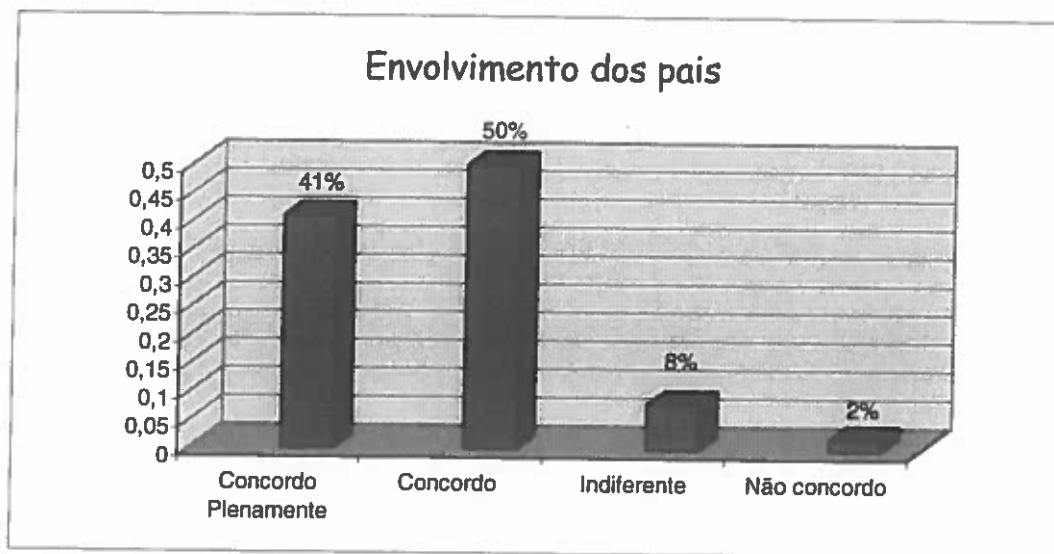
Gráfico 37 - Distribuição percentual da amostra segundo o factor “motivação do adolescente” como factor facilitador da intervenção do enfermeiro



Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

Segundo o gráfico 37, 52% concordam plenamente, 38% concordam, 8% responderam indiferentes e 3% não concordam com o facto da motivação do adolescente facilitar a intervenção do enfermeiro.

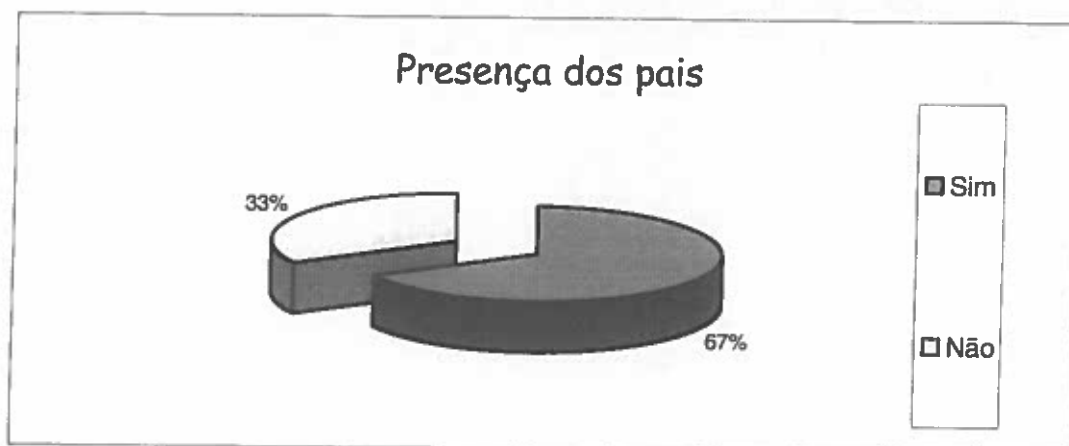
Gráfico 38- Distribuição percentual da amostra segundo o factor “envolvimento dos pais” como factor facilitador da intervenção do enfermeiro



Com base no gráfico 38, 50% da amostra concorda, 41% concordam plenamente, 8% responderam indiferentes e 2% não concordam com o envolvimento dos pais como factor facilitador da intervenção do enfermeiro.

Gráfico 39 – Distribuição percentual sobre a questão: “os pais dos adolescentes costumam estar presentes nas consultas de enfermagem de saúde infanto-juvenil?”

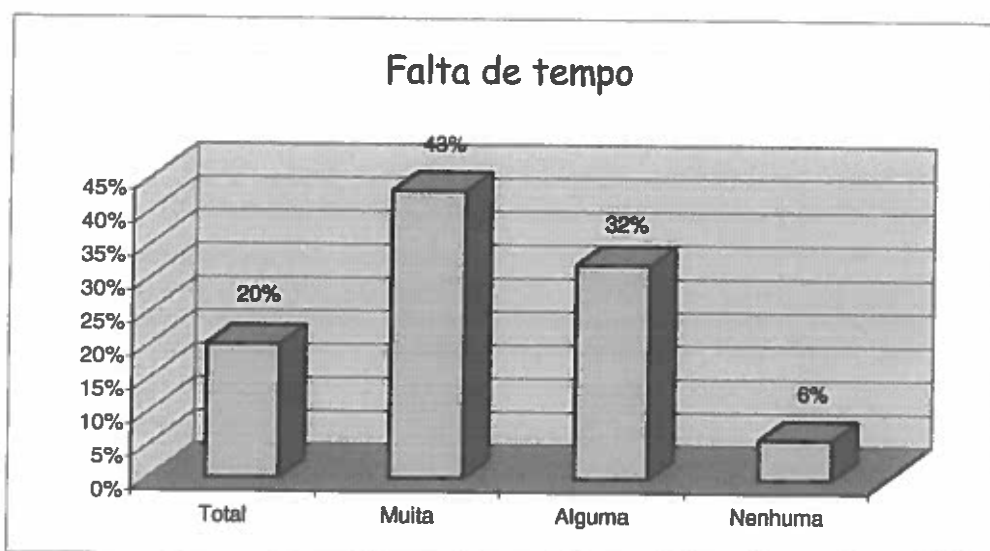
Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência



Analisando o gráfico 39, 67% concordam que os pais dos adolescentes estão presentes nas consultas de enfermagem de saúde infanto-juvenil e 33% não concordam.

Segue-se a análise do quadro 6 do questionário, relativamente aos factores que justificam a ausência dos pais às consultas de saúde infanto-juvenil.

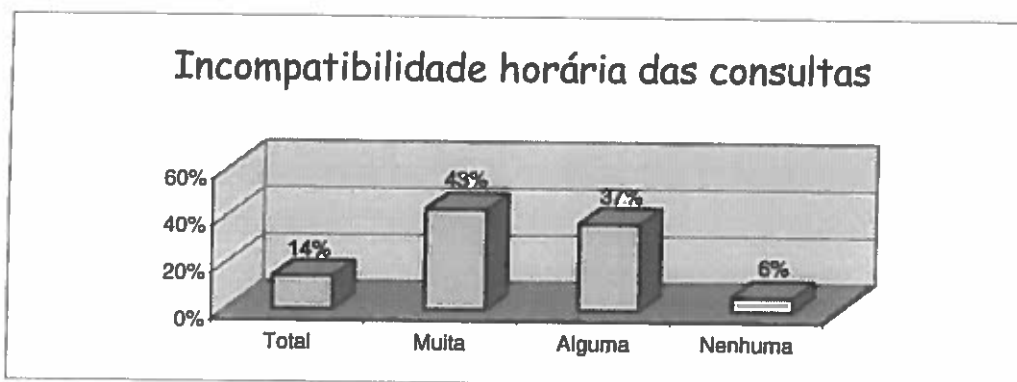
Gráfico 40- Distribuição percentual da amostra segundo o factor "falta de tempo" como factor justificador da ausência dos pais às consultas



Segundo o gráfico 40, 43% atribuíram muita importância, 32% alguma, 20% total e 6% nenhuma importância à falta de tempo como factor justificador da ausência dos pais às consultas.

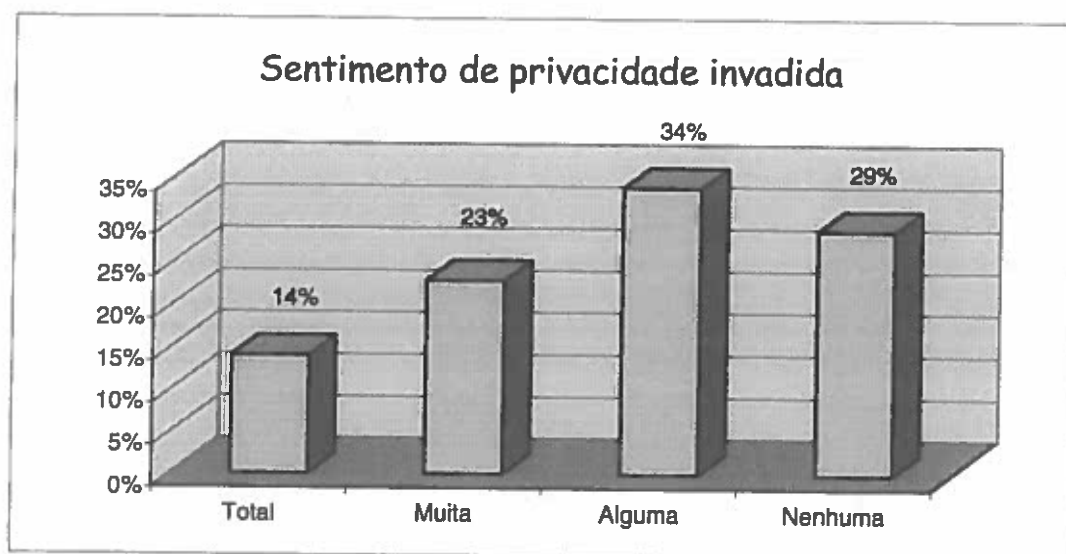
Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

Gráfico 41 –Distribuição percentual da amostra segundo o factor “incompatibilidade horária das consultas” como factor justificador da ausência dos pais ás consultas



Com base no gráfico 41, 43% atribuíram muita importância, 37% alguma importância, 14% total e 6% nenhuma importância à incompatibilidade horária das consultas como justificação da ausência dos pais ás consultas.

Gráfico 42 –Distribuição percentual da amostra segundo o factor “sentimento de privacidade invadida” como factor justificador da ausência dos pais ás consultas



Através do gráfico 42, 34% da amostra atribuiu alguma, 29% nenhuma, 23% muita e 14% total importância ao factor sentimento de privacidade invadida para justificar a ausência dos pais as consultas.

IV- Discussão dos resultados

Ao finalizar o tratamento e a análise dos dados, torna-se pertinente realizar uma discussão dos resultados obtidos no estudo e confrontá-los com a opinião dos diferentes autores.

Segundo Fortin (1999), após a análise dos dados e a sua representação, faz sentido colocá-los num contexto de realidade, isto é discuti-los. A apresentação “bruta” dos resultados não tem sentido senão incluída numa discussão na qual o investigador lhes dá significação.

Em relação aos elementos caracterizadores da amostra, foram recolhidos dados relativos ao género, idade, zona de residência e terem prestado cuidados de enfermagem a um adolescente obeso. A partir dos dados recolhidos à cerca do género, 69% da amostra é do sexo feminino e os restantes 31% do sexo masculino. A média da idade é de 22.8 anos e o desvio padrão é de 13,775 anos. O valor mínimo é de 21 anos e o valor máximo de 29 anos, sendo a moda de 21 anos. Destaca-se que 66% da amostra pertence ao meio urbano e os restantes 34% pertencem ao meio rural.

A obesidade é um problema de saúde pública com grande prevalência em todas as faixas etárias, contudo, dados estatísticos comprovam o seu grande aumento nos adolescentes. Esta doença tem variadas consequências para a saúde do adolescente a nível físico, psicológico e social. De acordo com os resultados obtidos, 39% da amostra respondeu que no decurso da sua formação académica já prestou cuidados a um utente adolescente e obeso.

Segundo Fonseca (2003), são vários os factores responsáveis pela obesidade - hereditariedade, hábitos alimentares, sedentarismo, contexto cultural e ambiental - sendo que, na maioria das vezes, ela resulta da combinação destes factores. Efectivamente, embora haja uma grande componente hereditária, que faz com que filhos de pais obesos tenham maior predisposição para virem a desenvolver a obesidade, como afirma Mayer (s.d. citado em Black e Matassarini-Jacobs, 1996), esta encontra-se também relacionada com outros factores, como os hábitos alimentares não saudáveis. Os resultados obtidos revelam que 56% dos alunos atribuem à hereditariedade alguma importância como factor responsável da obesidade infantil.

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

65,62% atribuíram total importância aos hábitos alimentares não saudáveis como relevantes de provocar obesidade na adolescência.

De acordo com os dados obtidos, 68,70% dos alunos de enfermagem concordam plenamente com o aumento do consumo de alimentos muito calóricos, entre os adolescentes. De facto, um dos principais factores capaz de provocar obesidade na adolescência prende-se com a alimentação. Frequentemente, senão quase sempre, os adolescentes optam por hábitos alimentares menos saudáveis e incorrectos, nos quais os alimentos rapidamente confeccionados (*fast-food*) e os açúcares de rápida absorção são considerados por eles de presença obrigatória. De facto, a alimentação em quantidades acima das necessárias, os petiscos, as guloseimas, o álcool, chocolates, salgadinhos e *fast-food* constituem uma ingestão excessiva de alimentos, representando uma alimentação com alto conteúdo calórico, mas com baixo valor nutritivo (Fonseca, 2003).

Associado a este consumo exagerado de alimentos hipercalóricos, surge a nítida falta de actividade física, que inerente à vida em contextos urbanos, não permite o gasto da energia ingerida, levando à sua acumulação sob a forma de gordura. De forma proporcional, a obesidade é tanto mais frequente quanto maior é o consumo de alimentos e mais reduzida a actividade física, pelo que a obesidade não se instalará caso a relação entre calorias alimentares e gastos de energia se mantiver equilibrada (Peres, 1982), 46,87% atribuem total e muita importância ao sedentarismo como factor resultante da doença em estudo.

Em relação à prática desportiva dos adolescentes, 62,50% dos alunos não concordam que os adolescentes pratiquem exercício físico para além das actividades desportivas da escola. Os adolescentes estão e são cada vez mais sedentários. De acordo com Mendes e Fernandes (2003), a maioria dos adolescentes elegem a televisão como principal actividade de lazer, em detrimento da prática de exercício físico, da leitura e de outras que estimulam a criatividade e a sociabilidade. A ocupação dos tempos livres do adolescente toma enfoque em actividades fisicamente inactivas, como ver televisão, navegar na internet, jogar computador e outros videojogos, ao invés de outras actividades que permitiriam o gasto de energia, como actividades desportivas.

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

A cultura consumista que impera na sociedade determina os padrões alimentares, bem como a respectiva forma de produção e processamento dos alimentos, que em conjunto com as características físicas do país, se constituem como influências deveras marcantes no hábito alimentar das pessoas (Krause e Mahan, 1991). Os alunos atribuíram muita e alguma importância ao contexto cultural (42,18%). Por outro lado, a influência do contexto ambiental, como a cantina e o bar, que rodeando o adolescente, também o influencia nas suas escolhas, disponibilizando quase sempre alimentos pouco saudáveis, como bolos ou outros doces, tostas rápidas, refrigerantes açucarados ou até batatas fritas. 54,68% da amostra concorda plenamente com o facto de os bares e cantinas escolares possuem alimentos muito calóricos, à disposição dos adolescentes.

Segundo Aguiar (1997, citado em Vianna, 2003), está incutido culturalmente que é a mãe a responsável pela aquisição e confecção dos alimentos que os filhos ingerem, pelo que esta tem grande responsabilidade no que concerne à transmissão de hábitos alimentares aos filhos. Por outro lado, actualmente as pessoas têm uma vida cada vez mais agitada, dividida entre as obrigações profissionais e a vida familiar. A falta de tempo nas famílias é outro factor responsável pela obesidade, que faz com que optem por ingerir refeições rápidas, mas mais calóricas e menos saudáveis, que contribuem para esta doença. Grande parte dos adolescentes fazem uma alimentação repetitiva e pouco diversificada (Fonseca, 2003). Cerca de 46,87% da amostra concorda plenamente que as famílias dos adolescentes, pela falta de tempo para a confecção dos alimentos, optam por alimentos pouco saudáveis. 42,18% dos alunos, também, concordam plenamente que existe um aumento do consumo de comidas muito calóricas e pouco diversificada nas famílias dos adolescentes. Aliado a este facto, verifica-se, muitas vezes, que são os próprios adolescentes que confeccionam as suas refeições, pelo que têm tendência para consumir comida não saudável, como hamburguers, salsichas ou batatas fritas, que acabam por ser mais fáceis e rápidos de confeccionar. Segundo Fonseca (2003), em certas famílias nem sequer há tempo para efectuarem uma refeição conjunta, pelo que cada um confecciona os seus próprios alimentos há hora que mais lhe convier.

Constata-se, também, que nas famílias com menos possibilidades económicas a gestão de recursos financeiros não é a mais adequada, pelo que geralmente praticam hábitos alimentares errados, como o abuso de doces e *fast-foods*, o que não acontece nas famílias com maior

poder económico. Este facto é corroborado pelo Ministério da Saúde (2005, p.4), que afirma que “os jovens de famílias socio-económicos desfavorecidos e menos escolarizados têm em geral uma alimentação menos saudável”, 42,18% dos alunos concordam que os fracos recursos económicos constituem um factor de risco para a prática de uma alimentação não saudável nas famílias dos adolescentes.

Porém, o adolescente possui mais do que nunca os recursos económicos que lhes permitem seleccionar autonomamente os alimentos que lhe são “bombardeados”, sem qualquer supervisão e aconselhamento superior. 46,87% concorda com o facto dos adolescentes possuírem recursos económicos para a compra de alimentos é um factor de risco para a prática de hábitos alimentares errados.

Segundo Peres (1982), para que a intervenção junto do adolescente obeso tenha sucesso, é de extrema importância envolver a família em todo o processo, uma vez que, como o jovem segue os modelos familiares, tende a cometer os mesmos erros alimentares que estes. Assim, tal como refere a Ordem dos Enfermeiros (2005), para otimizar as intervenções de enfermagem, o alvo de actuação deverá ser toda a unidade familiar. De acordo com a amostra 46,87% concorda que os pais dos adolescentes comparecem as consultas de enfermagem de saúde infanto-juvenil. Contudo, de acordo com os resultados obtidos, 17,64% considera que os adolescentes não transmitem os conhecimentos apreendidos sobre hábitos de vida saudável aos pais, quando estes estão ausentes e 54,68% são indiferentes a esta questão.

Contudo, os adolescentes parecem recorrer aos CSP para consultas de saúde infanto-juvenil. Esta situação possibilita uma identificação e correcção do problema o mais precocemente possível, bem como todas as medidas de actuação são também implantadas mais tarde, segundo 42,18% da amostra que concordam plenamente que os adolescentes comparecem as consultas de enfermagem infanto-juvenil.

Apesar do tipo de alimentação feita pelos adolescentes depender das suas preferências pessoais, há muito outros factores que o determinam, como a influência da publicidade, do grupo de pares e da família. Assim, para se conseguir intervir no adolescente para prevenir a instalação da obesidade ou para reduzi-la, é necessária uma intervenção a diferentes níveis,

nomeadamente a nível familiar. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2005), é determinante a intervenção dos profissionais de saúde junto de toda a unidade familiar, quando se pretende a alteração de comportamentos que visem a adopção de estilos de vida mais saudáveis. Contudo, constata-se que esta intervenção a nível das famílias nem sempre é conseguida, pois estes dificilmente modificam os seus hábitos alimentares. 42,87% não concordam que as famílias dos adolescentes se encontram motivadas para a mudança para hábitos de alimentação saudável. Posto isto, 34,37% da amostra encontra-se indiferente e 23,43% da amostra não concorda com a questão sobre o apoio das famílias ao adolescente na mudança para hábitos de alimentação saudável.

A publicidade, como referido anteriormente, influencia as escolhas alimentares dos adolescentes. 54,68% concorda plenamente que os hábitos alimentares dos adolescentes são influenciados pela publicidade.

Para o adolescente é importante pertencer a um grupo com o qual se identifique. O grupo de pares tem grande influência na forma como o adolescente vivência esta fase particular da sua vida (Zal, 1992) e interfere nas suas escolhas alimentares. 46,87% concorda plenamente que os hábitos alimentares dos adolescentes são influenciados pelo grupo de pares. Contudo, verifica-se, também, que o grupo de pares constitui, um suporte fundamental para o adolescente estabelecer relações pessoais e sociais saudáveis. É este que muitas vezes, informa o enfermeiro de que determinado colega tem problemas de obesidade e necessita de ajuda. Esta forma de caracterizar os adolescentes no contexto da relação entre pares. Como já foi referido, o excesso de peso provoca sentimentos negativos no adolescente, levando-o a sentir-se mal consigo mesmo, a ter vergonha de si próprio, a isolar-se dos outros e conseqüente discriminação social. Assim, por a imagem corporal do adolescente ser diferente, leva à sua exclusão por parte do grupo de pares (Vitolo, 2003). O grupo de pares adopta, então, atitudes discriminatórias face à diferença, gozando e excluindo o adolescente obeso, utilizando, muitas vezes, alcunhas pejorativas.

Outros factores foram referidos pelos alunos de enfermagem no questionário, como a falta de auto-estima, reduzida actividade física (que se insere no factor sedentarismo), falta de informação, contextos económicos, falta de regras alimentares (inserido no factor hábitos

alimentares).

Cada vez mais se verifica uma maior preocupação de ambos os sexos com a sua imagem / obesidade, pelo que adoptam certos cuidados perante esta. Segundo alguns autores, nomeadamente Erikson (citado em Zal, 1992), quer as raparigas, quer os rapazes, têm vindo a revelar uma crescente preocupação com a sua imagem. Com a maturação derivada do processo de crescimento, dentro de cada jovem surge a preocupação relacionada com o que os outros pensam ou dizem a respeito da imagem de cada um. Sendo este um processo normal, é natural que, quando o físico não está dentro dos parâmetros aceites pela sociedade, o jovem não se sente bem com ele próprio. Realmente, a obesidade faz com que se sintam diferentes perante os outros, o que leva à diminuição da sua auto-estima, culpabilizando-se pelo seu excesso de peso. Desta forma, tornam-se introvertidos, tendo vergonha de expor o seu corpo junto do grupo de pares. Esta situação já foi descrita por vários autores, os quais nos dizem que a obesidade acarreta, muitas das vezes, alterações ao nível emocional. Segundo Vitolo (2003), a depreciação da sua imagem, leva a sentimentos de insegurança, quer na relação com os outros, quer consigo mesmo, não permitindo a este jovem obter prazer através das relações que estabelece, levando ao isolamento do seu corpo e de si.

Verifica-se com este estudo que 31,25% dos alunos responderam que concordam com a questão que refere que o adolescente obeso se culpabiliza pelo seu excesso de peso. A adolescência é um período em que o jovem passa por alterações a variados níveis, caracterizada por um grande desenvolvimento e maturação física, como também a nível psicológico. Muitas vezes, esta é uma etapa de revolta e rebeldia perante os valores que lhes são transmitidos, uma vez que o jovem procura construir a sua própria identidade pessoal. As alterações que ocorrem nesta etapa de vida podem ser, segundo Fonseca (2003), de ordem biológica, cognitiva, psicológica e social, pelo que poderão contribuir para um sentimento de culpa por parte do adolescente, o que é agravado se este for obeso. De facto, a obesidade é responsável por vários distúrbios, quer a nível físico, quer a nível psicológico, influenciando a forma como o adolescente encara a sua imagem e determinando a forma como este se relaciona com os outros.

Muitos adolescentes obesos são pessoas que aparentemente são alegres e despreocupadas no

convívio social, mas sofrem sentimentos de inferioridade, insatisfação, carência afectiva e tendem a revelar profundas necessidades de serem amados e aceites. Contudo, solicitam frequentemente ajuda para resolverem as dificuldades emocionais e comportamentais, como a baixa auto-estima, rejeição dos colegas, dificuldade em namorar, solidão, depressão, agressividade e padrões inadequados de relacionamento familiar (Muller, 1999, citado em Barbosa, 2001). São estes os motivos que levam o adolescente a recorrer voluntariamente à consulta de enfermagem, buscando acompanhamento e solução para os seus problemas e não propriamente por incentivo dos pais. 43,75% considera que concorda com o facto de o adolescente obeso apresentar uma baixa auto-estima, 23,43% não concordam com a característica alegre, 30% concorda com a característica comunicativo, 23% concorda com a característica depressivo, 25% concordam com a característica calmo, 33% não concordam que o adolescente seja anti-social.

A essência do cuidar em enfermagem é assemelhada a uma arte, mas não uma arte qualquer e rotineira, tomando por foco de atenção a promoção de projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue, no intuito da satisfação global da pessoa, de acordo com as suas necessidades efectivas (Ordem dos Enfermeiros, 2005). De facto, em todo o processo de intervenção do enfermeiro na prevenção e/ou redução da obesidade numa faixa etária “bombástica” e em constante mutação como é a adolescência, este é verdadeiramente influenciado por situações, circunstâncias e momentos que condicionam o cuidar, que interferem com o desenrolar de todo o processo de prestação de cuidados. Assim, o enfermeiro surge como um verdadeiro educador e mediador, pelo que a sua intervenção perante o adolescente é alvo de um leque variado de factores facilitadores/dificultadores.

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa ou entre este e um grupo de pessoas (família ou comunidade). Contudo, muitas vezes a intervenção do enfermeiro não é tão bem conseguida, devido a várias condicionantes multifactoriais, que o impedem de prestar cuidados de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Outro dos factores que dificulta a intervenção do enfermeiro no sentido da prevenção/redução da obesidade do adolescente é a falta de recursos humanos e materiais. Quando os profissionais existentes nas instituições não são suficientes para dar resposta às necessidades da população, a intervenção junto desta acaba por ser prejudicada. Actualmente

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

a falta de recursos humanos é uma realidade a nível nacional. Por outro lado, quando os recursos materiais são escassos, torna-se mais difícil a transmissão da informação aos adolescentes. 39% concorda plenamente com a falta de recursos materiais e 48% concorda com a falta de recursos humanos como factor dificultador da intervenção do enfermeiro.

O enfermeiro dos CSP deverá intervir junto do adolescente obeso, no sentido de o ajudar a reduzir o excesso de peso, para melhorar a sua condição física e também assegurar o seu bem-estar psicológico. Contudo, tal como nos refere Assis (1999, citado em Vianna, 2003), esta intervenção poderá ser prejudicada por o adolescente obeso ter, frequentemente, dificuldade em aderir ao tratamento. Esta opinião é partilhada pelos alunos, que consideram que a sua intervenção é muitas vezes dificultada pelo facto dos adolescentes obesos recorrerem pouco às consultas de enfermagem, em busca de auxílio para solucionar o seu problema (53% concorda). Relativamente às actividades desenvolvidas pelo enfermeiro em contexto de saúde escolar, a obesidade ainda não se assume como um dos aspectos que leva o adolescente a solicitar apoio. O facto do adolescente obeso recorrer pouco às consultas de enfermagem faz com que o seu acompanhamento e a implementação de acções destinadas a ajudá-lo a perder peso e a prevenir/minimizar as complicações inerentes à obesidade se iniciem mais tardiamente, o que dificulta todo este processo.

Segundo Peres (1982), para que a intervenção junto do adolescente obeso tenha sucesso, é de extrema importância envolver a família em todo o processo, uma vez que, como o jovem segue os modelos familiares, tende a cometer os mesmos erros alimentares que estes. Assim, tal como refere a Ordem dos Enfermeiros (2005), para otimizar as intervenções de enfermagem, o alvo de actuação deverá ser toda a unidade familiar. Os alunos reconhecem a importância desta intervenção a nível familiar, contudo, apontam a fraca receptividade dos pais como um factor que dificulta a intervenção (48% concorda plenamente). Contudo, 67% considera que os pais dos adolescentes costumam estar presentes nas consultas de enfermagem de saúde infanto-juvenil.

Quanto à presença dos pais dos adolescentes, 33% da amostra refere que os pais não costumam estar presentes nas consultas de saúde infanto-juvenil. 43% dá muita importância à falta de tempo, 43% dá muita importância à incompatibilidade horária das consultas, 34% dá

alguma importância ao sentimento de privacidade invadida, como factores que possam justificar a ausência dos pais.

É reconhecida a importância desta intervenção a nível familiar, contudo, apontam a fraca receptividade dos pais como um factor que dificulta a sua intervenção. Embora se pretenda direccionar a intervenção também para os pais, estes não se mostram muito receptivos, devido a vários factores, como a falta de tempo ou incompatibilidade horária. Outro dos motivos apontados relativamente à fraca receptividade dos pais é o facto de sentirem como que o enfermeiro estivesse a invadir a sua privacidade. Efectivamente, apesar da família se constituir uma instituição social plena de aspectos positivos, muitas vezes, ela se apresenta como elemento de coacção social, geradora de conflitos e ambiguidades (Prado, 1995), dificultando ou impedindo uma adequada prestação de cuidados.

Como factor facilitador, a satisfação perante o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro depende do sucesso ou fracasso das pessoas, das possibilidades oferecidas, e ainda do grau de importância atribuída ao seu trabalho (Martins, 1999).

No decorrer do seu processo de maturação, o adolescente sente necessidade de se tornar independente dos seus pais, construir uma identidade própria, e até criar projectos, mesmo que para uma semana mais tarde contrariá-los. A sua motivação assume-se, portanto, como algo ambíguo e de difícil concretização, pois nesta etapa do seu crescimento, o adolescente descobre que o mundo não pode mais ser visto através dos olhos dos pais: um mundo harmonioso e colorido no qual, independente do que ocorresse, eles estariam protegidos (Barros, cit. in Maakaroun *et al* 1991). Dadas estas características, o adolescente precisa de apoio e de encorajamento para conseguir lidar com as alterações fisiológicas e psicológicas verificadas, como também para o ajudarem a compreender a grande dificuldade de perder peso. Assim, quando o adolescente se sente apoiado, seguro, confortado, compreendido, ouvido, valorizado, motivado, e acima de tudo respeitado pela sua situação de obesidade, abandona a sua posição de introspecção e assume uma postura de mudança activa.

É, então, muito importante dedicar tempo ao adolescente, para o conhecer mais profundamente possível. Esta postura inerente à essência do cuidar, em que a intervenção de

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

enfermagem não está apenas direccionada para a perda de peso, mas também, para ajudar o adolescente a gostar mais de si, tem reflexos na abertura que este assume perante os cuidados de enfermagem

Para que a intervenção junto dos adolescentes tenha sucesso, é, ainda, importante envolver os pais, uma vez que estes podem transmitir hábitos alimentares inadequados ao adolescente (Peres,1982).

De acordo com a amostra, 50% concorda que a satisfação profissional é um factor que facilita a intervenção do enfermeiro, 52% concorda com a experiência profissional, 52% concorda plenamente com a motivação do adolescente e 50% concorda com o envolvimento dos pais.

V. Conclusão

A abordagem e investigação da temática obesidade, torna-se, pois, cada vez mais pertinente, dada a elevada prevalência da obesidade na sociedade actual, nomeadamente entre os adolescentes. Após o percurso desenvolvido até ao momento, é, então, possível revelar algumas conclusões através das quais é pretendido dar resposta aos objectivos inicialmente definidos.

A obesidade na adolescência é resultado da conjugação de diversos factores: hereditariedade, hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo, contexto ambiental e contexto cultural. A amostra referiu ainda a falta de auto-estima, falta de informação e contextos económicos como outros factores a considerar-se. É de salientar a influencia da publicidade, grupo de pares, família e escolas nos hábitos alimentares dos adolescentes.

O enfermeiro deve envolver a família em todo este processo para apoiarem mais o adolescente na mudança para hábitos de vida saudável e para se encontrarem estas, também, mais motivadas para a mudança. Pela falta de tempo, as famílias dos adolescentes consomem alimentos calóricos, repetitivos e pouco diversificados. Contudo, as famílias com poder económico mais baixo representam um factor de risco para a prática de uma alimentação não saudável, em relação às famílias de grande poder económico.

Os alunos apontaram-nos como factores facilitadores para a sua intervenção a satisfação do adolescente e do enfermeiro, na prestação de cuidados. Quando o adolescente se sente motivado, encontra na família um pilar de apoio e recorre voluntariamente às consultas de enfermagem e a intervenção é facilitada. Quando o adolescente visualiza resultados, adere mais facilmente a todo o processo, pelo que adquire uma postura mais extrovertida e assume uma maior facilidade de interacção social. As experiências tidas na prestação de cuidados aos adolescentes obesos são valorizadas como factor facilitador e muito gratificante, ajudando na maximização da qualidade de vida do adolescente.

Noutra perspectiva, existem também factores que dificultam a intervenção do enfermeiro, tendo-nos sido referido que a falta de adesão dos adolescentes às consultas é considerada

como um factor dificultador da sua intervenção. Foram-nos igualmente revelados a fraca receptividade dos pais – devido à incompatibilidade horária ou à falta de tempo, e a falta de recursos humanos e materiais, como dificultadores da actuação do enfermeiro. Perante a necessidade de intervenção familiar identificada, os alunos têm a percepção de que esta não é tarefa fácil, visto que as famílias sentem a sua privacidade invadida.

Após a apresentação das conclusões a que chegámos, consideramos que os resultados obtidos possibilitaram-nos compreender os factores que influenciam a prevenção da obesidade na adolescência. Os alunos caracterizaram como factores que influenciam a adolescência os seguintes factores: hereditariedade, hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo, contexto ambiental, contexto cultural, falta de auto estima, falta de informação, contextos económicos, publicidade, grupo de pares, família e escolas. Em relação aos factores que estes caracterizaram como influenciadores da intervenção do enfermeiro nos CSP são os seguintes: motivação do adolescente, experiência, envolvimento dos pais, falta de adesão dos adolescentes às consultas, fraca receptividade dos pais, falta de recursos materiais e falta de recursos humanos. Concluímos, assim, que os objectivos deste estudo foram atingidos.

A elaboração deste trabalho constituiu um grande desafio. As dificuldades relacionadas com este estudo prende-se com o facto de ser o primeiro trabalho de investigação da aluna, destacando a in experiência a este nível o que condicionou a realização do mesmo.

Existem, também, algumas limitações, que condicionaram o desenvolvimento deste estudo: a necessidade de conciliar a realização deste estudo com as aulas teóricas, com os estágios desenvolvidos e a elaboração de outros trabalhos, limitando o tempo de disponível. Posto isto, seria benéfico alargar esta investigação a um maior número de elementos da amostra, bem como aplicar questionários a uma amostra mais alargada, o que não foi possível pela falta de tempo.

No *terminus* da elaboração deste estudo, salienta-se que foi com grande prazer que este trabalho de investigação foi desenvolvido e é com grande gratificação que é concluído, tendo este constituído uma mais valia para a aprendizagem a nível pessoal e profissional.

VI - Referências bibliográficas

ADEXO. [Em linha]. Disponível em <http://www.adexo.pt>. [Consultado em 22/09/08].

Andrade, M. (2005). *O desenvolvimento das escolhas alimentares em crianças e adolescentes*. Lisboa, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Antunes, C. e Mendes, E. (2004). Estimular a aprendizagem nos jovens. *Nursing*, 193, pp.30-34

Barbosa, D. (2001). *Relação entre mudanças de peso e competências sociais em dois adolescentes obesos durante intervenção clínica comportamental*. São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de S. Paulo.

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70.

Black, J. e Matassarini-Jacobs, E. (1996). *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

Blim, N. T. (1973). *Guia da Alimentação*. Mem Martins: Publicações Europa-América.

Bogdan e Biklen (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto, Porto Editora.

Bolander, V (1998). *Enfermagem Fundamental*. Lisboa, Lusodidacta.

Boog, M. (1997). Educação Nutricional: Passado, Presente, Futuro. *Revista de Nutrição da PUCCAMP Campinas*, 1.

Carpenter, D. e Streubert, H. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. Loures, Lusociência.

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

Clara, I. (2003). A mercantilização chega às calorias. *Jornal a Página da Educação*, 129.

Collière, M. F. (2001). *Cuidar... a primeira arte da vida*. Loures, Lusociência.

Conselho da União Europeia. [Em linha]. Disponível em <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=PRES/05/117&format=HTML&aged=1&language=PT&guiLanguage=en>. [Consultado em 22/09/08].

Correia, D. (1981). *O Coração Saudável e Doente*. Lisboa, Editorial Caminho.

Custódio, J. e Cabrita, M. (2002). Educação para a Saúde: Prioridade em Cuidados de Saúde Primários. *Sinais Vitais*, 44, pp. 55-58.

DECO. [Em linha]. Disponível em <http://www.deco.pt>. [Consultado em 24/11/08].

Direcção Geral de Saúde. [Em linha]. Disponível em <http://www.dgs.pt>. [Consultado em 24/11/08].

Direcção Geral de Saúde (2006). *Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil - Actualização das curvas de crescimento*. Lisboa, DGS.

Direcção Geral de Saúde (1996). *Saúde Escolar – Programa Tipo*. Lisboa, DGS.

Direcção Geral de Saúde (1998). *Saúde dos adolescentes – princípios orientadores*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Direcção Geral da Saúde (2004). *Plano de Acção para a Saúde 2004 – Áreas Prioritárias*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Direcção Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde – 2004-2010, Prioridades*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

Direcção Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde – 2004-2010, Orientações Estratégicas*. Lisboa, Ministério da Saúde.

English, I. (1995). A enfermagem como profissão baseada na investigação. *Nursing*, 88.

Estrela, M. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto, Porto Editora.

Ferriani, M., Dias, T., Silva, K., Martins, C. (2004). Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. *Revista Brasileira*.

Fonseca, H. (2003). *Compreender os adolescentes*. Lisboa, Editorial Presença.

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Gauthier, B. (2003). *Investigação Social*. Loures, Lusociência.

Gil, A. (1995). *“Métodos e Técnicas de Pesquisa Social”*. São Paulo, Editora Atlas.

Gomes, C.; Ferreira, H.; Rocha, M.; Almeida, M. e Sousa, P. (2004). Obesidade na adolescência. *Sinais Vitais*, 56, pp.23 – 26

Hanson, S. (2001). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. Loures, Lusociência.

Iyer, P.; Taptich, B. e Bernocchi-Losey, D. (1993). *Processo e Diagnóstico em Enfermagem*. Porto Alegre, Artes Médicas.

Kerlinger, F. (1980). *Metodologia de pesquisa em Ciências Sociais e um tratamento conceitual*. São Paulo, Editora Pedagógica e Universária.

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

Krause e Mahan (1991). *Alimentos, nutrição e dietoterapia*. São Paulo, Editora Roca.

Liedekerken, P. (1990). *Efectiveness of Health Education*. Utrecht, Dutch Health Education Centre.

Lobiondo-Wood e Haber (2001). *Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

Lopes, M. e Silva, J. (2004). Estratégias metodológicas de educação e assistência na atenção básica de saúde. *Revista Latino-Americana*. 12 (4), p.683-688.

Maakaroun, M; Souza, R.e Cruz, A. (1991). *Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar*. Rio de Janeiro, Cultura Médica.

Martins, J. (1999). *Qualidade de vida e trabalho: o cenário actual do trabalho da Enfermagem numa unidade de terapia intensiva*. Texto Contexto Enfermagem.

Matos, Simões, Carvalhosa e Reis (1998). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses - Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC /OMS*. Lisboa, Aventura Social & Saúde.

Mendes, C. e Antunes, E. (2004). Estimular a aprendizagem nos jovens. *Nursing*, 193, pp.30-34.

Mendes e Fernandes (2003). [Em linha]. ADEXO. Disponível em <http://www.adexo.pt>. [Consultado em 22/09/08].

Mendoza (1990). [Em linha]. ADEXO. Disponível em <http://www.adexo.pt>. [Consultado em 22/09/08].

Ministério da Saúde. (1978). *Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

Ministério da Saúde (1999). *Saúde um Compromisso – A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (1999). *Promoção da saúde e prevenção das doenças não transmissíveis – Programa CINDI*. Lisboa, Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva.

Ministério da Saúde (2006). *Protocolo assinado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Mitchell, Rymberg, Anderson, Dibble (1978). *Nutrição*. Rio de Janeiro, Interamericana.

Nóbrega, F. (1998). *Distúrbios da Nutrição*. Rio de Janeiro, Revintes.

OMS (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde - Primeira conferencia Internacional*. Lisboa, Direcção Geral de Saúde.

OMS (2001). *Acção local: Criação de escolas promotoras de saúde*. Geneva, OMS.

Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. Disponível em http://_www.ordemenfermeiros.pt. [Consultado em 11/11/08].

Peres, E. (1982). *Obesidade, nutrição e dieta*. Lisboa, Editorial Caminho.

Perry, P. (1997). *Fundamentos de Enfermagem, Conceitos, processos e prática*. Missouri, Guanabara Koogan.

Pinto, Ferreira A., Ferreira L., Pereira, Pedrosa e Vendeiro (2006). *Enfermagem*. [Em linha]. Disponível em <http://www.forumenfermagem.org/content/view/2356/5/>. [Consultado em 22/10/08].

Polit, D. e Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre, Artes Médicas.

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº437/91. “Diário da República”, Lisboa, Série _ . 8 Nov, 1991.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº 60/2003. “Diário da República”, Lisboa, Série_ . 1Abr., 2003.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº 161/96. “Diário da República”, Lisboa, Série_ . 4 Set., 2003.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Despacho nº 4571/2005. “Diário da República”, Lisboa, 2ª Série (nº43). 2 Mar., 2005, p.3200.

Prado, D. (1995). *O que é família*. São Paulo, Brasiliense.

Precioso, J. (2004). Educação para a Saúde na universidade: um estudo realizado em alunos da Universidade do Minho. *Revista electrónica de Enseñanza de Las Ciencias* ,3 (2).

Quivy, R. e Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva.

Rego, C.; Silva, D.; Guerra, A.; Fontoura, M.; Mota, J.; Maia, J.; Fonseca, H. e Matos, M. (2004). *Obesidade Pediátrica: a doença que ainda não teve direito a ser reconhecida*. Porto, Unidade de Nutrição do Serviço de Pediatria do Hospital de S.João / Faculdade de Medicina da Universidade, do Porto e com a Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade, do Porto (FCDEF).

Santos, José Estevão (1974). *Os Caminhos da Saúde*. Montijo, Edição do Autor.

Sérgio, A. (2005). Enfermagem. [Em linha]. Disponível em [http// www.spcp.pt](http://www.spcp.pt). [Consultado em 12/09/08].

Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência

SWANSON, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40, p.161-166.

Stanhope, M. e Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa, Lusociência.

Teixeira, L. (2003). O enfermeiro de família no contexto da Saúde XXI – OMS. *Nursing*, 177, pp.6-9.

Vala (1986). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto, Edições Afrontamento.

Vianna, A. P. (2003). A análise da multimídia como ferramenta auxiliar ao processo cognitivo promovido através da educação nutricional em obesos. *Florianópolis*.

Vitolo, M. (2003). *Nutrição – da Gestação à Adolescência*. Rio de Janeiro, Reichmann & Affonso Editores.

Witt, A. (1981). *Pesquisa de Enfermagem*. Lisboa, ACEPS.

Zal, Michael (1992). *A Geração Sanduíche – Entre Filhos Adolescentes e Pais Idosos*. Lisboa, Difusão Cultural.

Anexo I

Questionário

A aluna Nádía Alves Fernandes, do 4º ano do curso de licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, irá realizar um estudo de investigação da área da Enfermagem, que se intitula por "*Factores que os alunos de enfermagem do 4º ano caracterizam como influenciadores na prevenção da obesidade na adolescência.*"

Para a sua concretização, solicita-se a sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário.

A duração média para o preenchimento do questionário é de 10/15 minutos.

As instruções sobre o preenchimento do questionário são: assinalar com uma cruz (X) nos quadros que se encontram no questionário e responder abaixo dos quadros caso ache que possa haver outro factor que considere importante. Nas questões 1 e 2, assinalar com uma cruz (X) a sua resposta.

A informação obtida será tratada com confidencialidade e anonimato.

Obrigada pela sua colaboração.

Porto, 21 de Maio de 2009

A aluna

Nádía Alves Fernandes

(Nádía Alves Fernandes)

Questionário

Género Masculino Feminino

Idade _____ anos

Zona de residência Meio rural Meio urbano

I. Responda à seguinte questão, colocando um X na resposta que considerar.

1. No decurso da sua formação académica já prestou cuidados a algum adolescente obeso?

Sim Não

II. Assinale nos quadros seguintes com um X, as respostas que considerar mais correctas para cada questão ou afirmação apresentada nos quadros.

Quadro 1

Que importância atribui aos seguintes factores de risco de provocar obesidade?	Total	Muita	Alguma	Nenhuma
Hereditariedade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sedentarismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hábitos alimentares não saudáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contexto cultural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contexto ambiental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outros factores

Quadro 2

Em sua opinião:	Concordo Plenamente	Concordo	Indiferente	Não concordo
Os adolescentes consomem cada vez mais alimentos muito calóricos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os adolescentes realizam cada vez mais exercício físico para além das actividades desportivas da escola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os adolescentes obesos culpabilizam-se pelo seu excesso de peso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os adolescentes encontram-se motivados para a mudança de hábitos de vida saudáveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os bares e cantinas escolares têm alimentos muito calóricos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os adolescentes transmitem os conhecimentos apreendidos sobre hábitos de vida saudável aos pais, quando estes estão ausentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os pais dos adolescentes comparecem às consultas de enfermagem de saúde infanto-juvenil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A famílias dos adolescentes, pela falta de tempo para a confecção dos alimentos, optam por alimentos pouco saudáveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os adolescentes comparecem às consultas de enfermagem de saúde infanto-juvenil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe um aumento do consumo de comidas muito calóricas e pouco diversificada nas famílias dos adolescentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os fracos recursos económicos constituem um factor de risco para a prática de uma alimentação não saudável nas famílias dos adolescentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As famílias dos adolescentes encontram-se motivadas para a mudança de hábitos de alimentação saudáveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As famílias dos adolescentes apoiam-nos na mudança para hábitos de vida saudáveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O facto dos adolescentes possuírem recursos económicos para a compra de alimentos é um factor de risco para a pratica de hábitos alimentares errados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os hábitos alimentares dos adolescentes são influenciados pelo grupo de pares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Os hábitos alimentares dos adolescentes são influenciados pela publicidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Quadro 3

O adolescente obeso apresenta as seguintes características:	Concordo Plenamente	Concordo	Indiferente	Não concordo
Auto-estima baixa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alegre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outros factores:

Quadro 4

Os seguintes factores dificultam a intervenção do enfermeiro na prevenção da obesidade na adolescência:	Concordo Plenamente	Concordo	Indiferente	Não concordo
Falta de recursos materiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de recursos humanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausência dos pais nas consultas de enfermagem de saúde infanto-juvenil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não comparecimento dos adolescentes às consultas de enfermagem de saúde infanto-juvenil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outros factores:

Quadro 5

Os seguintes factores facilitam a intervenção do enfermeiro na prevenção da obesidade na adolescência:	Concordo Plenamente	Concordo	Indiferente	Não concordo
Experiência profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfação profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivação do adolescente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envolvimento dos pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outros factores

Os pais dos adolescentes costumam estar presentes nas consultas de enfermagem de saúde infanto-juvenil?

Sim

Não

Se respondeu questão à questão anterior responda à seguinte questão do quadro 6.

Quadro 6

Que importância atribui aos seguintes factores para justificar a ausência dos pais dos adolescentes às consultas de enfermagem de saúde infanto-juvenil?	Total	Muita	Alguma	Nenhuma
Falta de tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incompatibilidade horária das consultas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentimento de privacidade invadida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outros factores:

Obrigada (o) pela colaboração.