

Lino Miguel Quintela Gomes

Hábitos de vida saudáveis e obesidade em jovens entre 20 e 25 anos

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2009

Lino Miguel Quintela Gomes

Hábitos de vida saudáveis e obesidade em jovens entre 20 e 25 anos

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2009

Lino Miguel Quintela Gomes

Hábitos de vida saudáveis e obesidade em jovens entre 20 e 25 anos

Lino Miguel Quintela Gomes

(Lino Miguel Quintela Gomes)

Monografia apresentada à
Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para
obtenção do grau de licenciado
em Enfermagem

Sumário

O presente estudo é intitulado “Hábitos de vida saudáveis e obesidade em jovens entre 20 e 25 anos”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a obesidade como a epidemia global do século XXI, como tal, é imprescindível a realização de estudos de investigação nesta área.

Foram formuladas as seguintes questões de investigação: Quais os hábitos de vida saudáveis em jovens entre os 20 e 25 anos? Qual a prevalência de pré-obesidade e obesidade em jovens entre os 20 e 25 anos?

Como objectivos orientadores deste trabalho temos: Identificar os jovens com pré-obesidade; Identificar os jovens com obesidade; Avaliar os hábitos de exercício físico dos jovens e avaliar os hábitos alimentares dos jovens.

O estudo é de análise quantitativa, descritivo e transversal, para o qual foi elaborado um questionário, como instrumento de colheita de dados, aplicado a uma amostra constituída por 47 jovens entre 20 e 25 anos. Sendo uma amostragem não probabilística acidental.

Deste estudo resultam dados importantes, como: prevalência da obesidade na amostra (7%) e pré obesidade 34%, e reduzida participação dos jovens na prática de exercício físico. Verificou-se ainda uma relação da obesidade com a alimentação, onde se destacam os erros alimentares.

Assim, é fundamental apostar na prevenção, através de ensinamentos de proximidade direccionados aos jovens, no sentido da diminuição de prevalência da obesidade nesta faixa etária e na população em geral.

Dedicatórias

À minha família e namorada...

Agradecimentos

Em especial, à família, pelo apoio, incentivo e paciência neste percurso árduo e sinuoso, mas deveras gratificante.

Aos meus pais por me proporcionarem a oportunidade de uma vida.

A ti, mãe, intenso obrigado pelo suporte e carinho ao longo desta caminhada.

Ao meu irmão, pelas gargalhadas e momentos de desconpressão que tanto me ajudaram.

Um obrigado infinito à minha namorada, pela disponibilidade, motivação, esforço e coragem transmitidas ao longo da elaboração desta monografia. Sem ti, não era possível.

Aos professores, colegas e amigos do curso de Enfermagem, em especial à professora Filomena Cardoso, pela disponibilidade e orientação ao longo da elaboração deste trabalho, dirijo o meu apreço e gratidão.

Aos participantes no estudo, pelo interesse e disponibilidade.

A todos, que directa ou indirectamente, contribuíram para a realização da presente monografia, um sincero obrigado.

“A Obesidade é um ataque terrorista que nos devasta desde dentro.”

Barros

Glossário

Siglas

DGS – Direcção Geral de Saúde

HTA – Hipertensão arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPCO – Sociedade Portuguesa Cirurgia da Obesidade

SPEO - Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade

UE – União Europeia

Abreviaturas

h - horas

Kg – kilograma

m – metros

min. – minutos

nº - número

p. – página

pp. - páginas

Índice Geral	Página
0. INTRODUÇÃO.....	15
I. FASE CONCEPTUAL.....	17
1.1. Definição de obesidade	17
1.2. Classificação da obesidade.....	18
1.3. Morfologia da obesidade.....	19
1.4. Causas da obesidade.....	20
1.5. Consequências associadas à obesidade	21
1.6. Prevenção/Tratamento.....	22
1.6.1. Papel do enfermeiro na prevenção da obesidade	23
1.6.2. Exercício físico.....	24
1.6.3. Alimentação	27
II. FASE METODOLÓGICA	34
2.1. Princípios Éticos.....	34
2.2. Tipo de estudo	35
2.3. População	35
2.4. Amostra	35
2.4.1. Processo de Amostragem	36
2.5. Definição das variáveis	36
2.6. Método e instrumento de colheita de dados	39
2.7. Pré-teste	40
2.8. Tratamento estatístico	40

III. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	41
IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	64
V. CONCLUSÃO.....	68
VI. BIBLIOGRAFIA	69

Referências bibliográficas

Referências electrónicas

ANEXOS

Anexo I – Roda dos Alimentos

Anexo II - Questionário

Índice Gráficos	Página
Gráfico 1 – Distribuição da amostra por género	41
Gráfico 2 – Distribuição do peso dos jovens.....	42
Gráfico 3 – Distribuição da altura dos jovens	42
Gráfico 4 – Distribuição da amostra de acordo com o valor de IMC	43
Gráfico 5 – Distribuição da amostra de acordo com a realização de exercício físico	47
Gráfico 6 – Distribuição da amostra de acordo com o nº de desportos praticados	48
Gráfico 7 – Distribuição da amostra de acordo com a realização de refeições intermédias	52
Gráfico 8 – Distribuição da amostra de acordo com a fonte de informação e a classe de obesidade	57
Gráfico 9 – Distribuição da amostra de acordo com o género e a obesidade	58
Gráfico 10 – Distribuição da amostra de acordo com a realização de exercício físico e obesidade	58
Gráfico 11 – Distribuição da amostra de acordo com o meio de transporte utilizado e a obesidade	59

Índice Tabelas	Página
Tabela I – Estatística descritiva da idade dos jovens	42
Tabela II – Estatística descritiva do peso, altura e IMC dos jovens	43
Tabela III – Distribuição da amostra por localidade de residência	44
Tabela IV – Distribuição da amostra de acordo com a profissão	45
Tabela V – Distribuição da amostra de acordo com as estratégias de prevenção da obesidade	46
Tabela VI – Distribuição da amostra de acordo com as consequências da obesidade	46
Tabela VII – Distribuição da amostra de acordo com a fonte de informação sobre obesidade	47
Tabela VIII – Distribuição da amostra de acordo com o desporto praticado	48
Tabela IX – Distribuição da amostra de acordo com a frequência semanal de exercício físico realizado.....	49
Tabela X – Distribuição da amostra de acordo com a carga horária semanal de exercício físico realizado	49
Tabela XI – Distribuição da amostra de acordo com o meio de transporte utilizado	50
Tabela XII – Distribuição estatística da amostra de acordo com o tempo despendido a andar a pé	50
Tabela XIII – Distribuição estatística da amostra por horas diárias gastas a ver televisão, no computador.....	50
Tabela XIV – Distribuição da amostra por número de refeições diárias realizadas	51
Tabela XV – Distribuição da amostra de acordo com a frequência da realização do pequeno-almoço.....	51

Tabela XVI – Distribuição da amostra de acordo com os alimentos ingeridos ao pequeno-almoço	52
Tabela XVII – Distribuição da amostra de acordo com os alimentos ingeridos nas refeições intermédias	53
Tabela XVIII – Distribuição da amostra de acordo com a confecção dos alimentos ao almoço e jantar	54
Tabela XIX – Distribuição da amostra de acordo com os alimentos ingeridos ao almoço e jantar	55
Tabela XX – Distribuição da amostra de acordo com a frequência de ida ao Centro de Saúde	55
Tabela XXI – Distribuição da amostra de acordo com as estratégias abordadas na consulta de enfermagem	56
Tabela XXII – Distribuição estatística da amostra, por horas despendidas a ver televisão, no computador e a obesidade	60
Tabela XXIII – Distribuição estatística da amostra por número de refeições diárias em relação à obesidade.....	61
Tabela XXIV – Distribuição da amostra de acordo com a frequência de pequeno-almoço e a obesidade	61
Tabela XXV – Distribuição da amostra de acordo com os alimentos ingeridos ao pequeno-almoço e a obesidade	62
Tabela XXVI – Distribuição da amostra de acordo com a alimentação ao almoço e jantar e a obesidade.....	63

0. INTRODUÇÃO

Durante séculos a obesidade foi vista como sinónimo de beleza, riqueza e poder. No entanto, hoje, constitui um problema importante de saúde, tanto pelo impacto que provoca na esperança média de vida como pela diminuição da sua qualidade. Entre as doenças nutricionais é a que cresce mais no mundo, com consequências alarmantes em todas as faixas etárias. (Viuniski, 2005, p.212).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde. É uma doença crónica, com enorme prevalência nos países desenvolvidos, atinge homens e mulheres de todas as etnias e de todas as idades, reduz a qualidade de vida e tem elevadas taxas de morbilidade e mortalidade.

O tema sobre obesidade foi escolhido porque é relevante para a enfermagem, principalmente no que compete à prevenção através de ensinamentos à comunidade, como são exemplo, as acções de educação para a saúde. Mas, para que essas intervenções sejam eficientes é imprescindível perceber os hábitos de vida da nossa população, mais concretamente, para este estudo de investigação dos jovens adultos.

Foi escolhido o seguinte tema, Hábitos de vida saudáveis e obesidade em jovens entre os 20 e 25 anos, devido à grande importância desta patologia na sociedade actual e aumento da incidência. Há tantas pessoas obesas a nível mundial que a OMS considerou esta doença como a epidemia global do século XXI.

A obesidade não é uma problemática isolada, segundo Bouça D. *cit in* Moreira (2005, p.9), cada vez mais, em todo o mundo, “tem-se registado um aumento preocupante da obesidade em todos os grupos etários, percorrendo todos os níveis socioeconómicos e educacionais”.

O autor Moreira (2005, p. 13) diz que “ (...) nos últimos anos a prevalência de obesidade tem vindo a aumentar de forma alarmante nos países industrializados e, em Portugal, 44% dos homens e 46% das mulheres apresentam excesso de peso ou obesidade.”

Para a elaboração do estudo foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

Quais os hábitos de vida saudáveis em jovens entre os 20 e 25 anos?

Qual a prevalência de pré-obesidade e obesidade em jovens entre os 20 e 25 anos?

Os objectivos definidos para este estudo são os seguintes:

- Identificar os jovens com pré-obesidade.
- Identificar os jovens com obesidade.
- Avaliar os hábitos de exercício físico dos jovens.
- Avaliar os hábitos alimentares dos jovens.

O trabalho foi estruturado da seguinte forma, fase conceptual, que contempla a revisão bibliográfica, consiste no aprofundamento dos conhecimentos relativos a esta temática. Este momento é o alicerce do trabalho de investigação, será o suporte para a discussão dos resultados e conclusão do trabalho. Aborda-se a problemática central, a obesidade, suas causas e consequências, prevenção e tratamento, assim como os hábitos de vida saudáveis são considerados o exercício físico e a alimentação saudável.

Seguido da fase metodológica, apresentação e análise de dados, respectiva discussão dos resultados e conclusão.

Este trabalho de investigação é um estudo do tipo descritivo, com abordagem quantitativa e transversal. A população definida para este estudo é, jovens com idade compreendida entre 20 e 25 anos, residentes no concelho de Gondomar. Como a população em causa é extensa, o instrumento de colheita de dados (questionário) é aplicado a uma amostra de 47 jovens representativos da população. Posteriormente realiza-se o tratamento estatístico dos resultados obtidos, nesse sentido optou-se pelo programa Microsoft Excel 2007.

I. FASE CONCEPTUAL

Este capítulo consiste de acordo com Fortin (2003, p.371) “ (...) na descrição e explicação das relações que existem entre os conceitos estudados numa dada investigação e que estão contidos numa teoria.”

São definidos os conceitos mais importantes sobre este tema, sendo o primordial a obesidade. Também são abordadas as possíveis causas desta patologia, focando aquelas que serão estudadas com recurso ao questionário. Temos então, a hereditariedade a actividade física, alimentação, estilo de vida sedentário (televisão, computador). Como repercussões da obesidade existe um leque diversificado de doenças, sendo as mais recorrentes, patologia cardiovascular e *diabetes mellitus II*.

1.1. Definição de obesidade

Como defende Galvão-Teles, (1999, p.11). “A obesidade é definida como a doença produzida pela presença de excesso de tecido adiposo (...) obesos são aqueles que têm um peso acima de padrões arbitrários definidos em relação às respectivas alturas.” O mesmo autor refere ainda que “A má alimentação pode produzir obesidade.”

A obesidade é considerada pela Organização Mundial de Saúde, OMS (2001) como uma doença crónica que resulta do armazenamento excessivo de gordura, devido à ingestão exagerada relativa às necessidades e à actividade física, a um ponto que comprometa a saúde do indivíduo. Este é o resultado da interacção entre factores genéticos, hormonais, socioculturais e comportamentais. A obesidade é uma condição com várias dimensões, sociais e psicológicas.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 reconhece que a obesidade é um enorme problema de saúde pública, pela elevada prevalência, natureza crónica do seu curso, morbilidade e mortalidade que se acompanha, assim como, pelas dificuldades e complexidade do tratamento. (Barros, 2008, p.11).

A modernidade do nosso quotidiano nem sempre é favorável no que à saúde se refere, pois segundo Galvão-Teles, (2008 p.33) “A obesidade ocorre nas populações ocidentais

de países ditos desenvolvidos (...) em grande aumento, nas restantes populações não ocidentalizadas, de países não desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento.”

A mesma dimensão do problema é referido pela Sociedade Portuguesa de Cirurgia da Obesidade SPCO (2008) “a obesidade é a forma mais comum de malnutrição no mundo ocidental, é uma doença crónica (...) com muitos anos de evolução.”

A OMS reconhece que, neste século, a obesidade tem uma prevalência igual ou superior à da desnutrição e das doenças infecciosas. Por tal facto, se não se tomarem medidas drásticas para prevenir e tratar a obesidade, mais de 50% da população mundial será obesa em 2025. (DGS, 2005)

1.2. Classificação da obesidade

Segundo Ogden (2004, p.162), “a obesidade pode ser definida de diversas formas, o Índice Massa Corporal (IMC) é a definição mais utilizada, este permite avaliar a adequação entre o peso e a estatura de um indivíduo”, sendo calculado pela seguinte fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso (Kg)}}{\text{altura}^2(\text{m})}$$

A avaliação do IMC é fácil e prático, que de acordo com Galvão-teles, (2008 p.24) “é aplicável qualquer que seja o grau de obesidade e fornece uma avaliação habitualmente satisfatória da obesidade, para as necessidades da clínica e da epidemiologia”, continuando, e segundo o mesmo autor “Desta forma, o IMC tornou-se uma referência internacional e deve ser o método preferido.”

De acordo com a DGS (2005) a obesidade é classificada nas três classes seguidamente enunciadas:

Classe I (IMC 30,0-34,9); **Classe II** (IMC 35,0-39,9); **Classe III** (IMC \geq 40,0)

Existe relação entre as classes referidas de obesidade e o risco de comorbilidades, que podem ser afectada por uma série de factores, incluindo a alimentação e o nível de actividade física. DGS (2005)

De seguida é apresentado o quadro 1 com os valores da classificação do peso de acordo com o IMC, e respectivo risco de comorbidades. Sendo estes os valores de referência da direcção geral de saúde.

Quadro 1 - Classificação da obesidade no adulto em função do IMC e risco de comorbidades

Classificação	IMC (Kg/m ²)	Risco de Comorbidades
Baixo peso	< 18,5	Baixo (mas risco aumentado de outros problemas clínicos)
Varição normal	18,5 – 24,9	Médio
Pré-obesidade	25,0 – 29,9	Aumentado
Obesidade Classe I	30,0 – 34,9	Moderado
Obesidade Classe II	35,0 – 39,9	Grave
Obesidade Classe III	≥ 40,0	Muito grave

OMS 2000 cit in DGS (circular normative 03/2005)

1.3. Morfologia da obesidade

Os dados sobre o IMC transmitem-nos a relação do peso com a altura e, portanto, o eventual nível de peso excessivo. No entanto, não nos podem revelar nada a respeito da morfologia da obesidade, ou seja, a distribuição da gordura no corpo. Carmo *et al* (2008 p. 29)

Como refere Carmo *et al*, (2008, p.29) “A localização da gordura pode ser avaliada de forma indirecta através da medição do perímetro da cintura.” De acordo com a DGS (2005), a avaliação do perímetro da cintura é realizada utilizando fita métrica, no ponto médio entre o rebordo inferior da costela e a crista ilíaca.

De seguida são abordadas as diferentes morfologias associadas à obesidade segundo, Galvão-Teles, (2008 p.25):

“Obesidade ginóide, em que a gordura se distribui sobretudo na metade inferior do corpo, principalmente regiões glúteas e coxas”, sendo típica da mulher obesa.

“Obesidade andróide, em que a gordura se acumula sobretudo na metade superior do corpo, principalmente no abdómen, estando frequentemente associada a um acréscimo da adiposidade visceral”, sendo típica do homem obeso.

O referido acréscimo de adiposidade visceral é também designado de obesidade abdominal, da qual advém um aumento das complicações, como explica o autor, (Berkow 2006, p.51),

“a obesidade abdominal foi relacionada com um risco muito mais elevado de doença coronária e com três dos seus grandes factores de risco: a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus* tipo 2 e a dislipidemia (...) nas pessoas com obesidade abdominal, os riscos reduzem-se com a perda notória de peso.”

1.4. Causas da obesidade

De acordo com Carmo (2005 p.25), “há dois factores que são determinantes para a obesidade: a hereditariedade e os hábitos de vida.”

A hereditariedade parece ser uma característica muito importante no que toca às causas da obesidade, uma vez que a plausibilidade de uma criança ter peso a mais, está confrontada com o peso dos seus progenitores. Assim, esta probabilidade de uma criança ser obesa, está manifestada em 40% se o pai ou a mãe forem obesos e aumenta consideravelmente, para cerca de 80% se ambos forem obesos. (Ogden, 1999).

Também para Berkow, (2006, p.50) “Investigações recentes sugerem que, em média, a influencia genética contribui em 33%, aproximadamente, para o peso do corpo (...)”

Considera-se que os genes envolvidos no aumento de peso aumentam a susceptibilidade ao risco para desenvolver obesidade, quando o indivíduo é exposto a condições ambientais favorecedoras. A obesidade tem, assim, tendência familiar, vendo-se, com frequência, crianças obesas filhas de pais obesos. (DGS 2005, Circular normativa n°3/2005).

Complementando a ideia referida e citando Carmo (2005, p.25),

“ (...) filho de dois obesos tem muita possibilidade de herdar os genes da obesidade. Mas também é provável que, desde o nascimento, seja submetido a hábitos de excessos alimentares e de ingestão de comidas hipercalóricas. Trata-se de uma hereditariedade de genes e de uma hereditariedade cultural.”

Outros autores também defendem a hereditariedade como causa de obesidade, como define Galvão-Teles *et al* (2008, p.46) “existe susceptibilidade genética quando se evidencia obesidade na história familiar (sobretudo se os dois progenitores são obesos).”

Os hábitos de vida citados anteriormente como um factor determinante para a obesidade, serão abordados posteriormente numa perspectiva preventiva e de tratamento, realçando o exercício físico e os hábitos e comportamentos alimentares.

1.5. Consequências associadas à obesidade

Segundo a DGS (2005), a obesidade é uma doença crónica com génese multifactorial, constituindo um factor de risco para desenvolvimento e agravamento de doenças. Assim, se mantida a longo prazo poderá desencadear doenças cardiovasculares, cancro e diabetes *mellitus tipo II*. Em Portugal, os custos directos da obesidade, absorvem 3,5% das despesas totais de saúde.

A obesidade não é só uma patologia, mas também um factor de risco, para Silva (2000, p.255) “Nenhum outro factor de risco afecta tão marcadamente o perfil de risco, na medida em que a obesidade influencia negativamente todos os factores de risco.”

Outro factor de risco associado à obesidade é a hipertensão arterial e citando Saldanha (2001, p.56) “ (...) 60% dos hipertensos têm sobrecarga ponderal.” Sendo o excesso de peso um factor de risco para patologias associadas à hipertensão arterial.

Segundo Barros (2008, p.40) “(...) a obesidade é um dos factores mais importantes e modificáveis de risco cardiovascular e até de cancro, as duas principais causas de doença e morte nas sociedades desenvolvidas.”

Sendo a doença cardiovascular a principal causa de morbidade e mortalidade em Portugal, os seus factores de risco podem ser combatidos na generalidade com exercício físico, senão vejamos, “para além de ultrapassar o problema do sedentarismo, diminui a hipertensão arterial, combate a dislipidémia e a obesidade, diminui a hiperglicémia ajudando a combater a diabetes *mellitus tipo II* (...)” Marques (2005, p.16).

Focando um pouco na Diabetes *mellitus tipo II* (diabetes não insulino dependente), a obesidade é considerada pela OMS como o factor de risco mais importante para o desenvolvimento da *diabetes tipo II*, quando analisado isoladamente. “Cerca de 80% e 90% dos indivíduos com *diabetes tipo II* são obesos.” (Galvão Teles *et al*, 2008, p.37)

Na diabetes *mellitus tipo II* o pâncreas continua a produzir insulina, inclusive em valores mais elevados que os normais. Contudo, o organismo desenvolve uma resistência aos seus efeitos e o resultado é um relativo défice insulínico. (Berkow 2005, p.81)

1.6. Prevenção/Tratamento

Numa perspectiva de prevenção, o planeamento de medidas e a definição de estratégias devem ser aplicadas com precisão nos serviços prestadores de cuidados de saúde e difundidas pela população, de modo a travar a progressão de um problema tão grave como a obesidade (DGS, 2005).

Para obter resultados globais satisfatórias no tratamento da obesidade, Silva (2000, p.218) defende que “são obtidos com intervenções combinando programas comportamentais, nutricionais e de exercício físico.”

Contudo o tratamento desta patologia é complexo, “O problema é que o tratamento da obesidade é paliativo e não curativo (...) é uma doença crónica que necessita de tratamento crónico e constante vigilância” (*ide ibidem*), podendo a prevenção, ser considerada o melhor tratamento desta patologia.

Do lado antagónico ao sedentarismo (causa de obesidade) está o exercício físico, que “é uma, se não a melhor, terapêutica da obesidade” (Marques *et al* 2005, p.18)

De acordo com o referido autor, o tratamento desta patologia deve incidir sobre os comportamentos alimentares e de exercício físico, como tal, serão abordados seguidamente com maior complexidade, contudo, numa perspectiva preventiva.

1.6.1. Papel do enfermeiro na prevenção da obesidade

De acordo com o ministério da saúde, DGS (2004), as políticas de saúde têm referentes fundamentais na noção de cuidados de saúde primários, expressos pela conferência de Alma Ata em 1978, que estabelecia uma ordem prioritária na prevenção da doença e na promoção da saúde. A adopção do conceito de metas para a saúde, como elemento fundamental para a formulação de políticas de saúde para todos; e a ideia de promoção de saúde, através da carta de Ottawa em 1986, em que se reconhecem os determinantes culturais da saúde, dos estilos de vida saudáveis e dos meios organizacionais específicos, redes de cidades saudáveis, escolas promotoras de saúde, promoção de saúde nas empresas. (Rodrigues *et al*, 2005 p. 15)

A enfermagem comunitária é um serviço centrado em famílias, que respeita e encoraja a independência e o direito dos indivíduos e famílias a tomarem as suas decisões. Desenvolve estratégias para a promoção e manutenção de estilos de vida saudáveis e prevenção da doença numa perspectiva de melhoria da qualidade de vida. (Correia *et al*, 2001 *cit in* Carvalho 2006, p.39)

Segundo Latter *cit in* Carvalho (2006) os enfermeiros têm um papel chave na promoção da saúde, melhorar o desempenho nesta área é uma forma de desenvolver educação para a saúde e aumentar os ganhos em saúde da população.

Mais especificamente é realçada a importância da enfermagem na comunidade, para Queiroz 2000, (*cit in* Carvalho, 2006. p. 40),

“(...) o papel do enfermeiro na comunidade consiste em possibilitar a autonomia, criar oportunidades, reforçar convicções e competências, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem, num processo de crescimento e desenvolvimento.”

A obesidade como muitas outras patologias pode e deve ser tratada, mas neste caso concreto o melhor tratamento será mesmo a prevenção. Tendo os enfermeiros um papel

preponderante nesta área, perspectivando a promoção de hábitos de vida saudáveis através da educação para a Saúde, na consulta de enfermagem e noutros momentos que o enfermeiro considere pertinentes.

A DGS (2005) definiu estratégias para o combate/prevenção da obesidade, nas quais os enfermeiros têm o seu papel bem vincado, principalmente no que concerne à prevenção, através de educação para a saúde. “Produzir e divulgar, pelas equipas de saúde escolar, orientações técnicas sobre abordagem da pré-obesidade e da obesidade,” (...) “e identificação de crianças com factores de risco para a obesidade.” (DGS (2005) Circular normativa, nº3/DGCG, de 17 de Março).

Como intervenções gerais para a obesidade o enfermeiro no contexto de consulta de enfermagem deve, segundo Trota (2001, p.111) “Conhecer o peso e altura de todos os pacientes; Educar sobre os riscos de peso excessivo; Sublinhar a importância da alimentação saudável e exercício físico.”

Numa perspectiva preventiva e mais específica, a alimentação saudável, o enfermeiro tem diversas intervenções ao seu dispor, como, o aconselhamento breve, “pode ser uma técnica do pessoal de enfermagem que consiste, na avaliação da disposição do doente para a mudança, a motivação ou planificação das acções e do acompanhamento.” (Trota, R. 2001, p. 78)

O exercício físico também deve fazer parte do plano de prevenção ou tratamento, no que concerne à enfermagem, o enfermeiro deve, de acordo com Trota, (2001, p.111) “(...) aconselhar quanto ao início, aumento e manutenção da prática de algum exercício físico ou desporto, conforme a actividade do paciente.”

1.6.2.Exercício físico

Antes de falar em exercício físico é imprescindível perceber no que este consiste, “a actividade física é representada pelo movimento que se faz, enquanto que, exercício físico é a actividade física programada, orientada.” (Marques 2005, p.9)

O exercício físico deve ser “praticado de forma suave mas persistente, evitando o cansaço excessivo.” Saldanha (2001, p.33) e em relação à frequência em que o exercício é realizado, Moreira (2005, p.56) diz:

(...) “30 minutos de actividade física com intensidade moderada, na maioria dos dias da semana, ou três ou mais sessões semanais de actividade física intensa, sejam suficientes para proporcionar modificações significativas e capazes de conduzir, a longo prazo, a importantes benefícios para a saúde” (...)

A importância da prática regular de exercício físico é também referida por Dwyer J. *cit in* Silva (2000 p. 257) explicando que as recomendações actuais são de que “os adultos deveriam acumular, diariamente, 30 minutos, ou mais, de actividade física de moderada intensidade, durante a maior parte dos dias da semana.”

Existe consenso no que ao exercício físico diz respeito e suas vantagens para a saúde, de acordo com Silva (2000, p.257), “dentro de limites fisiológicos, quanto maior a regularidade, a intensidade e o somatório do tempo semanal dedicado ao exercício físico, maiores serão os benefícios do mesmo.”

O exercício físico realizado não é todo igual, como define Saldanha (2001, p.33) “O tipo de exercício mais aconselhado (...) é o aeróbio, de que a marcha é o principal representante, esta deverá ser praticada quatro a cinco vezes por semana durante 30 minutos. As actividades contínuas aeróbias “induzem maior gasto calórico e são por isso preferíveis no controlo de peso” (Galvão Teles, 2008, p.68). O exercício físico define-se como aeróbio, citando Carmo (2005 p.85), “ (...) obriga a uma maior frequência cardíaca e um maior consumo de oxigénio, devido ao esforço.”

Além da marcha, nadar, dançar ou andar de bicicleta são igualmente indicados. Assim como, subir escadas, ginástica, *jogging*. (Silva. 2000, p.257)

Outro tipo de exercício físico é o anaeróbio, como exemplo, a musculação, prefaciando Carmo (2005 p.85) “(...) ocupa-se do desenvolvimento de um grupo de músculos e não do esforço que envolve o corpo todo”.

Várias vantagens são relacionadas com a prática de exercício físico regular, segundo Silva (2000, p.257),

“(…) melhora o perfil lipídico, a sensibilidade à insulina e a tolerância à glicose (a prevalência de *diabetes tipo II* é duas a quatro vezes inferior nos indivíduos mais activos), reduz o risco de HTA e obesidade, desenvolve o aparelho cardiovascular e microvascularização, incrementa a tolerância ao esforço e reduz os níveis de ansiedade.”

A DGS (2005) refere que o exercício físico regular fornece aos jovens inúmeros benefícios (físicos, mentais e sociais) para a saúde. No entanto, os jovens, hoje em dia, estão cada vez mais inactivos, inadaptados e a aumentar excessivamente de peso. Para Berkow (2006, p.50),

“A actividade física reduzida é provavelmente uma das principais razões para o aumento da obesidade entre as pessoas das sociedades opulentas. (...) As pessoas sedentárias precisam de menos calorias.”

É apontado que haja complicações associadas ao sedentarismo, avaliando que este hábito pouco saudável “(...) é sem dúvida alguma, um grave factor de risco para as doenças cardiovasculares.” Saldanha (2001, p.32)

Conforme nos mostra Marques, *et al* (2005, p.18) “Relativamente à obesidade, Portugal é um dos países a nível mundial onde a sua prevalência mais cresce, havendo uma significativa correlação com o sedentarismo.”

Analisando a nossa população e os seus hábitos sedentários a DGS (2005) evidencia que os padrões e níveis de actividade física nacionais, indicam uma população eminentemente sedentária, nomeadamente as mulheres e os mais velhos, os de menor escolaridade e de classe social mais baixa.

Uma solução para uma diminuição do sedentarismo é dada por Galvão-Teles, (2008 p.71),

“Limitar o tempo dispensado em actividades sedentárias (por exemplo, ver televisão, usar computador e jogos electrónicos), usar mais transportes públicos e menos o automóvel e escolher actividades mais activas para ocupar os tempos de lazer.”

De uma forma mais sucinta e de acordo com Martins (2006 p.30), “Os benefícios, em termos de saúde pública, resultantes do aumento da actividade física, são potencialmente enormes, devido quer à prevalência dos estilos de vida sedentários, quer ao impacto da actividade no risco de doença.”

Assim, a actividade física ou escassez desta pode influenciar a obesidade, mas agrava-se se a associarmos a erros alimentares como define Barros, (2008, p.20) “parte do princípio de que o peso aumenta porque a preguiça em se exercitar é ainda agravada por um apetite guloso, que não resiste aos estímulos alimentares”

1.6.3. Alimentação

A alimentação tem sido, ao longo da história, uma constante nas preocupações fundamentais do Homem. O desenvolvimento das civilizações tem estado intimamente ligado à forma como o indivíduo se alimenta. Pode mesmo afirmar-se que a alimentação determinou o futuro e o destino das populações (Breda, 2003).

A sociedade actual facilita o consumo excessivo de energia, com a abundância de alimentos relativamente baratos, de alta densidade energética, muitas vezes disponíveis em estabelecimentos de comida rápida, convenientemente colocados, que convidam a alimentação extra-domiciliaria. (Moreira, 2005, p.65).

Para Breda (2003), a alimentação consiste em obter do ambiente uma série de produtos naturais ou transformados, que conhecemos pelo nome de alimentos, que contêm substâncias químicas denominadas nutrientes.

➤ Nutrientes

Nutriente ou nutrimento é toda a substância indispensável à vida que o organismo pode ou não sintetizar. São os componentes dos alimentos que o organismo utiliza para obter energia, construir e reparar as suas estruturas bem como regular as várias funções vitais. (Femenías e Hernández, 2003).

Para uma alimentação variada, devemos ingerir todos os diferentes nutrientes, que são enunciados por Hark, (2005 p.35):

“Os elementos da nutrição são as proteínas, gorduras, hidratos de carbono, fibras e micronutrientes (vitaminas e sais minerais). O nosso corpo necessita de proteínas para o crescimento e reparação, de hidratos de carbono para ter energia e de fibras para uma digestão eficaz.”

Os elementos da nutrição anteriormente mencionados são seguidamente abordados no que respeita à sua função e importância na nossa alimentação.

O principal papel atribuído às proteínas é de carácter estrutural e funcional. Apesar de também poderem ser nutrientes energéticos, um organismo nutricionalmente equilibrado utiliza muito pouco as proteínas para a combustão energética. (Breda, 2003)

Ainda que as proteínas alimentares sejam sobretudo indispensáveis para a “renovação das proteínas do organismo, elas participam também no fornecimento de energia (apenas 15% da energia total)”. (Rémésy, 1994,p.23)

Por sua vez, os hidratos de carbono ou glícidos, constituem a “fracção energética mais importante da porção alimentar, fornecendo mais de 50% da sua energia ao organismo humano”. (Rémésy, 1994, p.11)

As fibras são hidratos de carbono indigeríveis, não têm valor energético mas contribuem para a regulação de vários processos metabólicos. Segundo Moreira (2005, p.67),

“as fibras têm a capacidade para atrasar o esvaziamento do estômago e intestino delgado, tornando a absorção de nutrientes mais lenta, levando a uma saciação precoce, têm também grande importância na perda de peso”.

Os lípidos “são os maiores constituintes do nosso organismo para o armazenamento ou fornecimento de energia.” (Rémésy, 1994, p.33). Contudo, os lípidos “não são necessários em grande quantidade, apesar de indispensáveis na nossa alimentação”. (Boavida et al, 2004, p.63)

Uma alimentação com elevado teor de lípidos não corresponde a uma necessidade puramente nutricional, fomentando uma série de problemas metabólicos. Tendo em conta uma nutrição preventiva, a ingestão lipídica deve ser limitada, visto que um excesso de fornecimento destes nutrientes implica o aparecimento das doenças cardiovasculares e cancro. (Rémésy, 1994)

Os micronutrientes são as vitaminas e os minerais, que se distribuem pelos vários alimentos de forma desigual, embora necessários em menores quantidades, são indispensáveis para o pleno aproveitamento dos nutrientes e o bom funcionamento do organismo.

- Vitaminas: A, D, E, K (lipossolúveis), C e complexo B (hidrossolúveis).
- Minerais: sódio, potássio, cálcio, magnésio, fósforo, ferro entre outros.

➤ Roda dos alimentos

Segundo a DGS (2005), a nova Roda dos Alimentos (anexo I) é composta por sete grupos, com funções e características nutricionais específicas:

Os valores apresentados na roda dos alimentos correspondem à porção de alimentos que deve ser ingerida diariamente.

A roda dos alimentos orienta para uma alimentação saudável, que consiste numa alimentação:

Completa – comer alimentos de cada grupo e beber água diariamente;

Equilibrada – comer os alimentos em quantidades ajustadas às dimensões de cada grupo, de forma a ingerir o número de porções adequado; e

Variada – comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando diariamente, semanalmente e nas diferentes estações do ano.

Dentro de cada divisão estão reunidos alimentos nutricionalmente semelhantes entre si, para que sejam regularmente substituídos, assegurando a variedade nutricional e

alimentar. No centro da roda dos alimentos encontra-se a água, como constituinte de todos os alimentos, contudo dever-se-á beber diariamente 1,5 a 3 litros de água. A importância deste bem essencial, a água, é reforçada por Moreira (2005, p.104),

“Um consumo rico em água, produtos hortícolas, frutos frescos e de hidratos de carbono, através de cereais completos, garante uma boa hidratação e quantidades importantes de fibras, vitaminas e minerais.”

O grupo dos alimentos reguladores, legumes hortaliças e frutos frescos, devem ser ingeridos diariamente em abundância, são dotados de uma enorme riqueza em nutrientes antioxidantes, protectores e reguladores do bom funcionamento celular. Os nutrientes fornecidos pela ingestão abundante e diária destes alimentos, é um enorme contributo para a prevenção de doenças crónicas, como a obesidade. (Boavida, *et al* 2006, p.75)

A importância da fruta e legumes é incontestável, como tal deve-se “promover a ingestão diária de pelo menos cinco peças de fruta ou porções de legumes” (Barros, 2008 p.70)

Entre os alimentos caracteristicamente fornecedores de energia à custa de hidratos de carbono, incluem-se os cereais, as leguminosas (feijão, grão-de-bico, ervilhas, favas, soja), os tubérculos e outros produtos hortícolas e os frutos. (OMS, *cit in* Moreira, 2005 p.109)

Os hidratos de carbono não são todos iguais, nem o teor em fibra é o mesmo, o que influencia a maior ou menor importância de alguns alimentos na nossa alimentação. Sendo assim, o arroz branco, a batata e o pão branco devem ser consumidos menos frequentemente em detrimento de cereais integrais, leguminosas, ricos em fibra que ajudam a prevenir a obesidade. (Boavida *et al*, 2004, p.76)

A ingestão diária de lacticínios é importante, porque assegura uma parte das necessidades em proteínas de elevado valor biológico e em cálcio de fácil absorção. (Boavida *et al*, 2004, p.78). Moreira (2005, p.105) refere que “surgiram evidências de que os produtos lácteos possam ter um efeito anti-obesidade, e que o aumento da ingestão energética poderá levar a uma diminuição do peso de gordura corporal.”

Segundo Boavida *et al* (2004, p.78) “O peixe é fonte de uma quantidade apreciável de proteínas animais de alto valor biológico (...) a qualidade da sua gordura dá preferência ao peixe em relação à carne.” Por outro lado, a carne de aves é preferível à carne vermelha pois tem um teor mais baixo em gordura (desde que lhe sejam retiradas as peles e gorduras visíveis).

Os ovos desde que não sejam «estragados» com demasiada gordura na confecção, são de uma riqueza nutricional a não desperdiçar, e devem ser consumidos, em média, duas vezes por semana. (Boavida *et al*, 2004)

Refrigerantes, bolos, compotas, chocolates, rebuçados e outros doces são exemplo de alimentos especialmente ricos em açúcar. O consumo deste tipo de alimentos deve ser feito, preferencialmente, no final das refeições, e a sua ingestão não deve ser diária. Os sumos de frutas naturais e os chás sem cafeína são exemplos de bebidas que não contêm adição de açúcar, álcool ou cafeína, como tal são aconselhados como complementar do consumo de água. (Sérgio *et al*, 2005)

Segundo Trota, (2001, p.80) devesse comer, “pouco: açúcar, manteiga, margarina, óleo; Moderadamente: produtos lácteos, carne, peixe e ovos; Muito: fruta, legumes e cereais.”

A frequência alimentar para uma alimentação saudável para Trota, (2001, p.80) é a seguinte: “Algumas vezes por mês: carne vermelha; Algumas vezes por semana: doces, ovos, frango e peixe; Diariamente: Lacticínios, azeite, legumes, fruta, verduras, hortaliça, pão e cereais.”

➤ Confecção dos alimentos

Na obesidade, de nada servirá escolher os alimentos certos para o regime alimentar, se a culinária os modificar. Para uma prática culinária com menos calorias e saudável, é importante: consumir menos gorduras de adição, como margarinas, manteiga, banhas e óleos, e preferir azeite; consumir menos alimentos ricos em gordura; cozinhar apenas com a quantidade de gordura necessária e privilegiar peixe e aves a carne de mamíferos. Estes alimentos não devem ser fritos nem assados com gordura, peles e gorduras visíveis. (Moreira, 2005, p.116)

Como referido, os fritos e assados com gorduras não devem fazer parte do tipo de confecção mais utilizada. A mesma percepção é partilhada por Silva (2000, p.253) “deve-se evitar os fritos” e “(...) as gorduras utilizadas na confecção dos alimentos devem ser ricas em ácidos gordos monoinsaturados, como o azeite.” Os grelhados são um bom tipo de confecção pois não necessita de adição de gordura e “o estufado será apenas adequado se utilizarem pequenas quantidades de gordura.” Moreira (2005, p.119)

Como método de confecção mais saudável temos os cozidos, que consiste na introdução de alimentos num líquido de cozedura, com digestão fácil e ou sabor melhorado porque se trocou componentes solúveis do alimento para o líquido de cozedura. O ambiente de cozedura evita a oxidação e destruição vitamínica, e o menor tempo de exposição ao calor poupa vitaminas, nomeadamente a C. (Moreira 2005, p.117)

A comida rápida ou correntemente, *fast-food*, deve obrigatoriamente ser preterida a outros tipos de confecção, como “ (...) cozidos, grelhados, estufados ou assados sem molhos gordos.” Boavida *et al*, (2004, p.69)

Como orienta a autora, Carmo (2005 p.31), a *fast-food* “ (...) tem de facto más características (...) esta comida é constituída essencialmente por hambúrgueres e pizzas.” Mais especificamente a autora explica que, (Carmo, 2005, p.32),

“As suas características são negativas, principalmente pelo abuso de gorduras na confecção. Este alimento é confeccionado com muita gordura e muitos molhos e o acompanhamento é geralmente batatas fritas, rico em calorias, não tem vegetais e portanto não tem fibras, é pobre em vitaminas e em sais minerais.”

Fundamentalmente, o que é necessário é seguir uma alimentação equilibrada e constituída essencialmente por produtos frescos e cozinhados de um modo natural, pelo que devemos afastar-nos o máximo possível das comidas ditas de plástico e de confecção questionável.

➤ Número de refeições

Para além de uma alimentação diversificada é importante ter também em atenção o número de refeições realizadas, segundo Galvão Teles (2008, p.64), “o plano alimentar requer a distribuição do total energético estimado por várias refeições, incluindo sempre o pequeno-almoço. “

Para uma alimentação saudável devem ser realizadas diariamente seis a sete refeições, de acordo com Moreira (2005, p.104) “A repartição dos alimentos deve ser feita por várias refeições ao longo do dia, em intervalos regulares, que não excedam as 3,5 horas de jejum.”

Reforçando a importância do pequeno-almoço ou primeiro almoço, “a omissão do pequeno-almoço é um dos erros alimentares descrito em obesos. Pensa-se que esta refeição contribua com cerca de 20% do valor energético total diário.” (Moreira, 2005. p.103). Os alimentos que devem estar presentes maioritariamente nesta primeira refeição são, “fruta, leite ou substitutos, pão ou cereais integrais.” (Peres, 1997, p.129)

Existe de facto consenso para os autores da importância do pequeno-almoço, pois não realizando esta refeição há défices de atenção, que de acordo com Peres (1997, p.128) “as pessoas ficam trémulas, irritadas e desatentas e, por vezes, enjoadas, com dores de cabeça e suores (...) podem não sentir fome mas o corpo sente-a.”

Uma dieta hiper energética, com excesso de lípidos, de hidratos de carbono e de álcool e o sedentarismo, levam à acumulação de excesso de massa gorda. Assim, o estilo de vida moderno, se não for modificado, predispõe ao excesso de peso. (Sérgio *et al*, 2005)

II. FASE METODOLÓGICA

Segundo Fortin (2003, p.40) “No decurso desta fase, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas.” (...) “As diversas decisões metodológicas são importantes para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação”

2.1. Princípios Éticos

Definição sucinta segundo Fortin, (2003, p.114), “a ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta.” De acordo com o mesmo autor, Fortin (2003), na investigação aplicada, são definidos cinco princípios ou direitos fundamentais dos seres humanos:

O direito à auto-determinação – os jovens em estudo são livres de aceitar ou refutar a sua colaboração neste estudo.

O direito à intimidade – Para respeitar este direito não é colocado qualquer questão com o propósito de interferir com a intimidade da pessoa. De qualquer forma não é obrigada a dar mais informação do que achar pertinente, sem invadir a sua privacidade.

O direito ao anonimato e à confidencialidade – Não será identificado qualquer participante, pelo nome ou outro meio de identificação, pois o questionário é anónimo e confidencial.

O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo – Todos os participantes serão protegidos contra inconvenientes susceptíveis de lhes fazerem mal ou os prejudicar.

O direito a um tratamento justo e leal – Os participantes são informados sobre a natureza, o fim e a duração da investigação.

2.2. Tipo de estudo

O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada, segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade. (Fortin, 2003, p.133)

Este estudo é do tipo quantitativo, transversal e descritivo.

Para Fortin (2003, p.22) “O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador”

O presente estudo é transversal, porque o instrumento de colheita de dados é aplicado num só momento, e descritivo simples, que segundo Fortin, (2003, p.164) “ (...) consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população.”

2.3. População

Recorrendo ao mesmo autor, define-se população, “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”. Fortin (2003, p.373)

Neste estudo a população são jovens com idades compreendidas entre 20 e 25 anos, residentes no concelho de Gondomar.

2.4. Amostra

Segundo Fortin (2003, p.41) “Uma amostra é um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo.” Também para o mesmo autor a amostra deve ser “(...) representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada.” Fortin (2003, p.202). Participam neste estudo após consentimento para a participação, uma amostra de 47 jovens que fazem parte da população em estudo.

2.4.1. Processo de Amostragem

O processo de amostragem neste estudo é amostragem acidental que é do tipo não probabilístico, “em que os elementos que compõem um subgrupo são escolhidos em razão da sua presença num local, num dado momento.” (Fortin, 2003, p.363)

De acordo com Fortin (2003, p.208) “Segundo o método de amostragem acidental, os sujeitos são incluídos no estudo à medida que estes se apresentam num local preciso até a amostra atingir um tamanho desejado.”

Os jovens que consentiram participar neste estudo estavam no largo do Souto, cidade de Gondomar, nos dias 25, 26 e 27 de Setembro de 2009, até a amostra perfazer um total de 47 jovens.

Prefaciando a autora, Fortin (2003, p.208)

“A amostra acidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, no momento preciso (...) Amostra acidental tem a vantagem de ser simples de organizar e pouco onerosa.”

2.5. Definição das variáveis

As variáveis, de acordo com Fortin (2003, p.36) “ (...) são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação.”

A **variável dependente**, segundo Fortin (2003, p.37), “ (...) é a que sofre o efeito esperado da variável independente.”. A variável dependente definida para a realização deste estudo é a obesidade.

O problema do excesso de peso e obesidade, já referido como a pandemia do século XXI, atravessa todos os grupos etários e atinge já, entre nós, números alarmantes. Muitas crianças e adolescentes obesos vão permanecer adultos obesos, antecipando desde logo algumas das complicações outrora só observáveis na idade adulta, como a diabetes tipo II. DGS (2005)

Os resultados do peso e estatura foram utilizados para calcular o IMC, que caracteriza os sujeitos da amostra em obesos, pré-obesos e não obesos. Os jovens da amostra são considerados **obesos**, quando apresentam um $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$, **pré-obesos** corresponde a um $IMC \geq 25$ e $<30 \text{ kg/m}^2$. A classe que apresenta um $IMC <25$ foi classificada como **não obesos**.

Segundo Fortin (2003, p.377), **variável independente** é a “ (...) manipulada pelo investigador com a finalidade de estudar os seus efeitos na variável dependente.”

Para a elaboração deste estudo foram definidas as seguintes variáveis independentes:

- Género

A colheita de dados referente a esta variável foi efectuada através de uma questão fechada, dicotómica e de escolha única, apresentando-se duas alternativas, feminino e masculino.

- Hábitos de vida saudável:

- Exercício físico

Para obter dados relativos à realização de exercício físico, foi colocada uma pergunta dicotómica, com as opções sim e não.

Foram colocadas questões de resposta fechada (escolha múltipla) em relação ao tipo de desporto praticado, frequência semanal e carga horária semanal de exercício físico. O exercício físico recomendado é o aeróbio, sendo a marcha/caminhadas definido neste estudo como o melhor exercício físico para praticar. O exercício físico deve ser realizado regularmente, mais de duas sessões semanais com carga horária \geq a 3 horas/semana.

Também é aplicada uma questão de escolha múltipla sobre o meio de transporte utilizado. O meio de transporte escolhido pode representar uma óptima forma de realizar actividade física, isto é, se “andar a pé” a totalidade ou parte do percurso para o

trabalho, escola, faculdade. Considera-se essa caminhada como hábito saudável se for de aproximadamente 30min.

Do lado oposto ao exercício físico está o sedentarismo, como tal é colocada uma questão sobre o tempo gasto em actividades sedentárias. Se esse tempo for superior a 3 horas diárias, neste estudo é definido como deficiente hábito de vida.

o Alimentação

Sobre a alimentação dos jovens são colocadas questões fechadas (escolha múltipla), em relação ao nº de refeições diárias e hábitos de pequeno-almoço. O nº de refeições diárias para uma alimentação saudável deve ser ≥ 5 e o pequeno-almoço deve fazer sempre parte dessas refeições, o que quer dizer que nunca deve ser omissos.

Foi também adaptada uma escala de Lickert, em quatro classes, “nunca”, “algumas vezes”, “muitas vezes” e “sempre” para os alimentos ingeridos ao pequeno-almoço, tipo de confecção e alimentos ingeridos ao almoço e jantar. Foi aplicada uma questão aberta, sobre quais os alimentos que os jovens ingerem nas pequenas refeições que fazem ao longo do dia.

De acordo com os alimentos ingeridos ao pequeno-almoço classificou-se a refeição de “Bom”, “Razoável” e “Mau”. Os alimentos que devem estar presentes maioritariamente nesta primeira refeição são, “fruta, leite ou substitutos, pão ou cereais integrais.” (Peres, 1997, p.129), como tal, os jovens que fizerem uma alimentação como descrita, é classificada de “bom”. Se evidenciados erros alimentares com pequena frequência (“algumas vezes”) e conciliados com 2 ou 3 dos alimentos descritos é classificado de “Razoável”. Persistindo erros alimentares assinalados (“muitas vezes” e “sempre”) como ingestão de bolos, café, compotas, álcool, leite achocolatado, manteiga é classificado de “mau”.

Tendo por base a revisão bibliográfica, para os alimentos ingeridos ao almoço e jantar, a alimentação foi classificada de “bom”, quando evidenciada ingestão abundante de legumes, frutas, cereais, peixe, sem que existam erros alimentares. Aplica-se a classificação de “Razoável”, quando fazem parte da alimentação (“algumas vezes” e

“muitas vezes”) legumes, fruta, cereais, leguminosas, peixe, água, contudo verificam-se erros alimentares com reduzida frequência “algumas vezes”, consumo de refrigerantes, charcutaria, gorduras... Foi classificada a alimentação de “mau”, se evidenciados mais de quatro erros alimentares, como exagerada (“muitas vezes” e “sempre”), ingestão álcool, refrigerante, gorduras, charcutaria, escasso “algumas vezes” ou nenhum consumo de frutas, legumes, cereais, peixe, lacticínios e água.

Segundo Fortin (2003, pág.37), “as **variáveis atributo** são as características dos sujeitos num estudo (...) a escolha das variáveis atributo é determinada em função das necessidades do estudo.”

Foram definidas as seguintes variáveis para a caracterização dos jovens participantes neste estudo:

- Idade, peso, altura, local de residência e profissão.

2.6. Método e instrumento de colheita de dados

Para o momento de colheita de dados foi escolhido o questionário (Anexo II), que consiste num conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar as atitudes, as opiniões e o resultado dos sujeitos ou colher qualquer outra informação junto dos sujeitos. (Fortin, 2003, p.374)

Ainda segundo a mesma autora, Fortin (2003, p.349) “ (...) um questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos. (...) é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis.”

Este instrumento de colheita de dados apoia-se no testemunho dos sujeitos, não tendo o investigador acesso senão ao material que o participante consente em fornecer-lhe. (Fortin, 2003, p.245)

O questionário para este estudo é constituído por questões abertas e fechadas.

2.7. Pré-teste

Em termos metodológicos, quanto ao instrumento de colheita de dados utilizado, neste caso o questionário, foi realizado previamente o pré-teste, pois deve ser testado antes da aplicação definitiva. O pré-teste deve ser aplicado entre 5% a 10% da amostra, como tal, foi previamente aplicado a 4 jovens com as mesmas características, mas que não figuram na amostra final.

2.8. Tratamento estatístico

O tratamento estatístico é a essência da investigação e permite determinar a existência ou não de associação entre as variáveis, recorrendo a métodos e meios que permitem provar ou refutar essa associação, sendo necessária a análise e interpretação dos dados recolhidos.

Após a codificação das respostas, procedemos ao tratamento estatístico dos dados. Os resultados serão apresentados em tabelas e gráficos, para uma eficiente interpretação dos resultados. Recorreu-se ao software informático, Microsoft Excel 2007 e Microsoft Word 2007.

Para o tratamento dos dados utilizou-se a estatística descritiva, que para Fortin (2003), permite descrever as características da amostra, descrever os valores obtidos pela medida das variáveis, permitindo, ainda caracterizar as relações entre as variáveis.

Relativamente à estatística descritiva usaram-se frequências absolutas e relativas, como medidas de tendência central utilizaram-se: Média, Moda e Mediana, Como medidas de dispersão, calcularam-se: Desvio padrão e Variância.

~

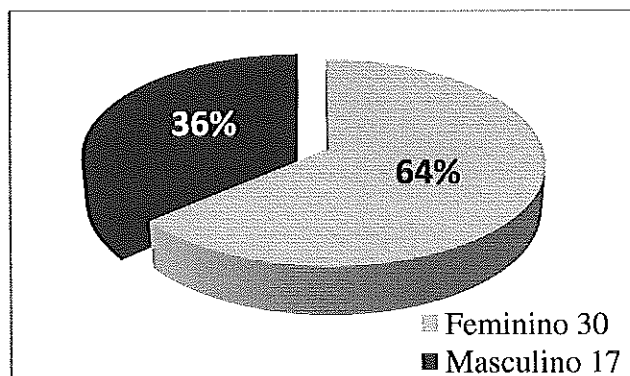
III. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo procede-se à apresentação e análise dos dados colhidos, obtidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados a uma amostra de 47 jovens entre os 20 e 25 anos de idade, residentes no concelho de Gondomar. Para uma interpretação rápida e assertiva dos dados, recorreu-se à estatística descritiva, apresentando os dados em tabelas e gráficos, tornando-se mais intuitiva a compreensão dos mesmos.

1. Género

A amostra em estudo, no que diz respeito ao género, gráfico 1, distribui-se da seguinte forma, 30 inquiridos pertencem ao sexo feminino (64%) e 17 jovens são do sexo masculino (36%). De acordo com os dados expostos é evidente a superioridade em nº de participantes do género feminino ao masculino.

Gráfico 1 – Distribuição da amostra por género



2. Idade

Relativamente à idade dos jovens em estudo, os dados estatísticos são os seguintes (cf. Tabela I), idade mínima é 20 anos e a máxima 25anos, de acordo com o exigido para participar neste estudo. A média de idades é de 23,02anos, com um desvio padrão de 1,62 e variância 2,63. O valor da moda é 25 anos e a mediana é de 23 anos.

Tabela I – Estatística descritiva da idade dos jovens

	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Mediana	Desvio padrão	Variância
Idade (anos)	20	25	23,02	25	23	1,62	2,63

3. IMC dos jovens em estudo

Os dados estatísticos analisados, relativos ao peso dos participantes neste estudo, revelam que o peso mínimo é de 47kg e o máximo de 98kg (cf. Gráfico 2), tendo como média 67,98kg, para um desvio padrão de 12,82 e uma variância de 164,46, moda 73kg e o valor da mediana é 67kg. (cf. Tabela II).

De acordo com a estatura dos jovens em estudo, as estatísticas descritivas demonstram que a altura mínima é de 1,50m e a máxima de 1,85m (cf. Gráfico 3), sendo a média de alturas de 1,67m, com um desvio padrão de 0,09 e uma variância de 0,01. A moda é de 1,70m e o valor da mediana é de 1,68m (cf. Tabela II).

De acordo com os gráficos seguintes é possível verificar a distribuição do peso (kg) (cf. gráfico 2) e da altura (m) (cf. gráfico 3), em relação aos jovens participantes.

Gráfico 2 – Distribuição do peso dos jovens

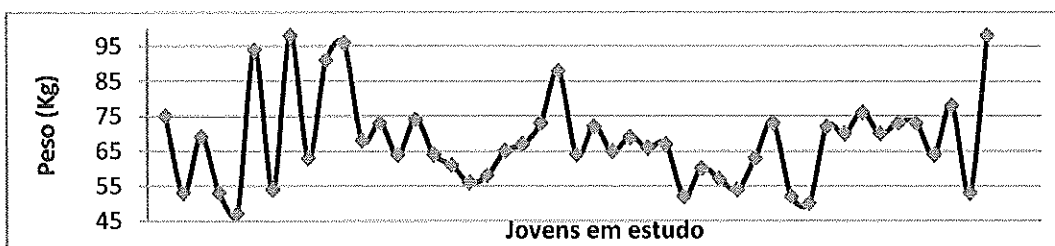
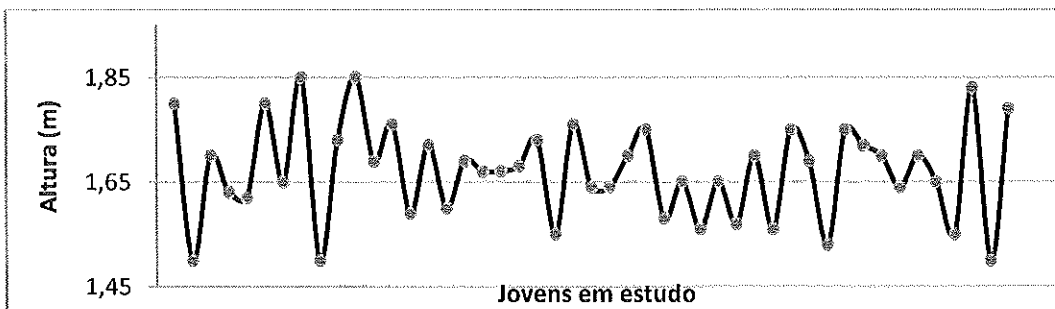


Gráfico 3 – Distribuição da altura dos jovens



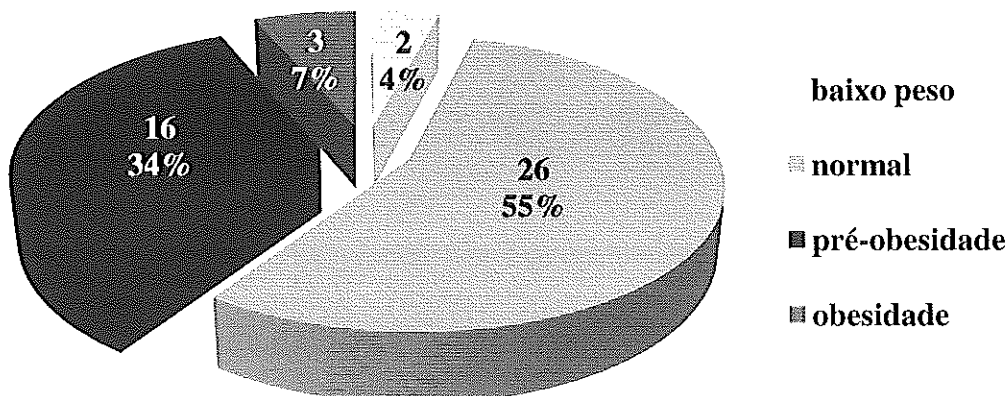
Observando a tabela II, verifica-se que o valor mínimo para o IMC é de 17,90 kg/m² e um máximo de 30,59 kg/m², para a média o valor é de 24,22 kg/m², desvio padrão de 3,17 e uma variância de 10,06. A moda e mediana relativamente à distribuição da amostra de acordo com o IMC são respectivamente de 23,56 kg/m² e 23,80 kg/m².

Tabela II – Estatística descritiva do peso, altura e IMC dos jovens

	Peso (kg)	Altura (m)	IMC (kg/m ²)
Mínimo	47	1,50	17,90
Máximo	98	1,85	30,59
Média	67,98	1,67	24,22
Moda	73	1,70	23,56
Mediana	67	1,68	23,80
Desvio padrão	12,82	0,09	3,17
Variância	164,46	0,01	10,06

De acordo com os valores do IMC, a amostra em estudo foi dividida em grupos. (cf. Gráfico 4) Analisando os resultados do IMC, 55% da amostra tem um variação de peso normal (n=26) e 4% apresenta baixo peso (n=2), temos então o grupo dos **não obesos** que corresponde a 59% (n=28) dos jovens em estudo. Para a classe de pré-obesidade os jovens são 34% (n=16) da amostra, correspondem ao grupo dos **pré-obesos**. Ao grupo dos **obesos** corresponde 7% (n=3) da amostra.

Gráfico 4 – Distribuição da amostra de acordo com o valor de IMC



4. Local residência

De acordo com o local de residência, todos os participantes neste estudo têm como residência o concelho de Gondomar. A amostra está distribuída por nove freguesias do concelho, em que 29,79% (n=14) pertencem a S. Pedro da Cova e 25,53% (n=12) habita na cidade de Gondomar. As freguesias menos representadas são Jovim 2,13% (n=1) e Medas 2,13% (n=1), (cf. Tabela III).

Tabela III – Distribuição da amostra por localidade de residência

Localidade	n	%
Fânzeres	3	6,38
Foz de Sousa	3	6,38
Gondomar	12	25,53
Jovim	1	2,13
Medas	1	2,13
Melres	4	8,51
Rio Tinto	4	8,51
S. Pedro da Cova	14	29,79
Valbom	5	10,64
Total	47	100

5. Profissão

Relativamente à distribuição da amostra de acordo com a profissão (cf. Tabela IV), verifica-se que a mais representativa é, estudante, 44,68% (n=21), os restantes jovens 55,32% (n=26) estão distribuídos por 11 profissões diferentes, em que a mais relevante é empregado de escritório, 10,64% (n=5). De seguida por representatividade de jovens, auxiliar 8,51% (n=4), desempregado 8,51% (n=4), empregado de mesa 6,38% (n=3), animadora sociocultural 6,38% (n=3) e vigilante 4,26% (n=2). Em igual número e com 2,13% (n=1) dos jovens as seguintes profissões, administrador empresa, coordenadora, economista, educadora de infância e serralheiro.

Tabela IV – Distribuição da amostra de acordo com a profissão

Profissão	n	%
Administrador empresa	1	2,13
Animadora sociocultural	3	6,38
Auxiliar	4	8,51
Coordenadora	1	2,13
Desempregado	4	8,51
Economista	1	2,13
Educadora infância	1	2,13
Empregado escritório	5	10,64
Empregado mesa	3	6,38
Estudante	21	44,68
Serralheiro	1	2,13
Vigilante	2	4,26
Total	47	100

6. Estratégias de prevenção da obesidade

As opções assinaladas pelos jovens inquiridos neste estudo são elucidativas em relação ao que consideram primordial como prevenção da obesidade (cf. Tabela V). A grande maioria de respostas agrupa-se entre a alimentação saudável 31,91% (n=45), exercício físico 30,50% (n=43) e beber água 27,66 (n=39). Andar a pé é considerado apenas em 5,67% (n=8) das respostas como uma válida estratégia de prevenção da obesidade. Residualmente observa-se jovens a considerarem, ver televisão 0,71% (n=1), fazer jejum 0,71% (n=1), e alimentação rica em gorduras 0,71% (n=1), como estratégias importantes na prevenção da obesidade. Mais significativo é para beber álcool e/ou refrigerantes 2,13% (n=3), destacar que nenhum dos inquiridos considera, viajar de transportes públicos como possível estratégia e também não mencionam outras possíveis estratégias de prevenção da obesidade.

Tabela V – Distribuição da amostra de acordo com as estratégias de prevenção da obesidade

Estratégias	n	%
Viajar de transportes públicos	0	0
Ver televisão, jogar computador	1	0,71
Fazer jejum	1	0,71
Exercício físico	43	30,50
Beber álcool e refrigerantes	3	2,13
Beber água	39	27,66
Andar a pé	8	5,67
Alimentação Saudável	45	31,91
Alimentação rica em gorduras	1	0,71
Outros	0	0
Total	141	100

7. Consequências da obesidade

Observando os dados relativos às consequências da obesidade (cf. Tabela VI), os jovens consideram como mais importantes, a doença cardiovascular 28,46% (n=37), diabetes *mellitus* II 21,54 (n=28), hipertensão arterial 20% (n=26) e doença respiratória 10,77% (n=14). Foram também assinaladas as seguintes consequências, doença articular 6,92% (n=9), doença digestiva 5,38% (n=7), doença renal 2,31% (n=3), doença mental 1,54% (n=2) e cancro 0,77% (n=1). Observa-se igualmente que 2,31% (n=3) das respostas são “não conhece” e nenhum jovem (0%) expôs outras consequências da obesidade que considerasse importantes.

Tabela VI – Distribuição da amostra de acordo com as consequências da obesidade

Consequências	n	%
Não conhece	3	2,31
Hipertensão arterial	26	20,00
Doença Respiratória	14	10,77
Doença renal	3	2,31
Doença mental	2	1,54
Doença hepática	0	0
Doença digestiva	7	5,38
Doença Cardiovascular	37	28,46
Doença articular	9	6,92
Diabete <i>mellitus</i> II	28	21,54
Cancro	1	0,77
Outras	0	0
Total	130	100

8. Informação sobre a obesidade

Ao observar a tabela VII, constata-se que para os jovens inquiridos a principal fonte de informação sobre a obesidade é a televisão 24,73% (n=23) e professores 22,58% (n=21). Seguido da internet 13,98% (n=13) e profissionais de saúde, enfermeiros 11,83% (n=11) e médicos 11,83% (n=11). Como fontes de informação menos assinaladas pelos jovens, temos livros 9,68% (n=9) e panfletos C.S. 4,30% (n=4). Apenas 1,08% (n=1) de respostas em branco.

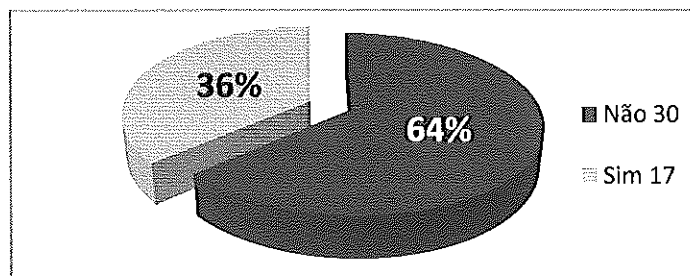
Tabela VII – Distribuição da amostra de acordo com a fonte de informação sobre obesidade

Fonte	n	%
Enfermeiros	11	11,83
Internet	13	13,98
Livros	9	9,68
Médicos	11	11,83
Panfletos C.S.	4	4,30
Professores	21	22,58
Televisão	23	24,73
Branco	1	1,08
Total	93	100

9. Exercício físico

Analisando o gráfico 5, facilmente percebemos que os jovens em estudo na sua grande maioria 64% (n=30) não realiza qualquer exercício físico com regularidade e apenas 36% (n=17) referem praticar exercício físico com regularidade.

Gráfico 5 – Distribuição da amostra de acordo com a realização de exercício físico



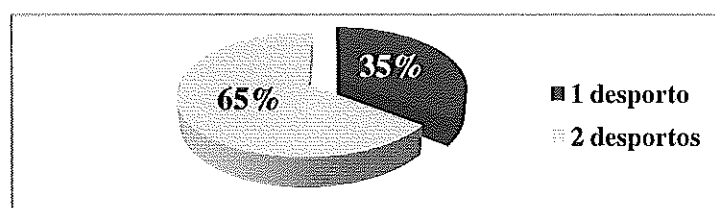
10. Qual o exercício físico praticado

Respectivamente à tabela VIII observa-se que o desporto mais praticado pelos jovens em estudo é, as caminhadas 28,57% (n=8) seguido do futebol 21,43% (n=6). Outro exercício físico bastante praticado é a musculação 14,29% (n=4), seguido do ciclismo 10,71% (n=3), natação 7,14% (n=2), cardio-*fitness* 7,14% (n=2), atletismo 3,57% (n=1) e dança 3,57% (n=1). Uma das opções assinaladas foi “outros”, apenas com 3,57% (n=1) das respostas. De salientar que são praticados um total de 28 desportos em 17 jovens, pois 11 jovens (65%) praticam 2 desportos e 35% pratica um desporto (cf. Gráfico 6).

Tabela VIII – Distribuição da amostra de acordo com o desporto praticado

	n	%
Atletismo	1	3,57
Caminhadas	8	28,57
Cardio-<i>fitness</i>	2	7,14
Ciclismo	3	10,71
Dança	1	3,57
Futebol	6	21,43
Musculação	4	14,29
Natação	2	7,14
Outro (s)	1	3,57
Total	28	100

Gráfico 6 – Distribuição da amostra de acordo com o nº de desportos praticados



11. Frequência semanal de exercício físico

Ao analisar a tabela IX, constata-se que a frequência semanal de exercício físico mais assinalada é “3x semana” 14,89% (n=7), depois é de “2x semana” 12,77% (n=6). Residualmente são dedicados “4 ou 5x por semana” para a prática desportiva 4,46%

(n=2) e diário 2,13% (n=1), também um jovem refere realizar exercício físico somente uma vez por semana 2,13% (n=1).

Tabela IX – Distribuição da amostra de acordo com a frequência semanal de exercício físico realizado

Frequência semanal	n	%
1	1	2,13
2	6	12,77
3	7	14,89
4/5	2	4,26
Diário	1	2,13
Branco	30	63,83
Total	47	100

12. Carga horária semanal de exercício físico

Observando a tabela X, verifica-se que o número de horas dedicadas ao exercício físico mais frequente é de 2 horas, 12,67% (n=6), depois 3 horas 8,51% (n=4), ≥ 6 horas 6,38% (n=3) e por fim 4 horas 4,26% (n=2) e uma hora 4,26% (n=2). Nenhum dos jovens inquiridos diz praticar 5 horas (0%) de exercício físico por semana.

Tabela X – Distribuição da amostra de acordo com a carga horária semanal de exercício físico realizado

Horas de exercício	n	%
1	2	4,26
2	6	12,77
3	4	8,51
4	2	4,26
5	0	0
≥ 6	3	6,38
Branco	30	63,83
Total	47	100

13. Meio de transporte utilizado e tempo a andar a pé

De acordo com os resultados obtidos, tabela XI, o meio de transporte eleito pela maioria dos jovens da amostra é o carro/mota 51,06% (n=24), seguido de andar a pé 27,26% (n=13) e dos transportes públicos 2,13% (n=1). Contudo, 17,03% dos jovens deste

estudo, complementam a viagem de carro/mota ou autocarro a andar a pé, então, “carro + andar a pé” 4,26% (n=2) e “transporte público + andar a pé” 12,77% (n=6).

Tabela XI – Distribuição da amostra de acordo com o meio de transporte utilizado

Meio transporte	n	%
Andar a pé	13	27,66
Carro/mota	24	51,06
Transportes públicos	1	2,13
Bicicleta	0	0
Carro/mota + a pé	2	4,26
Transportes públicos + a pé	6	12,77
Branco	1	2,13
Outros	0	0
Total	47	100

Ao analisar os dados estatísticos da tabela XII, verifica-se que os jovens que se deslocam na totalidade ou parte do percurso a pé caminham em média 17,10min., corresponde um desvio padrão de 13,87 e variância 192,29. O valor da moda é de 5min. e a mediana é 10min.

Tabela XII – Distribuição estatística da amostra de acordo com o tempo despendido a andar a pé

	Média	Moda	Mediana	Desvio padrão	Variância
Tempo (min.)	17,10	5	10	13,87	192,29

14. Actividades sedentárias

Os jovens participantes neste estudo gastam em média 2,74 horas diárias em actividades sedentárias (ver televisão, computador, consola de jogos), corresponde um desvio padrão de 1,73 e variância 2,98. O valor da moda e mediana é 2 (cf. Tabela XIII).

Tabela XIII – Distribuição estatística da amostra por horas diárias gastas a ver televisão, no computador.

	Média	Moda	Mediana	Desvio padrão	Variância
Tempo (h)	2,74	2	2	1,73	2,98

15. Nº de refeições diárias realizadas

Como se verifica na tabela XIV, 40,43% (n=19) dos jovens realiza 5 ou + refeições diárias, também fazem 4 refeições diárias 40,43% (n=19) dos inquiridos. Outros valores observáveis, 17,02% (n=8) realizam 3 refeições e 2,13% (n=1) fazem apenas duas. De salientar que nenhum dos jovens da amostra assinalou fazer somente uma refeição diária.

Tabela XIV – Distribuição da amostra por número de refeições diárias realizadas

Nº refeições diárias	n	%
1	0	0
2	1	2,13
3	8	17,02
4	19	40,43
≥ 5	19	40,43
Total	47	100

16. Frequência de pequeno-almoço

Em relação à frequência com que os inquiridos realizam o pequeno-almoço (cf. Tabela XV), 70,21% (n=33) fazem-no “sempre”. Seguidamente, referem “algumas vezes” 12,77% (n=6), “poucas vezes” 8,51% (n=4), “muitas vezes” 4,26% (n=2) e apenas 4,26% (n=2) nunca tomam o pequeno-almoço.

Tabela XV – Distribuição da amostra de acordo com a frequência da realização do pequeno-almoço

Frequência Diária	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
n	2	4	6	2	33	47
%	4,26	8,51	12,77	4,26	70,21	100

17. Alimentos ingeridos ao pequeno-almoço

Analisando a tabela XVI, observa-se que o alimento presente ao pequeno-almoço dos jovens, mais assinalado em “sempre” é o leite 53,33%, depois vem o café com 26,67%. Foi referido com maior relevância “muitas vezes” para pão branco 22,22% e cereais 22,22%, seguido de iogurte 20% e manteiga 17,78%. No que diz respeito a “algumas

vezes”, o mais ingerido é, bolachas 53,33% depois, cereais 44,44%, pão branco 37,78% e cereais integrais 37,78%. Os valores mais significativos assinalados em “nunca”, são ovos 100%, álcool 97,78%, refrigerantes 93,33% e compotas 71,1%. Realçar que a fruta é assinalada em “nunca” por 51,11% dos jovens da amostra.

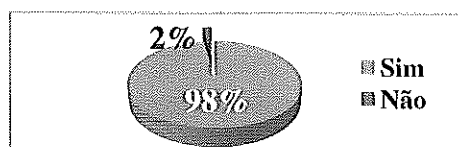
Tabela XVI – Distribuição da amostra de acordo com os alimentos ingeridos ao pequeno-almoço

Alimentos	Nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Leite	7	15,56	10	22,22	4	8,89	24	53,33	45	100
L. Achocolatado	25	55,56	15	33,33	4	8,89	1	2,22	45	100
Café	17	37,78	11	24,44	5	11,11	12	26,67	45	100
Sumo natural	30	66,67	13	28,89	2	4,44	0	0	45	100
Refrigerantes	42	93,33	3	6,67	0	0	0	0	45	100
Álcool	44	97,78	1	2,22	0	0	0	0	45	100
Pão branco	10	22,22	17	37,78	10	22,22	8	17,78	45	100
Cereais	10	22,22	20	44,44	10	22,22	5	11,11	45	100
Cereais integrais	17	37,78	17	37,78	7	15,56	4	8,89	45	100
Bolos	24	53,33	18	40	2	4,44	1	2,22	45	100
Bolachas	16	35,56	24	53,33	3	6,67	2	4,44	45	100
Iogurte	18	40	16	35,56	9	20	2	4,44	45	100
Ovos	45	100	0	0	0	0	0	0	45	100
Queijo	27	60	14	31,11	3	6,67	1	2,22	45	100
Manteiga	13	28,89	16	35,56	8	17,78	8	17,78	45	100
Compotas	32	71,11	9	20	2	4,44	2	4,44	45	100
Fruta	23	51,11	13	28,89	5	11,11	4	8,89	45	100
Outros	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100

18. Realização de refeições intermédias e alimentos ingeridos

Ao analisar o gráfico 7, facilmente se evidencia que 97,87% (n=46) dos jovens realiza pequenas refeições ao longo do dia, e apenas 2,13% (n=1) não o fazem.

Gráfico 7 – Distribuição da amostra de acordo com a realização de refeições intermédias



Os alimentos mais ingeridos nas referidas refeições (cf: Tabela XVII) são, iogurte 22,46%, fruta 18,84%, pão branco 18,84%, bolachas 10,14% e leite 7,25%. Dos alimentos menos referidos fazem parte a água 1,45%, café 1,45%, gelados 1,45% e chá 0,72% fiambre 0,72% pão integral 0,72% e refrigerantes 0,72%.

Tabela XVII – Distribuição da amostra de acordo com os alimentos ingeridos nas refeições intermédias

Alimentos	n	%
Água	2	1,45
Bolachas	14	10,14
Bolos	5	3,62
Café	2	1,45
Cereais	4	2,90
Chá	1	0,72
Fruta	26	18,84
Fiambre	1	0,72
Gelados	2	1,45
Iogurte	31	22,46
Leite	10	7,25
Pão	26	18,84
Pão integral	1	0,72
Queijo	3	2,17
Refrigerante	1	0,72
Sumo natural	3	2,17
Tostas mistas	6	4,35
Total alimentos	138	100

19. Confeção dos alimentos ao almoço e jantar

Observando a tabela XVIII, os resultados obtidos demonstram que para o tipo de confeção dos alimentos a maioria das respostas é “algumas vezes”, exceptuando o Grelhado que a maioria dos jovens 55,32% considera escolhe-lo “muitas vezes” como método de confeção. Realçar que o único método que é referido “sempre” é também o grelhado 6,38%. Focando os métodos de confeção menos aconselháveis, verifica-se que são usados pela maioria dos jovens “algumas vezes”, temos então, 74,47% para o *fast-food* e frito, 78,72% nos assados e 68,09% dos jovens escolhe “algumas vezes” o estufado.

Tabela XVIII – Distribuição da amostra de acordo com a confecção dos alimentos ao almoço e jantar

Confecção	Nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cozido	1	2,13	24	51,06	22	46,81	0	0	47	100
Grelhado	0	0	18	38,30	26	55,32	3	6,38	47	100
Estufado	1	2,13	32	68,09	14	29,79	0	0	47	100
Assado	0	0	37	78,72	10	21,28	0	0	47	100
Frito	4	8,51	35	74,47	8	17,02	0	0	47	100
Fast-food	6	12,77	35	74,47	6	12,77	0	0	47	100
Outros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

20. Alimentos ingeridos ao almoço e jantar

Analisando a tabela XIX, percebemos quais os alimentos escolhidos mais assiduamente para o almoço e jantar. Temos então, para o grupo dos cereais como resposta mais assinalada, “muitas vezes” 48,94% e 28,79 para “sempre”. Os legumes são consumidos “algumas vezes” por 53,19% dos jovens e 27,66% “muitas vezes”. Todos os inquiridos referem ingerir leguminosas, contudo a grande maioria apenas o faz “algumas vezes” 68,09%. A fruta faz parte destas refeições, “muitas vezes” para 31,91% e “sempre” também para 31,91% dos jovens. Os lacticínios não são muito frequentes, pois 48,94% diz “nunca” os escolher nestas refeições e 21,28% fazem-no apenas “algumas vezes”. Comparando a carne e peixe, a primeira é assinalada “muitas vezes” para 61,70% e o peixe para 46,81% dos jovens. As gorduras fazem parte da refeição “algumas vezes”, para 51,06% e para 29,79% “muitas vezes”. A charcutaria é assinalada por 85,11% dos inquiridos como ingerida “algumas vezes”. A água está bastante presente às refeições, para 61,70% está “sempre” e para 25,53% “muitas vezes”. Os refrigerantes são a bebida mais referida em “algumas vezes” 61,70% e 48,94% do sumo natural. 65,96 % dos jovens refere “nunca” ingerir álcool às refeições e 27,66% ingerem “algumas vezes”.

Tabela XIX – Distribuição da amostra de acordo com os alimentos ingeridos ao almoço e jantar

Alimentos	Nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cereais	1	2,13	9	19,15	23	48,94	14	29,79	47	100
Legumes	2	4,26	25	53,19	13	27,66	7	14,89	47	100
Leguminosas	0	0	32	68,09	12	25,53	3	6,38	47	100
Frutas	4	8,51	13	27,66	15	31,91	15	31,91	47	100
Lacticínios	23	48,94	10	21,28	5	10,64	9	19,15	47	100
Carnes	0	0	9	19,15	29	61,70	9	19,15	47	100
Peixe	3	6,38	18	38,30	22	46,81	4	8,51	47	100
Gorduras	3	6,38	24	51,06	14	29,79	6	12,77	47	100
Charcutaria	4	8,51	40	85,11	3	6,38	0	0	47	100
Água	1	2,13	5	10,64	12	25,53	29	61,70	47	100
Sumo natural	16	34,04	23	48,94	7	14,89	1	2,13	47	100
Refrigerantes	11	23,40	29	61,70	6	12,77	1	2,13	47	100
Álcool	31	65,96	13	27,66	2	4,26	1	2,13	47	100
Outros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

21.Frequenta o C.S. da área de residência

Respectivamente aos valores apresentados na tabela XX, observa-se que 46,81% (n=22) dos jovens frequenta “poucas vezes” o C.S. e 34,04% (n=16) refere frequentá-lo “Algumas vezes”. Salientar que 8,51% (n=4) dos participantes no estudo diz “nunca” frequentar o C.S.

Tabela XX – Distribuição da amostra de acordo com a frequência de ida ao Centro de Saúde.

Frequência	n	%
Nunca	4	8,51
Poucas vezes	22	46,81
Algumas vezes	16	34,04
Muitas vezes	1	2,13
Sempre	4	8,51
Total	47	100

22. Estratégias de prevenção da obesidade abordadas na consulta de enfermagem

Analisando a tabela XXI, apura-se que em relação à estratégia “alimentação saudável”, 48,94% dos jovens diz nunca ter sido mencionada em consulta de enfermagem, 34,04% considera que foi abordado algumas vezes e apenas 8,51% refere que foi “muitas vezes” e também 8,51% “sempre”. Em relação à estratégia “exercício físico”, 48,94% dos jovens consideram que “nunca” foi abordada, contudo 31,91% referem que foi mencionada “algumas vezes”, e foi apenas abordada “muitas vezes” para 8,51% e “sempre” para 10,64% dos participantes.

Tabela XXI – Distribuição da amostra de acordo com as estratégias abordadas na consulta de enfermagem

Frequência	Alimentação saudável		Exercício físico	
	n	%	n	%
Nunca	23	48,94	23	48,94
Algumas vezes	16	34,04	15	31,91
Muitas vezes	4	8,51	4	8,51
Sempre	4	8,51	5	10,64
Total	47	100	47	100

23. Outras estratégias abordadas na consulta de enfermagem

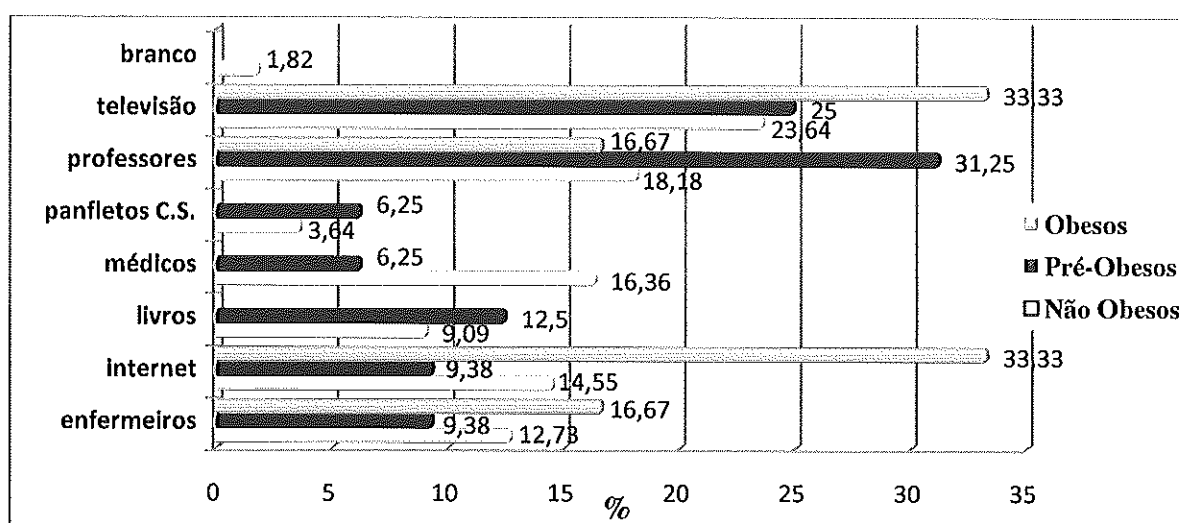
A totalidade dos inquiridos, 100%, não referiu nenhuma estratégia de prevenção da obesidade diferente das indicadas no questionário, alimentação saudável e exercício físico.

24. Informação sobre a obesidade

No que diz respeito à fonte de informação sobre a obesidade os resultados são os seguintes, os obesos referem a televisão 33,33% (n=2) e internet 33,33% (n=2) como fonte principal dessa informação, seguido de professores 16,67% (n=1) e enfermeiros 16,67% (n=1). Em relação aos pré-obesos, a proveniência da informação relacionada com o tema é diversificada e contempla todas as hipóteses de resposta, contudo há dois que sobressaem, professores 31,25 (n=10) e televisão 25% (n=8). Como elementos menos referidos pelos pré-obesos temos, panfletos no Centro de Saúde 6,25% (n=2) e

médicos 6,25% (n=2). Os enfermeiros surgem com 9,38% (n=3) das respostas assinaladas, sendo os pré-obesos, o grupo que menos menciona os enfermeiros. Para os não obesos a televisão 23,64% (n=13) é a fonte mais importante de informação sobre a obesidade, consideram depois os professores 18,18% (n=10) e médicos 16,36% (n=9). Os enfermeiros surgem com 12,73% (n=7) das respostas assinaladas, de realçar que 1,82% (n=1) dos não obesos respondeu em branco (cf. Gráfico 8).

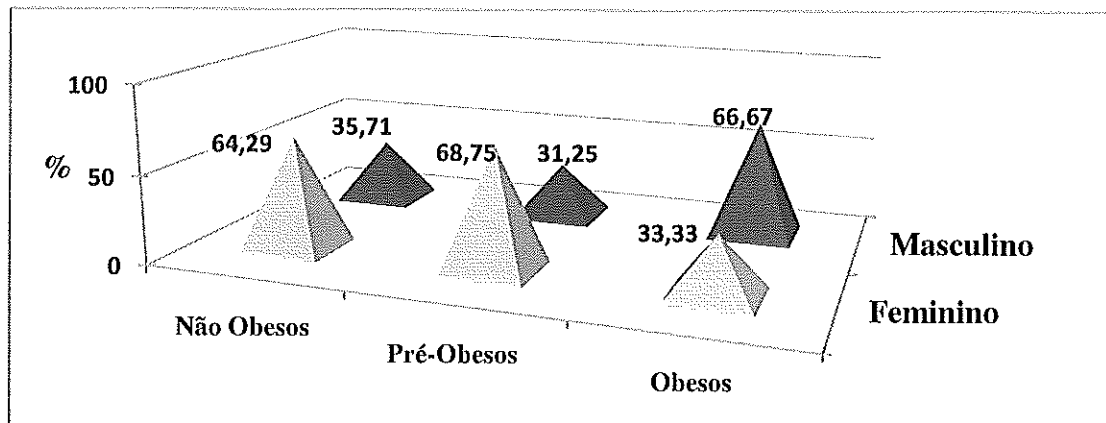
Gráfico 8 – Distribuição da amostra de acordo com a fonte de informação e a classe de obesidade



25. Género e obesidade

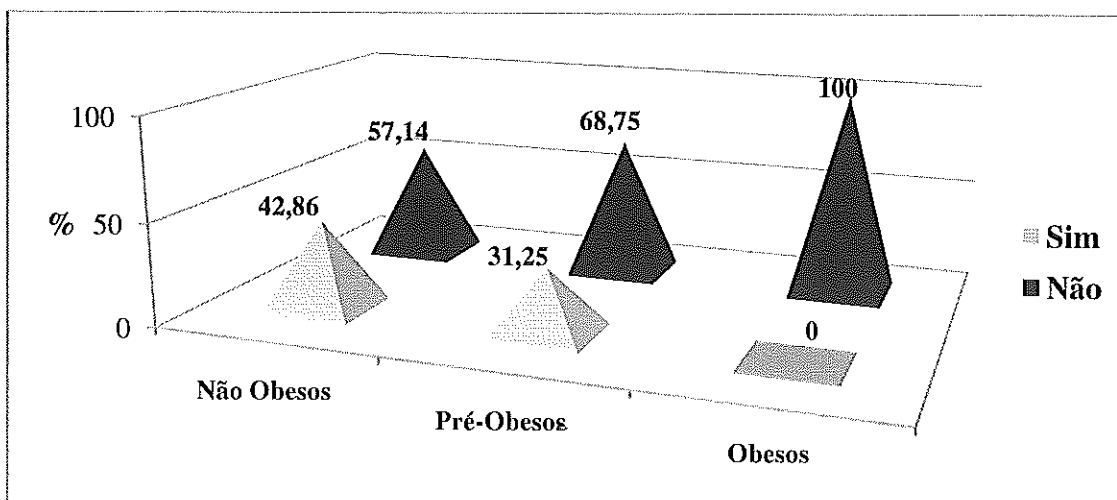
Analisando o gráfico 9, verifica-se que os obesos deste estudo são predominantes no género masculino (66,67%), em relação aos do género feminino (33,33%). Analisando os dados dos pré-obesos, o maior valor é no género feminino, 68,75%, para apenas 31,25% no género masculino. Os resultados obtidos para os não obesos são idênticos aos pré-obesos, género feminino 64,29% para 37,71% masculino.

Gráfico 9 – Distribuição da amostra de acordo com o género e a obesidade



Observando o gráfico 10, sobressai um valor, 100% dos obesos não realiza qualquer exercício físico e em qualquer dos grupos a percentagem de jovens que não realiza exercício físico é sempre maior comparativamente com os que fazem. Os jovens pré-obesos que realizam exercício físico com regularidade são 31,25% e os não obesos são 42,86%. Os valores observados para os que não realizam qualquer exercício físico são, 68,75% para os pré-obesos e 57,14% para os não obesos. Visualmente, ao analisar o gráfico 10, é possível avaliar com facilidade a diminuição de realização de exercício físico com o aumento de peso e respectivo aumento dos que não praticam exercício físico.

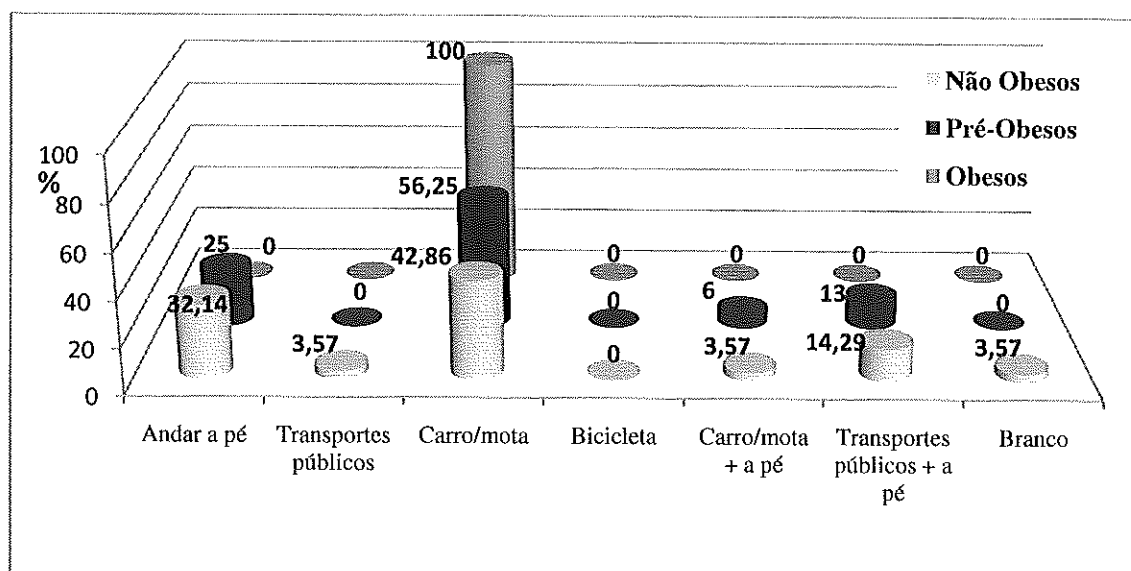
Gráfico 10 – Distribuição da amostra de acordo com a realização de exercício físico e obesidade



26. Meio de transporte utilizado e obesidade

No que concerne ao meio de transporte mais utilizado pelos participantes neste estudo, verifica-se que 100% dos obesos escolhe o carro/mota como meio de transporte de eleição. Os pré-obesos na sua maioria, 56,25% também preferem o carro/mota como meio de transporte mais utilizado, em menor escala, o meio para se deslocarem é andar a pé 25%. Complementando a viagem de “carro + a pé”, são 6% dos pré-obesos, 13% destes fazem o trajecto de “transportes públicos + a pé”. No grupo dos não obesos, o carro/mota não tem um peso tão significativo como meio de transporte escolhido, contudo é o mais requisitado por estes, 42,86%. Para os não obesos andar a pé é uma opção válida na hora de escolher um meio de transporte, 32,14%, apesar de não ser um valor exorbitante é o mais significativo dos grupos de jovens em estudo. Adicionando os não obesos que fazem parte do percurso a pé, 14,29% andam de “transportes públicos + a pé” e 3,57% fazem o percurso de “carro + a pé”. Os jovens não obesos são também os que mais utilizam os transportes públicos 3,57% (cf. Gráfico 11). Nenhum dos inquiridos referiu a bicicleta, nem sugeriu outro meio de transporte.

Gráfico 11 – Distribuição da amostra de acordo com o meio de transporte utilizado e a obesidade



27. Actividades sedentárias e obesidade

Respectivamente ao número de horas que os jovens despendem diariamente a ver televisão, no computador, na consola de jogos, isto é, actividade sedentária, os valores são os seguintes: Os obesos gastam uma média de 5 horas com as actividades anteriormente referidas, o desvio padrão é de 1,73 e variância é 3. O valor da moda e mediana é 6 horas. Os jovens pré-obesos são mais comedidos no dispêndio de tempo nestas actividades, em média gastam 3,06 horas diárias, desvio padrão 1,95 e variância 3,8. Os valores correspondentes a moda e mediana são respectivamente, 6 e 2,5 horas. Observa-se em relação aos não obesos que são o grupo que menos horas gastam em actividades sedentárias, tendo uma média de 2,32 horas diárias, a que corresponde um desvio padrão 1,39 e variância 1,93. Os resultados para a moda e mediana têm o mesmo valor, 2 horas (cf. Tabela XXII).

Tabela XXII – Distribuição estatística da amostra, por horas despendidas a ver televisão, no computador e a obesidade

	Não obesos	Pré-obesos	Obesos
Média	2,32	3,06	5
Moda	2	6	6
Mediana	2	2,5	6
Desvio padrão	1,39	1,95	1,73
Variância	1,93	3,8	3

28. Número de refeições diárias e obesidade

Analisando a tabela XXIII, rapidamente observamos que a média de refeições diárias diminui com a obesidade. Portanto os não obesos são os que realizam em média mais refeições diárias, 4,29, corresponde desvio padrão 0,66 e variância 0,43. O valor da moda e mediana é 4. Os jovens pré-obesos realizam ligeiramente menos refeições diárias, média 4,13 e respectivo desvio padrão 0,89 e variância 0,78. A classe modal é de 5 e a mediana é 4. Como referido anteriormente os obesos são os que menos refeições diárias realizam, em média, 3,67 corresponde um desvio padrão de 1,53 e variância 2,33.

Tabela XXIII – Distribuição estatística da amostra por número de refeições diárias em relação à obesidade

	Nº refeições diárias		
	Não obesos	Pré-obesos	Obesos
Média	4,29	4,13	3,67
Moda	4	5	*
Mediana	4	4	4
Desvio padrão	0,66	0,89	1,53
Variância	0,43	0,78	2,33

29. Frequência pequeno-almoço e obesidade

Como refeição importantíssima para o dia, temos o primeiro almoço ou vulgo, pequeno-almoço, em relação à pergunta, “Toma o pequeno-almoço diariamente?” os resultados obtidos são descritos de seguida (cf. Tabela XXIV). A grande maioria dos jovens da amostra refere realizar “sempre” esta primeira refeição, 71,43% de não obesos, 68,75% de pré-obesos e 66,67% dos obesos. Os obesos são os que mais referem nunca tomar o pequeno-almoço, 33,33% seguido dos não obesos 3,57%. A resposta algumas vezes é assinalada por 18,75% dos pré-obesos e 10,71% dos não obesos.

Tabela XXIV – Distribuição da amostra de acordo com a frequência de pequeno-almoço e a obesidade

Frequência Diária	Não obesos		Pré-obesos		Obesos	
	n	%	n	%	n	%
Nunca	1	3,57	0	0	1	33,33
Poucas vezes	2	7,14	2	12,50	0	0
Algumas vezes	3	10,71	3	18,75	0	0
Muitas vezes	2	7,14	0	0	0	0
Sempre	20	71,43	11	68,75	2	66,67
Total	28	100	16	100	3	100

30. Alimentos ingeridos ao pequeno-almoço e obesidade

Analisando os resultados obtidos (cf. Tabela XXV), verifica-se que a maioria dos jovens que tomam o pequeno-almoço tem uma alimentação entre o mau e o razoável, de

acordo com os alimentos ingeridos. Focando a análise nos obesos, é possível verificar que nenhum deles tem um pequeno-almoço bom, 50% (n=1) fazem uma alimentação razoável e outro 50% (n=1) tem uma má alimentação. No grupo dos pré-obesos apenas se considera uma alimentação no “bom” para 12,5% (n=2), a grande fatia de jovens deste grupo 50% (n=8) faz uma alimentação razoável ao pequeno-almoço. Contudo, 37,5% (n=6) ingere alimentos que lhe conferem uma má alimentação. Respectivamente aos não obesos os dados são substancialmente melhores, apesar de haver 14,81% (n=4) que têm uma alimentação classificada como “mau” e 51,85% (n=14) avaliada como “razoável”. Têm uma alimentação no “bom” 33,33% (n=9) dos jovens não obesos. Realçando os valores obtidos para a classificação de “bom”, verifica-se uma diminuição de acordo com o aumento do IMC (cf. Tabela XXV).

Tabela XXV – Distribuição da amostra de acordo com os alimentos ingeridos ao pequeno-almoço e a obesidade

	Não obesos		Pré-obesos		Obesos	
	n	%	n	%	n	%
Mau	4	14,81	6	37,5	1	50
Razoável	14	51,85	8	50	1	50
Bom	9	33,33	2	12,5	0	0
Total	27	100	16	100	2	100

31. Alimentos ingeridos ao almoço e jantar

Analisando a tabela XXVI, verifica-se que nos jovens não obesos a classificação de “bom” é a mais elevada 39,29% (n=11), “razoável” 50% (n=14) e “mau” 10,71% (n=3). Comparando não obesos com pré-obesos, há diferenças ligeiras, senão veja-se, classificação de “bom” 31,25% (n=5), “razoável” 56,25 % (n=9) e “mau” 12,5% (n=2). O grupo de jovens que apresenta piores hábitos alimentares são os obesos, 66,67% (n=2) têm uma alimentação classificada como “mau” e apenas 33,33% (n=1) como “razoável”, agravando mais, nenhum foi classificado como “bom”.

Tabela XXVI – Distribuição da amostra de acordo com a alimentação ao almoço e jantar e a obesidade

	Não obesos		Pré-obesos		Obesos	
	n	%	n	%	n	%
Mau	3	10,71	2	12,5	2	66,67
Razoável	14	50	9	56,25	1	33,33
Bom	11	39,29	5	31,25	0	0
Total	28	100	16	100	3	100

IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise e apresentação dos resultados, Fortin (2003, p. 42), determina que “ (...) o investigador explica-os no contexto do estudo e à luz dos trabalhos anteriores”. Pretende-se uma breve abordagem onde serão efectuados alguns comentários pertinentes aos resultados obtidos, comparando-os com resultados de outros autores.

É de maior interesse, nesta etapa, relacionar os resultados obtidos com todo o suporte teórico recolhido, de forma a obter uma imagem global acerca do conhecimento alcançado e da concretização dos objectivos propostos, na construção do presente estudo.

A caracterização da amostra demonstra que a maioria dos elementos pertence ao género feminino (64%) e apenas 36% pertencem ao género masculino. A média de idades dos jovens em estudo é de 23,02 anos \pm 1,62, em que a idade mínima é 20 e a máxima 25, de acordo com o exigido para participar no estudo. De acordo com a localidade de residência, todos os participantes habitam no concelho de Gondomar, em que a freguesia de S. Pedro da Cova é a mais representada (29,79%). A profissão mais representada é estudante, 44,68% dos jovens em estudo, os restantes 55,32% são distribuídos por 11 diferentes profissões.

No que concerne à variável dependente neste estudo, a obesidade, estamos perante uma população que caminha para a obesidade, de acordo com os resultados obtidos, verifica-se que 7% dos jovens é obeso e 34% apresenta pré-obesidade.

Dados da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (SPEO) revelam que 37% da nossa população tem excesso de peso (3,831 milhões de pessoas) e 14,5% é obesa (1,5 milhões de pessoas). (Carmo et al., 2008). Neste estudo da SPEO, a prevalência é maior, mas estes dados referem-se a toda a população.

Segundo a autora Padez (2002, p.13),

“ (...) uma amostra de 741 476 recrutas nascidos entre 1966 e 1979 e observados nas inspecções militares entre 1985 e 1998 verificou-se que a percentagem de indivíduos com excesso de peso passou de 10% para 13,5%”

Em relação à variável independente, género, constata-se que os jovens do género masculino são mais obesos 66,67% em relação ao género feminino 33,33% obesos, contudo os pré-obesos são em maior número no género feminino (68,75%) para 31,25% no género masculino.

Segundo a autora Padez (2002, p.14),

“uma amostra aleatória de estudantes da Universidade de Coimbra. Trata-se de 2835 rapazes e 3366 raparigas com idades compreendidas entre os 18 e os 23 anos observados entre 1995 e 2001 e nascidos entre 1972 e 1983. Os valores de excesso de peso encontrados foram de 20,3% nos rapazes e 10,5% nas raparigas. A percentagem de obesidade foi de 2,7% nos rapazes e 1,3% nas raparigas”

De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006), comparando com o inquérito (1998/1999). Entre os 18 e os 24 anos, a percentagem de jovens adultos obesos aumentou 33,9 por cento entre os homens e 25 por cento entre as mulheres, no mesmo período, para se situar em 2005 nos 7,5 e 4,5, respectivamente. (Jornal Público, 2007)

Em relação à variável independente, exercício físico, podemos verificar que a totalidade dos obesos 100% não realiza qualquer exercício físico e nos pré-obesos apenas 31,25% afirma realizar exercício físico para 68,75% que pratica exercício físico com regularidade. Verifica-se assim, que os obesos são os jovens desta amostra que menos realizam exercício físico.

Segundo Sérgio *et al* (2005),

“No que se refere à actividade física é preocupante constatar que à medida que a idade avança, diminui a sua prática. Se dividirmos a maioria da população em dois grandes grupos, os que não praticam qualquer tipo de actividade física e aqueles que a praticam, pelo menos, 3 horas e meia por semana, constatamos que mais de metade da população portuguesa não pratica actividade física regular, o que contribui para a pré-obesidade e obesidade.”

Avaliando as actividades sedentárias, os obesos mantêm-se no topo, isto é, são mais sedentários, com uma média de 5h diárias gastas a ver televisão, no computador ou

consola de jogos. Os pré-obesos desperdiçam menos tempo nessas actividades, contudo é de assinalar negativamente a média de 3,06h para essas actividades. Os não obesos dedicam 2,32h diárias do seu tempo para as referidas actividades sedentárias.

Analisando o meio de transporte predilecto dos obesos, verificamos que todos (100%) fazem a totalidade do percurso (escola, faculdade, trabalho...) de carro. A maioria dos pré-obesos também prefere o carro (56,25%) a outros meios de transporte. Contudo 25% destes, refere realizar todo o percurso a pé e 19% complementa a deslocação de carro ou transportes públicos com uma caminhada, que em média para os pré-obesos que fazem parte ou a totalidade do percurso a pé, é de 16,71 minutos. De salientar que os não obesos são os que menos usam o carro (42,86%) e mais andam a totalidade do percurso a pé 32,14%. Verifica-se que os obesos são os que andam menos a pé, optando por meios de transporte cómodos sem necessidade de exercício físico. De acordo com Moreira (2005, p.54) “Portugal apresenta a menor percentagem de indivíduos que entre os países da EU, que andam a pé 30min., ou mais.”

Em relação à variável independente, hábitos alimentares, começamos a discussão dos resultados obtidos de acordo com o nº de refeições diárias realizadas. Verifica-se que os obesos são os que menos refeições fazem, média de 3,67 refeições diárias para 4,13 refeições dos pré-obesos. Podemos concluir que este é o primeiro erro nos hábitos alimentares dos jovens da amostra, pois nunca se deve fazer intervalos entre as refeições superiores a 3,5 h.

Analisando os alimentos ingeridos pelos obesos ao pequeno-almoço, constata-se que 50% fazem uma refeição “razoável” e 50% uma refeição classificada de “mau”, salientando que nenhum tem uma alimentação classificada de “bom”. Para os pré-obesos os resultados na classificação de “razoável” são os mesmos dos obesos (50%) e ligeiro ascendente em “bom”, pois são 12,50%. Verifica-se assim que os jovens não iniciam o dia com os melhores hábitos alimentares, pois são muitos os erros alimentares que cometem, como reduzida ou nenhuma ingestão de fruta, frequente ingestão de café e limitada diversidade de alimentos nesta primeira refeição.

Como defende Hark (2005, p.12),

“A relação entre a alimentação e a saúde é clara: para crescermos e funcionarmos normalmente, precisamos de um leque completo de nutrientes, incluindo hidratos de carbono, proteínas, gorduras, fibras e água, bem como de uma variedade de vitaminas e sais minerais. Muitos destes nutrientes são essenciais não apenas para um funcionamento normal do corpo mas também para melhorar o nosso estado de saúde e proteger-nos de várias doenças. Comer bem significa sentir-nos bem, o que melhora o nosso estado de espírito.”

Ao almoço e jantar os jovens da amostra também não fazem as melhores escolhas alimentares, pois predominam os erros alimentares, reduzida ingestão de legumes, leguminosas, frutas, peixe e frequente presença de carnes, charcutaria, gorduras e refrigerantes. Apesar de a água não ser a única bebida ingerida, é positivamente assinalável a sua presença nas refeições destes jovens, embora também seja evidente a presença de refrigerantes e álcool. Principalmente de acordo com os erros observáveis nestas refeições, 66,67% dos obesos foi classificado como tendo uma alimentação no “mau” e os restantes 33,33% “razoável”, logo constata-se que nenhum (0%) tem uma alimentação no “bom”. Avaliando os resultados obtidos no que concerne aos hábitos alimentares, verifica-se que os obesos são o grupo em estudo que mais erros alimentares cometem, comprovando-se assim a importância de uma alimentação saudável na prevenção da obesidade, bem como, no seu tratamento.

Para uma alimentação saudável Silva (2000, p.253) aconselha, “Evitar o sal as conservas e os produtos de charcutaria e cafetaria. Não beber mais de dois copos de vinho por dia e não consumir refrigerantes.”

Os jovens da amostra não frequentam com regularidade o Centro de Saúde, referiram que o frequentam “algumas vezes” 34,04% e “poucas vezes” 46,81%. Em relação às estratégias abordadas na consulta de enfermagem, há um dado preocupante, 48,94% assinalam que nunca é abordada a alimentação saudável e também 48,94% referem nunca ser feita referência ao exercício físico. Os enfermeiros devem enaltecer sempre que possível estas estratégias, numa perspectiva de promoção de hábitos de vida saudáveis em jovens e consequente prevenção da obesidade.

V. CONCLUSÃO

Atravessando todas as etapas da elaboração do trabalho de investigação e chegando a este momento, torna-se fundamental reflectir sobre o decorrer do mesmo.

A ciência vai-se edificando através de conhecimentos que vão surgindo e se vão encaixando nos já existentes, numa busca ávida para ir mais além. Nesta perspectiva, e com o objectivo de alcançar outros horizontes, foi fundamental o empenho e o trabalho árduo desenvolvido, de forma a alcançar todos os objectivos propostos.

A compreensão da temática em estudo, só foi possível com esforço e dedicação ao longo da elaboração de todo o trabalho, como a revisão bibliográfica, que nos orienta numa visão diversificada e científica. Foi possível aprofundar os métodos e técnicas de investigação científica e tentar construir um bom trabalho de investigação.

De acordo com a análise estatística e respectiva discussão, conclui-se que a prevalência da obesidade e pré-obesidade nos jovens é alarmante. Assim como, a reduzida actividade física evidenciada em benefício de actividades sedentárias, prejudiciais ao bem-estar físico e mental dos jovens. Aliado a uma alimentação tendencialmente menos saudável nos jovens obesos.

A enfermagem tem um papel bem vincado nesta área, os cuidados primários, direccionados à comunidade. Pode e deve intervir na comunidade com acções de educação para a saúde no sentido de promoção de hábitos de vida saudáveis. Em função da realização deste estudo, pode-se afirmar que o caminho a percorrer é sinuoso em relação ao combate à obesidade, como tal, acredito que se deva persistir na promoção da prática de exercício físico junto dos jovens. Assim como, em relação à alimentação, é importante incentivar hábitos alimentares saudáveis aos jovens e estratégias para contornar alguns erros alimentares grosseiros, como a insuficiente ingestão de fruta e legumes. Desenvolver estudos neste âmbito, de forma a obter um conhecimento mais amplo dos factores predisponentes a esta patologia.

Em suma, a realização deste trabalho foi uma experiência intensa e gratificante, exigindo imensa dedicação e disponibilidade.

VI. BIBLIOGRAFIA

Referências bibliográficas

Berkow, R. et al (2006). *Merck Sharp & Dohme Enciclopedia médica*. Vol.9, Lisboa, QuidNovi.

Barros, H. (2007). *O essencial da saúde – Obesidade*. Vol.19, Lisboa, QuidNovi

Boavida, J. et al (2004) *Viver com a diabetes*. 2ªedição, Lisboa, Climepsi editores.

Breda, J. (2003). *Fundamentos de alimentação, nutrição e dietética*. Coimbra, Mar da Palavra Edições, Lda.

Carmo, I. (2005). *Magros, Gordinhos e assim-assim – Perturbações alimentares dos jovens*. 3ª Edição, Porto, Âmbar.

Carmo, I. et al (2008). *Obesidade em Portugal e no Mundo*. Lisboa, FMUL.

Carvalho, A., Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lisboa, Lusociência.

Femenías, G.R.; Hernandez, J. (2003). *Nutrição saudável e dietas de emagrecimento - Saúde para todos*. Rio de Mouro. Everest Editora, Lda.

Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Galvão-Teles, A.(1999). *A Obesidade – Comportamentos, Alimentação e Saúde*. Lisboa, Texto Editora.

Galvão-Teles, A., Reis,J., Dias, T. (2008). *Obesidade, Prevenção e tratamento*. Lisboa, Editorial Presença.

Hark L., Deen, D. (2005) *Nutrition for life*. Londres, Dorling Kindersly.

- Martins, R. (2006) *Exercício Físico e Saúde Pública*. Lisboa, Livros Horizonte
- Marques, A. et al. (2005). *Saúde, Desporto e Enfermagem*. Coimbra, Formasau.
- Monteiro, M. Santos, M.R. (2002). *Psicologia 2ª parte*. Porto, Porto editora
- Moreira, P. (2005). *Obesidade – Muito peso e várias medidas*. Lisboa, Edições Âmbar.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. 2ª Edição, Lisboa, Climepsi Editores.
- Padez, C (2002). *Actividade física, obesidade e saúde: uma perspectiva evolutiva*. Revista portuguesa de saúde, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública Vol.20 nº1.
- Peres, E. (1997). *Bem comidos e bem bebidos*. Lisboa, Editorial Caminho.
- Rémésy, C. (1994). *Alimentação e Saúde*. Lisboa, Instituto Piaget
- Rodrigues, M. et al (2005). *Educação para a Saúde – Formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra, Formasau.
- Saldanha H. (2001). *Nutrição Clínica Moderna na Saúde e na Doença*. Lisboa, Lidel.
- Sérgio, A. et al. (2005) *Programa nacional de combate à obesidade*. Lisboa, DGS
- Silva, J. (2000) *Colesterol Lipidos e Doença Vascular*. Lisboa, Lidel
- Trota, R. et al (2001). *Guias de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS*. Lisboa, DGS.
- Viuniski, N. (2005). *Obesidade infantil: guia prático para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro, EPUB.

Referências electrónicas

Direcção Geral Saúde. (DGS) [em linha]. Disponível em <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006908.pdf>>. [consultado em 09/04/2009].

Direcção Geral Saúde. (DGS) [em linha]. Disponível em <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007811.pdf>>. [consultado em 26/04/2009].

Enciclopédia da Saúde. [em linha]. Disponível em <<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude>>. [consultado em 09/05/2009].

Jornal Público [Em linha]. Disponível em <http://ultimahora.publico.clix.pt/noticia.aspx?id=1300636>. [Consultado em 14/10/2009]

Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Obesidade. (SPCO) [em linha]. Disponível em <<http://www.spcos.pt/index2.asp>>. [Consultado em 25/06/2009].

Universidade Fernando Pessoa. Manual de estilo [em linha]. www.ufp.pt. [consultado em 20/05/2009].

ANEXOS

Anexo I – Roda dos Alimentos



A VIOLETA

RODA DOS ALIMENTOS

um guia para a escolha alimentar diária



COMA BEM, VIVA MELHOR!



FENALIP
Associação Nacional de Indústrias de Alimentos



Saúde XXI
Programa Nacional de Saúde

Anexo II – Questionário

O aluno, Lino Miguel Quintela Gomes, a frequentar o 4º ano do curso de licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, encontra-se a realizar a investigação intitulada, “Hábitos de vida saudáveis e obesidade em jovens entre 20 e 25 anos”.

Assim, solicita a sua colaboração no preenchimento deste questionário, que é anónimo e confidencial, portanto não deverá escrever qualquer informação que o identifique em nenhuma das partes.

Leia com atenção antes de responder e assinale uma (X) na quadrícula (□) que se adequa à sua resposta. Nas questões que tiver linhas (_____), deverá responder claramente e de forma legível ao solicitado.

O tempo necessário para preenchimento deste questionário, em média, é de 10 minutos.

Após o exposto, concorda em participar neste estudo e respectivo preenchimento do questionário?

Sim Não

Antecipadamente, agradece a preciosa colaboração.

O aluno,

(Lino Miguel Quintela Gomes)

I.

1. **Género:** Feminino Masculino
2. **Idade:** _____ anos
3. **Peso:** _____ kg
4. **Altura:** _____ m
5. **Local Residência:** _____
6. **Profissão:** _____

II.

7. **Em relação ao seu corpo, como se descreve?**
- Magro(a) Normal Gordo(a)
8. **Comparando consigo, como define fisicamente os seus progenitores?**
- Mãe:** Magra Normal Gordas
- Pai:** Magro Normal Gordo

9. **Responda apenas a três (3) estratégias de prevenção da obesidade que considere essenciais.**

	Sim	Não
Alimentação saudável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentação rica em gorduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beber álcool e refrigerantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beber Água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer jejum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exercício físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andar a Pé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ver televisão, jogar computador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viajar de transportes públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra (s) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Identifique três (3) consequências relacionadas com a obesidade que conheça e considere mais importantes.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Não conheço | <input type="checkbox"/> Diabetes <i>Mellitus</i> II |
| <input type="checkbox"/> Cancro | <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial |
| <input type="checkbox"/> Doença Renal | <input type="checkbox"/> Doença Respiratória |
| <input type="checkbox"/> Doença Digestiva | <input type="checkbox"/> Doença Mental |
| <input type="checkbox"/> Doença Articular | <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular |
| <input type="checkbox"/> Doença Hepática | <input type="checkbox"/> Outro (s) _____ |

11. Como adquiriu a informação relacionada com a obesidade?

- Assinale as duas (2) opções mais relevantes.

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermeiros | <input type="checkbox"/> Médicos | <input type="checkbox"/> Professores |
| <input type="checkbox"/> Livros | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Televisão |
| <input type="checkbox"/> Panfletos / Posters no Centro de Saúde | <input type="checkbox"/> Outro (s) _____ | |

III.

12. Realiza exercício físico com regularidade?

- Sim Não (avance para a pergunta nº16)

13. Qual o exercício físico que realiza?

- Assinale as duas (2) opções principais.

- | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cardio-Fitness | <input type="checkbox"/> Dança | <input type="checkbox"/> Natação |
| <input type="checkbox"/> Ciclismo | <input type="checkbox"/> Atletismo | <input type="checkbox"/> Caminhadas |
| <input type="checkbox"/> Musculação | <input type="checkbox"/> Andebol | <input type="checkbox"/> Futebol |
| <input type="checkbox"/> Outro (s) _____ | | |

14. Assinale a frequência semanal com que pratica exercício físico.

- 1x semana 2x semana 3x semana 4/5x semana Diário

15. Qual a carga horária, semanal, que despende para realizar exercício físico?

- Uma (1) hora Duas (2) horas Três (3) horas
 Quatro (4) horas Cinco (5) horas ≥ Seis (6) horas

16. Como se desloca, geralmente, para a escola, faculdade, trabalho, outro (s)?

- A pé Transportes Públicos Carro/Mota Bicicleta
 Outro (s) _____

16.1. Se realiza a totalidade ou parte do percurso A PÉ, indique o tempo que demora, em média, (Ida e Volta):

_____ Minutos

17. Quantas horas despende, diariamente, a ver televisão, no computador (*internet*, jogos...), na consola de jogos?

- ≤ 1 hora 2 horas 3 horas 4 horas 5 horas ≥ 6 horas

IV.

18. Quantas refeições, em média, realiza diariamente?

- Uma Duas Três Quatro Cinco ou Mais

19. Toma o pequeno-almoço diariamente?

- Nunca Poucas vezes Algumas vezes Muitas vezes Sempre

19.1. Quais são os alimentos que fazem parte do seu pequeno-almoço?

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Leite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leite achocolatado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sumo natural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refrigerantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Álcool (vinho, cerveja...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pão branco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pão ou Cereais Integrais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bolos, <i>Croissants</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bolachas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iogurte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovos e <i>bacon</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manteiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compotas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro (s) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Considerando as refeições principais, almoço e jantar, qual a confeção habitual dos seus alimentos?

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Cozido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grelhado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estufado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Fast – Food</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Assinale, para cada grupo de alimentos e bebidas, a frequência com que são incluídos nas refeições referidas (almoço e jantar).

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Cereais (arroz, massa, batata...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legumes (couve, cenoura...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leguminosas (feijão, ervilhas...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutas (maça, laranja, banana...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lacticínios (leite, iogurte...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carnes (frango, vaca, porco...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peixe (sardinha, pescada...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gorduras (azeite, manteiga...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Charcutaria (salsicha, presunto...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sumo Natural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refrigerantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Álcool (vinho, cerveja...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro (s) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Se realiza pequenas refeições ao longo do dia, como a meio da manhã e lanche, mencione três (3) alimentos e/ou bebidas que coma mais frequentemente.

23. Frequenta o Centro de Saúde da sua área de residência?

Nunca Poucas vezes Algumas vezes Muitas vezes Sempre

24. Na consulta de Enfermagem já lhe foi transmitida informação sobre as seguintes estratégias de prevenção da obesidade?

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Alimentação Saudável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exercício Físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24.1. Se na mesma consulta lhe mencionaram outras estratégias, diga quais são.

Grato pela sua imprescindível colaboração,

Lino Gomes