

Ana Filipa Touro Pereira Marques de Moura

**Obesidade: Conhecimentos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem
da Universidade Fernando Pessoa do Porto**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

Ana Filipa Touro Pereira Marques de Moura

**Obesidade: Conhecimentos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem
da Universidade Fernando Pessoa do Porto**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

Ana Filipa Touro Pereira Marques de Moura

**Obesidade: Conhecimentos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem
da Universidade Fernando Pessoa do Porto**

Ana Filipa Touro Pereira Marques de Moura

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

Sumário

Muitos indivíduos que se acham apenas "gordinhos", sofrem de Obesidade e o seu número tem aumentado assustadoramente nos últimos anos, ao ponto desta doença se ter tornado a nova pandemia do século XXI.

Para que os enfermeiros respondam com competência e sejam uma mais valia no contexto da equipe multidisciplinar, quer a nível da promoção da saúde, quer na prevenção da doença, é de extrema importância, dar desde cedo atenção à formação holística dos alunos de enfermagem. Como tal pareceu-nos pertinente desenvolver um estudo com a finalidade de analisar os conhecimentos dos alunos do 4º ano da licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa (UFP) do Porto sobre a Obesidade.

Para a concretização e realização deste estudo foi feita uma pesquisa bibliográfica em Português, Inglês e Espanhol, relacionada com a problemática - Obesidade. Pretendeu-se realizar um estudo do tipo descritivo, baseado numa abordagem quantitativa e transversal sobre o tema: “Obesidade: Conhecimentos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto”.

A população alvo foram os alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto, a frequentar o ano 2009/2010, tendo sido seleccionada uma amostra de 45 alunos pelo método de amostragem não aleatória acidental. Como método de colheita de dados foi utilizado o questionário.

Sucintamente, relativamente aos dados obtidos, podemos dizer que 62% apresenta valores de Índice de Massa Corporal (IMC) relativos a Peso Normal, ainda o mesmo número de alunos apresenta Conhecimentos Bons sobre a Obesidade e para 71% dos alunos a UFP não fomenta o exercício físico e o mesmo se passa para a alimentação saudável (69%).

Palavras-chave: Obesidade, UFP, Qualidade de Vida.

Abstract

Many individuals who consider themselves only chubby, suffer from obesity and their number has increased alarmingly in the recent years to the extent that the disease has become a new pandemic of the 21st century.

For nurses to respond with competence and to be an asset in the context of the multidisciplinary team, both in health promotion or in disease prevention, it is of paramount importance, to give early attention to the holistic education of nursing students. As such we felt it is pertinent to develop a study aimed at assessing the knowledge of Obesity of the 4th year students' of the Nursing degree at the University Fernando Pessoa.

To accomplish of this study a review of the literature, in Portuguese, Spanish and English, related with obesity was performed. It was intended to conduct a descriptive study, based on a quantitative and transversal approach of the topic: "Obesity: Knowledge of this issue by the 4th year students of the Nursing Degree at the University Fernando Pessoa."

The target population is the students who attended the 4th year of the Nursing Degree during 2009/2010 at the University Fernando Pessoa in Porto. A sample of 45 students was selected by random non accidental sampling method. For the data collection the questionnaire method was used.

In a few words, 62,2% of the students have BMI values related to normal weight, the same number have Good Knowledge about Obesity and to 71% of students say that UFP doesn't encourage physical activity and the same goes for the healthy eating (69%).

Key words: Obesity, UFP, Life Quality.

A meus pais e minha irmã por sempre me terem apoiado.

Agradecimentos

Este trabalho resultou de um percurso de grande esforço e dedicação de todos os seus intervenientes, não sendo nunca um trabalho individual. Deste modo, no culminar deste percurso, sinto a necessidade de expressar os meus sinceros agradecimentos a todos os que tornaram possível a realização deste projecto:

Aos meus pais pela formação dada até ao momento, pelos valores e princípios éticos e morais que me inculcaram, pela compreensão, pelo carinho e apoio que sempre me deram.

À minha irmã Joana, por ter estado sempre presente em todos os momentos bons e menos bons, pelo incentivo e convicção de que juntas iríamos superar todas as barreiras que nos foram impostas.

À minha avó, por ter estado sempre presente, pela confiança que depositou em mim, pelos conselhos e carinho que me transmitiu no dia-a-dia e pelo desejar, com tanta força quanto eu, que esta etapa que agora termina seja rodeada de sucessos. Não posso deixar de lembrar ainda toda a minha família.

Ao Ivo, por me ter ensinado a acreditar em mim e nas minhas capacidades, por toda a sua ajuda, companheirismo, amor, amizade e paciência.

À minha amiga de longa data, Patrícia, pela sua amizade incondicional e pelos bons e divertidos momentos que passamos juntas.

Aos meus colegas de curso e a todos os professores que me acompanharam e tornaram positiva toda a minha passagem pela Universidade Fernando Pessoa.

À professora Filomena Cardoso, por me ter orientado no projecto de investigação, pela disponibilidade, pelas preciosas indicações e formação transmitida.

<u>Índice</u>	<u>Página</u>
<u>0 – Introdução</u>	15
<u>I – Fase Conceptual</u>	18
1. Enquadramento Teórico	18
1. 1. Obesidade	18
1.1.1. Morfofisiologia da Obesidade	22
1.1.2. Tipos morfológicos da Obesidade	23
1.1.3. Classificação da Obesidade	24
1.1.4. Prevenção	26
1.1.5. Complicações	33
1.1.6. Obesidade Infantil	34
1.1.7. Tratamento	37
1.1.8. Obesidade e Qualidade de Vida	39
1.2. UFP - Alimentação Saudável e Exercício Físico	40
<u>II – Fase Metodológica</u>	43
1. Princípios Éticos	43
2. Questões de investigação	44
3. Objectivos do estudo	44
4. Desenho de investigação	45
4.1. Tipo de estudo	45
4.2. Meio	46

4.3. População	46
4.4. Processo de amostragem	46
4.5. Amostra	47
4.6. Variáveis	47
4.7. Operacionalização da parte III do questionário	47
4.8. Instrumento de colheita de dados	48
4.9. Pré-teste	49
4.10. Tratamento e Análise dos Dados	49
<u>III – Fase Empírica</u>	50
1. Apresentação e Análise de Resultados	50
2. Discussão dos Resultados	64
<u>IV – Conclusão</u>	68
<u>V – Bibliografia</u>	70
<u>VI – Anexos</u>	75

<u>Índice de Figuras</u>	<u>Página</u>
Figura 1- Caracterização dos dois tipos de Obesidade: Ginóide e Andróide	24
Figura 2- Primeira Roda dos Alimentos - 1977	28
Figura 3- Nova Roda dos Alimentos - 2003	28
Figura 4- Curva de crescimento - IMC/Idade (dos 2-20 anos) no sexo feminino	36
Figura 5- Curva de crescimento-IMC/Idade (dos 2 aos 20 anos) no sexo masculino	36

Índice de Gráficos

Página

Gráfico 1- Distribuição de frequências do género dos alunos, segundo a amostra	51
Gráfico 2- Distribuição de frequências dos alunos que conhecem o tema da Obesidade	52
Gráfico 3- Distribuição de frequências dos alunos segundo a opinião se o tema foi leccionado nas aulas	52
Gráfico 4- Distribuição da frequência absoluta relativamente às Unidades Curriculares onde foi leccionado o tema da Obesidade segundo a opinião dos alunos	53
Gráfico 5- Distribuição da frequência absoluta do número de grupos em que está dividida a NRA, segundo os alunos	57
Gráfico 6- Distribuição da frequência absoluta do grupo da NRA que deve ser ingerido em maior quantidade por dia, segundo os alunos	57
Gráfico 7- Distribuição da frequência absoluta do grupo da NRA que deve ser ingerido em menor quantidade por dia, segundo os alunos	58
Gráfico 8- Distribuição de frequências da opinião dos alunos sobre se a UFP fomenta uma alimentação saudável	59
Gráfico 9- Distribuição percentual dos alimentos disponíveis nos bares da UFP, segundo os alunos	62
Gráfico 10- Distribuição de frequências da opinião dos alunos sobre se a UFP fomenta a prática de exercício físico	62
Gráfico 11- Distribuição de frequências do conhecimento por parte dos alunos dos desportos da UFP	63
Gráfico 12- Distribuição de frequências sobre se os alunos praticam algum desporto na UFP	63

<u>Índice de Quadros</u>	<u>Página</u>
Quadro 1- Prevalência da Obesidade em Portugal em 2001 (dos 18 aos 65 anos)	20
Quadro 2- Prevalência da Obesidade Infantil em Portugal dos 7 aos 9 anos (2007)	21
Quadro 3- Classificação da Obesidade segundo o IMC e o risco de co-morbilidade	25
Quadro 4- Valores de referência do Perímetro Abdominal para os caucasóides	26
Quadro 5- Proporção e porções de uma alimentação diária	29
Quadro 6- Valores de Referência das necessidades energéticas diárias	29
Quadro 7- Exercícios relativos a Actividade Física leve/moderada e Actividade Física Vigorosa	32
Quadro 8- Diagnóstico da Síndrome Metabólica	34
Quadro 9- Classificação dos conhecimentos relativos á parte III do questionário	48
Quadro 10- Distribuição nominal da idade dos alunos, segundo a amostra	50
Quadro 11- Distribuição de percentual do IMC dos alunos, segundo a amostra	51
Quadro 12- Distribuição de frequência absoluta da fonte de conhecimento da Obesidade, segundo a amostra	52
Quadro 13- Distribuição nominal da relevância da abordagem deste tema no curso de Enfermagem de 1 a 8, segundo a amostra	53
Quadro 14- Respostas dos alunos relativamente à opinião dos mesmos sobre a Obesidade	55
Quadro 15- Respostas dos alunos relativamente aos seus conhecimentos sobre a Obesidade	56
Quadro 16- Classificação obtida pelos alunos na parte III do questionário	58
Quadro 17- Distribuição de frequências da alimentação das três cantinas da UFP, segundo os alunos	61
Quadro 18- Distribuição nominal do que os bares da UFP têm para oferecer nos lanches da manhã/tarde, segundo a amostra	61

Lista de Siglas

DGS – Direcção Geral da Saúde

EIFC - Enfermagem Intervenção Familiar e Comunitária

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMI - Enfermagem Materno-infantil

FCNAUP - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

F_i - Frequência Absoluta

f_i - Frequência Relativa

FPE - Fundamentos e Procedimentos de Enfermagem

IMC – Índice de Massa Corporal

IOTF - International Obesity Task Force

LE - Línguas Estrangeiras

NIH - National Institutes of Health

NRA - Nova Roda dos Alimentos

NS/NR - Não sabe/ não responde

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPEO - Sociedade Portuguesa de Estudo da Obesidade

UFP – Universidade Fernando Pessoa

Abreviaturas

Cal - calorias

0 - Introdução

A Obesidade caracteriza-se por um aumento de peso devido a um excesso de gordura (Nobrega, 2008). Quem sofre desta doença "admite que é gordo, mas normalmente não gosta que lhe chamem obeso" (Póvoas, 2009, p.25).

A investigação em Enfermagem surgiu no seguimento das ideias e das práticas veiculadas por Florence Nightingale, no decorrer da segunda metade do século XX, durante a Guerra da Crimeia (Fortin, 2003).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006), a investigação em enfermagem é:

" (...) um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Engloba todos os aspectos da saúde que são de interesse para a enfermagem."

Sendo a Obesidade segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a "epidemia do século XXI" e da responsabilidade dos profissionais de saúde a sua prevenção e tratamento, considerou-se pertinente o projecto subordinado ao tema: "Obesidade: Conhecimentos dos alunos do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto" para o término da Licenciatura em Enfermagem.

Para a realização deste estudo foram propostos alguns objectivos para que se conseguisse responder às questões de investigação. Os objectivos deste estudo são:

- Analisar os conhecimentos dos alunos do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto sobre a Obesidade;
- Conhecer a opinião dos alunos do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto quanto à relevância da Obesidade para a Enfermagem;
- Perceber se os alunos do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto aproveitam os recursos que a faculdade lhes proporciona para prevenir a Obesidade.

Segundo Filho (*cit. in* Nobrega, 2008) a Obesidade é uma doença multifactorial, caracterizada por um balanço calórico positivo. O excesso de peso e a Obesidade afectam 66.3% da população adulta e estão na origem de diversas doenças crónicas (Joseph et al., 2009), que provocam uma diminuição da esperança de vida e deterioração da qualidade da mesma. Cerca de um milhão de mortes ocorrem anualmente na Europa por um incremento da carga ponderal (OMS, 2006).

Visto ser objectivo da enfermagem promover, conservar e restabelecer a saúde, com especial interesse pelos factores biológicos, psicológicos e sócio-culturais e respeitando as necessidades e direitos da pessoa a quem presta cuidados é vital os enfermeiros terem presente esta patologia como algo a debelar (Costa, 2000).

Partindo dos pressupostos anteriores elaboraram-se como questões de investigação: Quais os conhecimentos dos alunos do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto sobre a Obesidade? Qual a opinião dos alunos do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto quanto à relevância da Obesidade para a Enfermagem? Será que os alunos do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto aproveitam os recursos que a faculdade lhes proporciona para prevenir a Obesidade?

Surge desta forma, um tema, adequado não só às Ciências de Enfermagem, mas a todas as vertentes da saúde, actual, exequível e de grande influência à prática profissional.

Assim sendo, para a realização deste estudo de investigação, aplicou-se um instrumento de recolha de dados (questionário) a uma amostra de 45 alunos do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto.

A nível académico, o estudo será realizado com vista à concretização dos seguintes objectivos:

- Aprofundar os conhecimentos da temática em estudo;
- Servir de instrumento de avaliação da unidade curricular;
- Aplicar a metodologia científica aprendida;

- Demonstrar os conhecimentos adquiridos e as capacidades desenvolvidas durante a Licenciatura.

O presente projecto de investigação encontra-se dividido em três capítulos principais. Para além da presente introdução, consta uma primeira parte referente à fase conceptual, onde é apresentada a fundamentação teórica do projecto, sendo abordado o tema da Obesidade, a sua prevalência, o IMC, o tratamento mais indicado, as complicações e a qualidade de vida e ainda a UFP na prevenção da Obesidade.

A segunda parte refere-se à fase metodológica. Neste capítulo são apresentados os objectivos do estudo, bem como as questões de investigação, são descritos os princípios éticos, o tipo e meio de estudo, a população e amostra, o processo de amostragem, as variáveis em estudo e a sua operacionalização, o instrumento de colheita de dados, o pré-teste e a previsão do tratamento estatístico.

A terceira parte é a fase empírica, caracterizada pela apresentação e análise dos resultados obtidos e discussão dos dados relevantes, permitindo assim concluir o estudo.

Após estes três pilares elaborados, é apresentada a conclusão, toda a recolha bibliográfica usada para auxiliar na elaboração do presente projecto e ainda no final os anexos (Anexo I- Ementas semanais; Anexo II- Plano Curricular do curso de Enfermagem; Anexo III- Parte III do questionário correctamente preenchida; Anexa IV- Questionário).

No que concerne aos resultados, muito sucintamente é de destacar que a maioria dos alunos (62,2%) encontra-se com valores de IMC normais, o mesmo número de alunos apresenta Conhecimentos Bons sobre a Obesidade. Os alunos consideram que o tema da Obesidade é pertinente para a Enfermagem, a média que lhe atribuíram foi de 6,58 (sendo 1 menos relevante e 8 mais relevante). A maioria dos alunos considera que a UFP não fomenta a prática de exercício físico (71%) nem a alimentação saudável (69%).

I. Fase Conceptual

1. Enquadramento teórico

O enquadramento teórico é o primeiro pilar para o desenvolvimento do estudo. Apresenta como função principal proporcionar um suporte teórico, para a prática da investigação. Para além disso tem ainda função de apoiar, responder e fundamentar a problemática em estudo - a Obesidade.

1.1. Obesidade:

Desde tempos remotos, que a Obesidade está presente na sociedade, e na pré-história era símbolo de beleza e fertilidade (Cunha, Neto, Junior, 2006). Segundo Cunha (1998, *cit. in* Cunha, Neto, Junior, 2006) as deusas no período Neolítico, eram admiradas pelos seus seios, quadris e coxas volumosas, e simbolizadas em estátuas e pinturas. São exemplos destes símbolos a Deusa de Willendorf e a Deusa de Milo, os "nus" de Rubens e as "mulheres" de Renoir (Seleções do Reader's Digest, 1998, Carrada, 2002).

Hipócrates, considerado por muitos autores como o "pai da medicina", foi um médico greco-romano que já considerava a Obesidade como uma doença e num dos seus escritos mencionou os perigos da Obesidade para a saúde e afirmou que a morte súbita era mais comum em indivíduos gordos do que em magros (Cunha, Neto, Junior, 2006).

Ainda Galeno, discípulo de Hipócrates subdividiu a Obesidade em natural ou moderada e mórbida ou exagerada. Este considerava a Obesidade uma consequência da indisciplina do indivíduo, seleccionando como tratamento corridas, massagens, banho, descanso e a refeição devia ser predominante em alimentos com baixo valor calórico (Cunha, Neto, Junior, 2006).

Com as mudanças nos padrões de beleza, a apreciação de corpos robustos foi trocada por corpos esbeltos e magros o que obrigou a um sofrimento de jejuns prolongados por parte de muitas mulheres, no entanto os grandes senhores das sociedades continuaram

com os maus hábitos alimentares (Cunha, Neto, Junior, 2006). Ainda hoje a magreza extrema é tida como sinal de beleza e jovialidade. No entanto, devido ao incremento de alimentos hipercalóricos sem valor nutricional, a Obesidade está cada vez mais patente na sociedade, sendo por isso motivo de diversos estudos (Teles, Reis, Dias, 2008).

Segundo Teles, Reis, Dias (2008, p. 33) a Obesidade:

" (...) é uma síndrome de origem multifactorial, em que factores relacionados com o ambiente, (...) alimentos ricos em gorduras e açúcares, o sedentarismo, o stresse, e as alterações do comportamento, se interligam com factores de origem genética".

O médico Claude Bouchard, realizou uma experiência onde demonstrou que mesmo havendo uma predisposição genética para a Obesidade, é possível evitá-la mantendo uma dieta equilibrada e actividade física (Cunha, Neto, Junior, 2006).

A experiência foi realizada com índios da região sul dos Estados Unidos, Arizona. Estes indivíduos eram fisicamente activos, com peso normal e aparentemente saudáveis, ingeriam alimentos saudáveis e naturais. Quando estes foram transferidos para reservas, não tendo necessidade de trabalhar na agricultura para obter alimentos e mudando os seus hábitos alimentares, passando a ingerir bebidas alcoólicas e alimentos hipercalóricos, estes indivíduos tornaram-se obesos (Cunha, Neto, Junior, 2006).

A Obesidade é uma doença crónica prevalente tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento e apesar do esforço que os profissionais de saúde estão a ter, quer a nível nacional quer internacional, para combater esta doença, ela continua a evoluir de forma drástica, assumindo nos nossos dias proporções preocupantes, atingindo já as faixas etárias mais jovens (OMS, 2000).

A prevalência da Obesidade está a aumentar por todo o mundo, variando a sua distribuição consoante a localização geográfica, tornando-se uma ameaça à saúde para a população mundial (OMS, 2000, Swinburn, et al., 2004).

Segundo Swinburn et al. (2004) esta doença é mais comum em pessoas de estrato socioeconómico alto e nas zonas urbanas. Estes autores referem ainda uma maior prevalência nas mulheres, no entanto com tendência para diminuir.

Mais de 1,1 bilião da população mundial tem excesso de peso e desses, 300 milhões são obesos. Os Estados Unidos lideram na prevalência apresentando 60 milhões de obesos (International Obesity Task Force (IOTF), Rucker et al., 2007).

Na União Europeia mais de 200 milhões de pessoas adultas são obesas ou têm excesso de peso. Segundo valores da IOTF na maioria destes 25 países registou-se um aumento de 10 para 40% da Obesidade nos últimos dez anos (Carmo et al., 2006)

Em 2001 a Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (SPEO), juntamente com a Direcção Geral da Saúde (DGS) e a Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto (FCNAUP), elaborou um estudo de prevalência da Obesidade a nível nacional onde os principais resultados estão presentes no quadro abaixo.

Classificação	Homens	Mulheres
Pré-obeso	41,1%	30,8%
Obeso grau 1	11,3%	12,2%
Obeso grau 2	1,2%	2,2%
Obeso grau 3	0,4%	1%

Quadro 1- Prevalência da Obesidade em Portugal em 2001 (dos 18 aos 65 anos). Retirado de SPEO.

Dados de 2006 indicam que em Portugal 37% da população tinha excesso de peso e 14.5% era obeso (SPEO).

Relativamente à prevalência da Obesidade em idade pediátrica é inquietante a proporção que ela está a tomar. Esta tem vindo a aumentar gradualmente e na actualidade é cerca de dez vezes mais alta do que em 1970 (OMS, 2006).

Segundo a OMS (2007 *cit. in* Tauber, 2010) em Portugal nas crianças dos 7 aos 9 anos a prevalência da Obesidade está apresentada no seguinte quadro:

	Raparigas	Rapazes
Excesso de Peso	21.4%	19.1%
Obesidade	12.3%	10.3%

Quadro 2 - Prevalência da Obesidade Infantil em Portugal dos 7 aos 9 anos (2007). Retirado de OMS (2007 *cit. in* Tauber, 2010).

Com o nome vindo do latim *obesus*, a Obesidade é definida como o aumento da quantidade de gordura corporal ou de tecido adiposo (Matos, 2005 *cit. in* Claudino, Zanella 2005).

A OMS (*cit. in* Teles, Reis, Dias, 2008, p. 23) definiu a Obesidade como:

" (...) uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde, tanto mais que, uma vez instalada, tende a autopropetuar-se, constituindo-se como verdadeira doença crónica."

A Obesidade é a acumulação excessiva de tecido adiposo onde o indivíduo tem um aumento de peso superior a 25% do que seria normal. Pode ser de causa exógena ou endógena se for devido a uma "superalimentação" ou devido a perturbações metabólicas (Manuila, et al., 2003).

A Obesidade é uma doença crónica que com o decorrer do tempo conduz a múltiplos riscos para a saúde. Esta doença ocorre devido ao excesso na ingestão de alimentos em relação ao que o indivíduo geneticamente predisposto gasta, ficando portanto com um balanço energético positivo (Teles, Reis, Dias, 2008).

Barbosa (2004) elaborou duas definições para distinguir a Obesidade do Excesso de Peso, pois existe uma linha muito ténue entre elas. Excesso de peso é o estadio que antecede a Obesidade, é caracterizado pelos valores de IMC situados entre o normal e a Obesidade. Obesidade é a condição na qual o indivíduo apresenta uma quantidade excessiva de gordura corporal.

Em linhas gerais a Obesidade é simplesmente o desequilíbrio que ocorre entre a ingestão e o gasto de energia, em que o excesso do primeiro conduz a um aumento do peso corporal quando não há gasto de energia, estando associado a uma mortalidade prematura, uma morbilidade crónica e à necessidade de um aumento dos cuidados de saúde.

1.1.1. Morfofisiologia da Obesidade

O corpo humano controla com grande precisão o peso e a massa gorda ao regular as entradas e saídas de energia. A alimentação é a forma de entrada de energia no organismo, sob a forma de calorias (cal), pelos glícidos, lípidos e proteínas, que posteriormente vão ser armazenados nas células do tecido adiposo, os adipócitos. Já os gastos energéticos estão divididos em três níveis, como explica Tauber (2010):

O primeiro prende-se com a taxa metabólica de repouso e entende-se pela energia que o organismo necessita quando está em repouso representando aproximadamente 70% do dispêndio total de energia. Varia de indivíduo para indivíduo pois tem como variáveis a idade, o sexo e a estatura.

O segundo é o gasto de energia necessária para a digestão, que representa 10 a 20% do dispêndio total de energia. O terceiro nível corresponde à actividade física quotidiana que tal como o anterior representa entre 10 a 20 % do dispêndio total de energia.

O nível três é o único passível de ser modificado pelo que quando ocorre um aumento da entrada de energia, deve também ser aumentada a actividade física para que a balança mantenha o peso equilibrado.

O tecido adiposo tem como função sintetizar ácidos gordos e armazená-los sob a forma de triglicerídeos nas suas células, no entanto também capta glicose em períodos de abundância (Fortunato, Silva, Pinheiro, 2005).

Este tecido pode ser dividido em tecido adiposo castanho e branco. As células adiposas castanhas têm como principal função produzir calor ao organismo e por esta razão tendem a atrofiar-se na idade adulta, pois os mecanismos de regulação já estão totalmente desenvolvidos nesta fase (Fortunato, Silva, Pinheiro, 2005, Gomes, Cerqueira, 2009).

Quanto ao tecido adiposo branco a sua principal função é a acumulação de lípidos que vão constituir as reservas energéticas. Tem ainda a função de produzir hormonas como a leptina que actua sobre o hipotálamo inibindo o apetite e a de regular o metabolismo dos glícidos e lípidos (Gomes, Cerqueira, 2009).

No entanto também outras hormonas como a grelina (do estômago), alguns péptidos (do intestino), a insulina (do pâncreas) e a melancortina (do cérebro) contribuem para o controlo da Obesidade e das suas complicações na medida em que induzem a saciedade e aumentam o consumo energético quando existe muita quantidade de lípidos e glicose em circulação (Fortuna, Silva, Pinheiro, 2005).

1.1.2. Tipos Morfológicos da Obesidade

A Obesidade pode ser classificada segundo a classe, tema que será abordado adiante neste estudo ou segundo a morfologia da distribuição do tecido adiposo. Em relação à morfologia esta pode ser subdividida, segundo a maioria dos autores, em dois grupos: Obesidade Andróide e Obesidade Ginóide (Teles, Reis, Dias, 2008).

Esta subdivisão é importante quando se consideram os riscos e complicações que podem advir da Obesidade, pois a Obesidade Andróide está na origem de complicações mais graves do que a Obesidade Ginóide, no entanto não é possível ao indivíduo escolher qual o seu tipo de Obesidade pois esta é inerente ao próprio.

A Obesidade Ginóide pode também ser designada por Obesidade tipo "pêra" e é caracterizada pela distribuição de gordura especialmente na metade inferior do corpo que engloba os glúteos e as coxas. Esta é o tipo de Obesidade característica no sexo

feminino e acarreta problemas de carácter psicológico e mecânico (Ministério da Saúde, Teles, Reis, Dias, 2008).

A Obesidade Andróide é mais complexa e pode também ser chamada de Obesidade tipo "maçã" ou ainda Obesidade Visceral pois a gordura acumula-se sobretudo na metade superior do corpo, principalmente na região abdominal e é mais característico nos homens. Acarreta problemas como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Arteriosclerose e problemas Cardiovasculares (Ministério da Saúde, Teles, Reis, Dias, 2008).

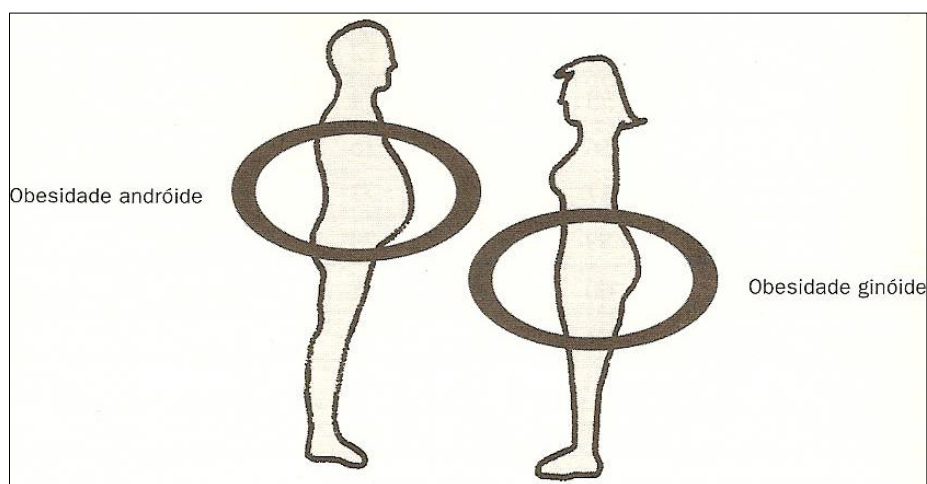


Figura 1: Caracterização dos dois tipos de Obesidade: Andróide e Ginóide. Retirado de Póvoas (2009).

1.1.3. Classificação da Obesidade

Para uma avaliação rigorosa da presença da Obesidade seria necessário obter o valor correcto de massa gorda corporal, que geralmente corresponde 10 a 25% de peso nos homens e 20 a 35% de peso nas mulheres porém os métodos que conferem mais precisão no diagnóstico são caros e mais ou menos complexos (Teles, Reis, Dias, 2008).

Tauber (2010) refere alguns dos métodos que, pelas razões acima descritas, são menos usados para o diagnóstico da Obesidade, são eles: a medição da espessura das pregas cutâneas, que consiste em apertar a pele com uma pinça especial em diferentes zonas do corpo como nos braços, anca e região dorsal e a densitometria óssea bifotónica ou

DEXA, que consiste em medir o nível de massa gorda, de massa muscular e a quantidade de cálcio ósseo, através de um raio-x.

Na prática, os métodos mais usados são a Bioimpedância, o IMC e como co-adjuvante a avaliação do perímetro abdominal. A Bioimpedância é um método facilmente aplicável que determina a quantidade total de água corporal, a massa magra e a massa gorda (Bassett, et al., 2000, Tauber, 2010).

O IMC pode também ser designado por Índice de Quetelet, pois foi Lambert Quetelet, matemático, astrónomo e sociólogo belga, que desenvolveu o cálculo do IMC em 1969 (Tauber, 2010). Este é um método analítico, não laboratorial, que mede a corpulência e é determinado pela divisão do peso (em quilogramas), pela altura (em metros) elevada ao quadrado (Teles, Reis, Dias, 2008).

A OMS (*cit. in* Teles, Reis, Dias, 2008) classificou a Obesidade segundo a classe em função do IMC e do risco de co-morbilidade, apresentado no quadro abaixo. Sendo assim, estamos perante Excesso de Peso quando o IMC é igual ou superior a 25 Kg/m² e Obesidade quando o IMC é igual ou superior a 30 Kg/m².

Classificação	IMC (Kg/M²)	Risco de co-morbilidade
Baixo Peso	< 18.5	Baixo
Normal	18.5 - 24.9	-----
Excesso de Peso	≥ 25.0	-----
Pré-Obesidade	25.0 - 29.9	Aumentado
Obesidade de grau I	30.0 - 34.9	Moderado
Obesidade de grau II	35.0 - 39.9	Grave
Obesidade de grau III	≥ 40.0	Muito Grave

Quadro 3- Classificação da Obesidade segundo o IMC e o risco de co-morbilidade. Retirado de OMS (*cit. in* Teles, Reis, Dias, 2008).

A principal vantagem deste método é usar medidas simples, como o peso e a altura e é aplicável a qualquer que seja o grau de Obesidade, pelo que é o método de referência a nível nacional e internacional (Teles, Reis, Dias, 2008). Como desvantagem, os autores

afirmam que nos atletas com elevada massa muscular, o IMC vai ser elevado, não pela gordura, mas devido ao peso muscular (Bassett, et al., 2000, Ministério da Saúde).

Como co-adjuvante ao IMC, surge a avaliação do perímetro abdominal que indica o risco de complicações metabólicas associadas à Obesidade. São admitidos dois níveis de risco de complicações, através da determinação isolada do Perímetro Abdominal, segundo Lean (cit. in Teles, Reis, Dias, 2008). É importante salientar que os valores de referência do Perímetro Abdominal variam consoante a etnia. No quadro abaixo estão apresentados os valores de referência para os caucasóides.

Género	Risco Aumentado	Risco Muito Aumentado
Homem	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Mulher	≥ 80 cm	≥ 88 cm

Quadro 4 - Valores de referência do Perímetro Abdominal para os caucasóides. Retirado de Lean (cit. in Teles, Reis, Dias, 2008).

1.1.4. Prevenção

A prevenção pode ser vista sob três perspectivas diferentes, são elas: a prevenção geral, a prevenção selectiva e a prevenção dirigida (Bassett, et al., 2000).

A prevenção geral tem como grupo alvo a população em geral, pelo que as medidas a tomar devem passar por Educações para a Saúde, Intervenções na Comunidade, Políticas Nacionais e Legislação, para assim evitar que os indivíduos, adquiram maus hábitos, como uma alimentação rica em alimentos com alto valor calórico e uma vida sedentária (Teles, Reis, Dias, 2008).

A Educação para a Saúde deve assentar essencialmente em dois pilares, a prática de exercício físico e uma alimentação saudável. A enfermagem tem um papel essencial na promoção da saúde pelo que é o principal responsável por este ponto (Bassett, et al., 2000, Teles, Reis, Dias, 2008).

Ainda faz parte deste tipo de prevenção o aparecimento de políticas que premeiem os promotores de estilos de vida saudáveis e que apliquem sanções aos que tenham um

papel contrário (Gonzalez, 2005). As autarquias devem ser incentivadas a criar locais que propiciem a actividade física em zonas urbanas, nas escolas devem ser implementados programas que fomentem o aumento de horas para a prática de exercício físico assim como a implementação de alimentos saudáveis, ao invés de alimentos hipercalóricos nas cantinas (Teles, Reis, Dias, 2008). Devem ainda ser proibidos os anúncios publicitários alusivos a alimentos hipercalóricos ao redor das instituições escolares assim como na comunicação social (Gonzalez, 2005, Petry, Marques, 2010).

A prevenção selectiva dirige-se aos indivíduos com elevado risco de desenvolver Obesidade, com ou sem susceptibilidade genética e indivíduos sujeitos a factores capazes de induzir o aumento de peso, como o consumo de certos fármacos e o excesso de álcool. Neste nível estão também enquadradas todas as pessoas que perderam peso e para essas as medidas a tomar são as mesmas que são utilizadas na prevenção geral, no entanto a sua execução deve ser mais dirigida, se necessário individualizada (Teles, Reis, Dias, 2008).

O terceiro nível é o mais específico tendo como população alvo indivíduos com excesso de peso ou Obesidade e em risco de desenvolverem complicações metabólicas, cardiovasculares, entre outras, tendo por isso como principais objectivos prevenir o aumento de peso e o desenvolvimento de co-morbilidades (Teles, Reis, Dias, 2008).

É de facto importante neste nível educar com alta eficácia os indivíduos para que seja possível obter resultados positivos (Bassett, et al., 2000). Por exemplo, no que diz respeito à actividade física, estudos comprovaram que um aumento desta, contribui para a prevenção da evolução da Diabetes tipo 2 em indivíduos com diminuição da tolerância à glicose, permite ainda uma actuação favorável num conjunto de factores de risco da doença coronária e uma redução ponderal associa-se a uma diminuição da mortalidade cardiovascular (Teles, Reis, Dias, 2008).

A prevenção da Obesidade tem então dois pilares que pertencem aos hábitos de vida saudáveis, são eles a alimentação saudável e a actividade física e para obter um equilíbrio entre a energia consumida e a energia gasta é necessário que estes pesem o mesmo nos pratos da balança (Ministério da Saúde, Tauber, 2010).

Segundo Rodrigues et al. (2006) a alimentação saudável é tida como tal quando é completa, onde são introduzidos alimentos de cada grupo da Roda dos Alimentos e é ingerida água diariamente, é equilibrada, quando são introduzidas maiores quantidades de alimentos pertencentes aos grupos de maior dimensão e menos dos de menor dimensão e é variada quando são ingeridos diferentes alimentos dentro de cada grupo alternando diariamente.

A Roda dos Alimentos surgiu em 1977, aquando da campanha "Saber comer é saber viver". Esta continha cinco grupos de alimentos, de diferentes tamanhos, sugerindo assim as proporções de alimentos, mediante os grupos, que deviam ser ingeridos diariamente, no entanto não eram especificadas porções como ilustra a figura 2 (Rodrigues et al., 2006).

Em 2003, após a avaliação da evolução dos conhecimentos científicos e da alteração dos hábitos alimentares em Portugal foi desenvolvido um projecto, ao abrigo do programa Saúde XXI com a colaboração da FCNAUP, onde foi reestruturada a Roda dos Alimentos, (FCNAUP, 2006) ilustrada na figura 3.

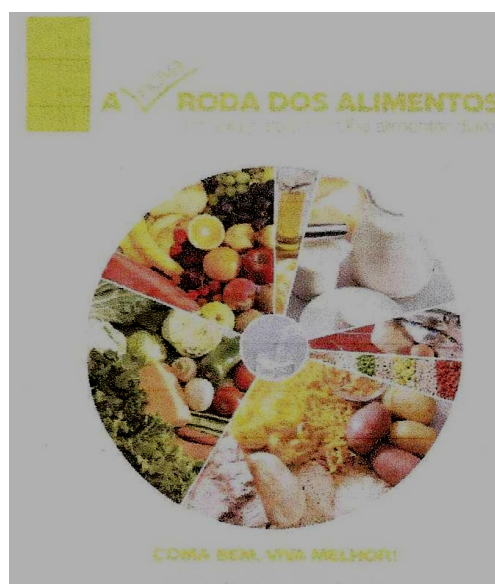
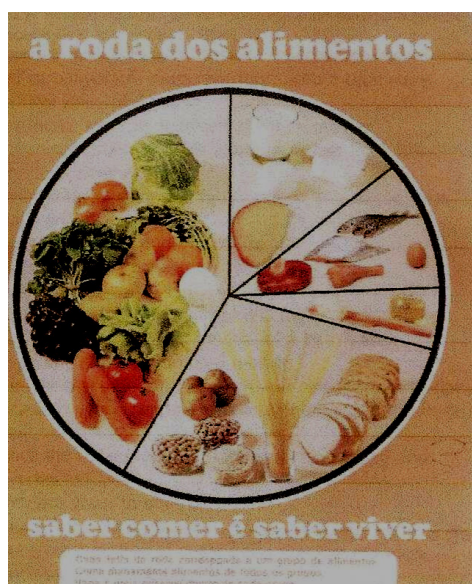


Figura 2- Primeira Roda dos Alimentos - 1977. **Figura 3-** Nova Roda dos Alimentos - 2003.
Retiradas de Rodrigues et al. (2006).

As alterações passaram pela subdivisão de alguns dos anteriores grupos, foi acrescentada a água como elemento central e integrante de todos eles, pois esta faz parte

da constituição de quase todos os alimentos e o estabelecimento de porções diárias equivalentes (Bastos, 2006).

A Nova Roda dos Alimentos continua disposta de forma circular, tendo esta apresentação sido mantida por ser já identificada e associada vulgarmente a um prato. É composta por sete grupos de alimentos de diferentes dimensões, que indicam a proporção com que cada um deve estar presente na alimentação diária (Candeias et al., 2005).

Grupos	Proporção	Porção
Cereais e derivados, tubérculos	28%	4 a 11
Hortícolas	23%	3 a 5
Fruta	20%	3 a 5
Lacticínios	18%	2 a 3
Carnes, pescado e ovos	5%	1,5 a 4,5
Leguminosas	4%	1 a 2
Gorduras e óleos	2%	1 a 3

Quadro 5- Proporção e porções de uma alimentação diária. Retirado de Candeias et al. (2005).

Os valores limites das porções recomendadas correspondem aos valores energéticos, sendo que valores dos limites mínimos são um guia para as crianças até aos 3 anos, os rapazes adolescentes e homens activos devem guiar-se pelos limites superiores e a restante população deve orientar-se pelos valores intermédios (FCNAUP, 2006).

As necessidades energéticas dependem do dispêndio com a actividade física, no entanto existem valores médios de referência e valores abaixo dos quais as necessidades nutricionais fundamentais podem não estar asseguradas. No quadro abaixo encontram-se os valores médios de referência das necessidades energéticas diárias (Candeias, et al., 2005).

	Valores médios	Valores desaconselhados
Mulheres	1500 - 1800 cal	<1200 cal
Homens	2000 - 2500 cal	<1500 cal

Quadro 6- Valores de Referência das necessidades energéticas diárias. Retirado de Candeias et al. (2005).

Quando um indivíduo pretende perder peso, deve ter em conta que as suas necessidades energéticas devem ser mantidas, pois planos alimentares muito restritos estão frequentemente na origem de carências que debilitam o estado de saúde (Candeias et al., 2005).

Assim para manter um peso adequado a cada indivíduo a DGS (2005), elaborou uma série de recomendações para uma alimentação saudável, são elas:

- O pequeno-almoço saudável e completo é indispensável para iniciar o dia. Deve incorporar leite ou derivados com baixo teor em gordura, pão escuro ou de mistura, sendo excelentes fornecedores de energia e fibras e ainda fruta fresca ou sumos naturais;
- Evitar estar mais de 3 horas e meia sem comer; é aconselhado fazer pequenos lanches nos intervalos das três principais refeições (devem conter o mesmo que a primeira refeição do dia);
- Limitar o consumo total de gorduras (preferir sempre o azeite a outros tipos de gordura, evitar fritar os alimentos, restringir os produtos de charcutaria, evitar os molhos gordurosos e retirar toda a gordura visível dos alimentos);
- Aumentar o consumo de frutas, hortaliças e legumes (ingerir sopa, os sumos naturais devem ser ingeridos de imediato para não perderem as vitaminas);
- Preferir cereais integrais, pois têm mais fibras, vitaminas e minerais;
- Reduzir o consumo de açúcares simples, pelo que não deve ser adicionado açúcar quer aos alimentos quer às bebidas, devem ser evitados os refrigerantes e sumos de fruta artificial;
- Reduzir o consumo de sal, nunca ingerir mais de 5 gramas de sal por dia, não usar sal fino, moderar a ingestão de águas minerais gaseificadas, limitar a ingestão de alimentos salgados, optar pelo uso de ervas aromáticas e especiarias ao contrário de sal;
- Beber água simples, em abundância diariamente;
- Ao ingerir bebidas alcoólicas fazê-lo sempre com moderação e estas devem ser proibidas em mulheres grávidas, mães a amamentar, e crianças e jovens com menos de 17 anos.

A actividade física é outro pilar de sustentação dos hábitos de vida saudáveis para a prevenção da Obesidade e para isso devia ser acessível a toda a população, em

programas operacionais nas escolas e locais de trabalho. No entanto, diversos estudos realizados demonstram o contrário, mais de 60% da população adulta tem uma actividade física insuficiente, sendo o sedentarismo mais prevalente em mulheres, idosos, indivíduos de baixo nível sócio-económico e indivíduos com incapacidades (OMS, 2003).

A redução de peso obriga a um desequilíbrio energético negativo e a actividade física torna-se o maior componente modificável do dispêndio energético total. Para além de toda a energia dispendida durante a actividade física acresce ainda o aumento da taxa metabólica em repouso pós-exercício (Teles, Reis, Dias, 2008).

Para a maioria dos obesos a actividade física deve ser iniciada de forma gradual. Inicialmente devem ser incentivados a realizar tarefas da vida diária como subir escadas, andar a pé ou nadar. Com o tempo e avaliando o seu progresso, relativamente à perda de peso e capacidade funcional, devem impor-se exercícios mais árduos como desportos em equipa, pois esta torna-se uma maneira agradável de fazer exercício (National Institutes of Health (NIH), 2000). Ainda segundo este autor é importante que o indivíduo pratique o desporto que mais lhe agrada pois será uma forma de estar incentivado e não desistir. Para a maioria das pessoas, a simples caminhada é atractiva como forma de actividade física, principalmente para indivíduos que estejam já em excesso de peso ou Obesidade.

O exercício tem vantagens significativas no combate da Obesidade assim como na sua prevenção, como referem DGS (2005) pois potencia a perda de massa gorda e a preservação ou aumento da massa isenta de gordura. Tem ainda capacidade para proteger os ex-obesos contra a perda de massa óssea e da degradação óssea, comum nestes indivíduos. A actividade física tem ainda um efeito selectivo na Síndrome da Obesidade Sarcopénica, isto é, tende a reduzir o excesso de massa gorda e a aumentar a massa muscular dos membros.

Para além das vantagens na diminuição de peso do indivíduo, a actividade física melhora a aptidão cardiorrespiratória, a coordenação músculo-esquelética, reduz a hipotonia muscular, previne ou reduz o risco cardiometabólico, as complicações e

cardiovasculares relacionadas, o risco de cancro e depressão (Teles, Reis, Dias, 2008). Outros autores referem ainda diminuir a ansiedade e a astenia, melhorar a auto-estima, a qualidade do sono e a qualidade de vida em geral (OMS, 2003).

Várias recomendações surgiram relativamente à quantidade, frequência e intensidade de exercício físico necessárias para a manutenção do peso corporal no sentido da prevenção do aumento, da perda e ainda da prevenção do ganho de peso posterior à perda (Joseph et al., 2009, NIH, 2000).

Segundo Bassett, et al. (2000), a actividade física está dividida em duas categorias, a leve/moderada e a vigorosa, mostrando quais os exercícios que se enquadram em cada categoria. Para estes autores as actividades diárias podem ser transformadas em actividade física se forem levadas a sério, como mostra o quadro abaixo:

Actividade física leve e moderada (30 minutos)	Actividade física vigorosa (10 minutos)
Caminhar depressa	Jogging
Andar de bicicleta em modo passeio	Andar de bicicleta rápido
Jardinagem; Pintar uma casa; Limpar as janelas	Carregar mobília pesada
Golf	Natação
Pescar	Jogar futebol
Desportos colectivos	Esfregar o chão

Quadro 7- Exercícios relativos a Actividade Física leve/moderada e Actividade Física Vigorosa. Retirado de Bassett et al. (2000).

Segundo a NIH (2000), para colher os benefícios do exercício físico é necessário no mínimo um programa de 30 minutos, três a quatro vezes por semana. A actividade efectiva não tem de ser feita apenas num único período de tempo, pode ser dividida em duas ou três sessões de dez minutos cada.

Segundo a OMS (2003, pág. 13):

"Physical activity and exercise are recognized to be health-enhancing activities that promise not only to add 'years to one's life' but also 'life to one's years'".

1.1.5. Complicações

O aumento de peso tem consequências físicas e mentais a longo prazo para a população e as complicações estão acrescidas quando a Obesidade surge em idade pediátrica (Tauber, 2010).

Segundo Bassett, et al. (2000), o aumento da mortalidade nos obesos é evidente devido a várias doenças que ameaçam a vida incluindo a Diabetes Mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares, de vesícula e cancro gastrointestinal. Há também um alto risco de adquirir doenças como raquialgias, artrite, infertilidade e ainda problemas psicológicos.

Teles, Dias, Reis (2008) dividem as complicações da Obesidade em cardiovasculares, respiratórias, digestivas, osteoarticulares e gota, comprometimento da função reprodutora, cancro, e complicações psicossociais.

Relativamente às complicações cardiovasculares, os autores referem que ocorre uma diminuição dos valores de pressão arterial com a diminuição de peso. Ainda que o risco de Acidente Vascular Cerebral ou Acidente Isquémico Transitório esteja presente quando o perímetro abdominal é maior que 102 cm. Como complicações respiratórias apontam para a Síndrome de Apneia/ Hipopneia Obstrutiva do Sono (Tauber, 2010, Teles, Reis, Dias, 2008).

A Obesidade visceral está associada comumente ao aumento do risco de litíase biliar e refluxo gastroesofágico. Tem repercussões em ambos os sexos mas é predominante no sexo feminino na degeneração osteoarticular como a gonartrose e a coxartrose e está associado de forma significativa à Síndrome do Ovário Poliquístico, ao cancro da mama, do útero e do ovário. No homem, há associação ao cancro do estômago e da próstata (Teles, Reis, Dias, 2008).

A Obesidade causa na maioria dos doentes sentimentos de desvalorização pessoal, depressão, ansiedade, alteração da imagem corporal, perturbação da personalidade, desaprovação social, e interacção social diminuída (Teles, Reis, Dias, 2008).

A consequência mais significativa da Obesidade é a Síndrome Metabólica que agrupa algumas das consequências acima descritas. Esta é caracterizada pelo agrupamento de quatro factores: a Obesidade visceral, a Hipertensão Arterial, a Dislipidemia e a Hiperglicemia, que elevam o risco de Doenças Cardiovasculares e Diabetes Mellitus. Este conjunto de factores multiplica por cinco o risco de desenvolver Diabetes e por dois a possibilidade de Enfarte Agudo do Miocárdio. (Teles, Reis, Dias, 2008)

Segundo a nova definição de Alberti, Zimmet (2006), para um indivíduo ser diagnosticado com Síndrome Metabólica tem de ter como critério obrigatório Obesidade Andróide e dois dos outros quatro factores, como mencionado no quadro abaixo.

Obesidade Andróide definida por Perímetro Abdominal: ≥ 94 cm (Homens) ≥ 80 cm (Mulheres) (valores para caucasóides)
Mais 2 dos 4 Factores Seguintes:
Triglicérideos elevados: >150 mg/dl (ou tratamento específico)
HDL baixo: < 40 mg/dl (Homens) < 50 mg/dl (Mulheres) (ou tratamento específico)
Pressão Arterial aumentada: ≥85/130 mmHg (ou tratamento específico)
Glicemia em jejum aumentada: ≥100 mg/dl (ou Diabetes Mellitus tipo 2 já diagnosticada)

Quadro 8- Diagnóstico de Síndrome Metabólica. Retirado de Alberti, Zimmet (2006).

1.1.6. Obesidade Infantil

Como é referido pela OMS (2006), na Carta Europeia de Luta contra a Obesidade a epidemia da Obesidade é um dos problemas mais sérios no âmbito da saúde pública, mas este problema é agravado no que concerne às crianças e adolescentes. Segundo Teles, Reis, Dias (2008), a Obesidade é uma doença crónica, multifactorial e multi-sistémica que na idade pediátrica e juvenil adquiriu o estatuto de doença mais comum.

A Obesidade infantil é um problema de origem multifactorial que exige uma resposta coordenada para que o seu combate seja eficaz. Para isso, é necessário tomar medidas sérias, onde todos devem estar implicados, a família, os professores, agentes publicitários, entre outros (González, 2005).

Segundo Tauber (2010), as crianças podem perder peso facilmente, pois estão numa fase de crescimento, devendo os pais ou responsáveis actuar nesta fase, não apenas em prol de um resultado imediato "perder peso", mas sim adquirir estilos de vida saudáveis. É então nesta fase que se devem mudar os hábitos alimentares e de actividade física como refere a DGS (2006), pois se nada se fizer para combater esta epidemia muitas crianças e adolescentes que agora estão obesos vão permanecer assim, antecipando complicações que eram características apenas da idade adulta.

As crianças são tentadas diariamente com publicidade de alimentos hipercalóricos tanto fora como dentro de casa, pela comunicação social. Por esta razão já diversos países estão a desenvolver medidas para combater esta nova e crescente realidade. A Inglaterra e a França proíbem a propaganda de refrigerantes na televisão e a Alemanha e a Bélgica proíbem a venda de refrigerantes nas imediações das escolas (Petry, Marques, 2010).

Ainda a Federação das Indústrias Portuguesas Agro-alimentares e a Associação Portuguesa de Alimentos assinaram um acordo a 5 de Novembro de 2009, com o intuito de a partir de 2010 acabar com as mensagens publicitárias aos menores de 12 anos. No entanto González (2005) refere que ainda não há estudos que comprovem realmente que a publicidade é a única responsável pela escolha de certos produtos nefastos para uma alimentação saudável, mas que sendo esta uma realidade deve ser banida.

Segundo o coordenador do Plano Nacional de Controlo da Obesidade (Breda, *cit. in* Silva, 2009), o controlo da Obesidade Infantil apenas demonstrará resultados significativos (com uma diminuição do número de casos) no ano de 2015, se as recomendações da OMS forem tidas em consideração.

A idade pediátrica é caracterizada por um rápido processo de desenvolvimento e maturação, pelo que o diagnóstico da Obesidade não pode ser feito de forma tão linear

como nos adultos (Ministério da Saúde). Em Portugal e segundo o Sistema Nacional de Saúde, é recomendado que as crianças realizem todas as consultas propostas e nas idades certas de supervisão de saúde infantil (Tauber, 2010).

Desde 1981, que Portugal adoptou as curvas de crescimento do National Centre for Health and Statistics que dão uma ideia de como está o desenvolvimento de cada criança. Estas curvas são usadas até aos 20 anos e estão presentes no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. Até aos dois anos apenas se considera o peso em relação à idade e após os 20 anos o IMC é calculado como para o adulto (Médart, 2007, Tauber, 2010).

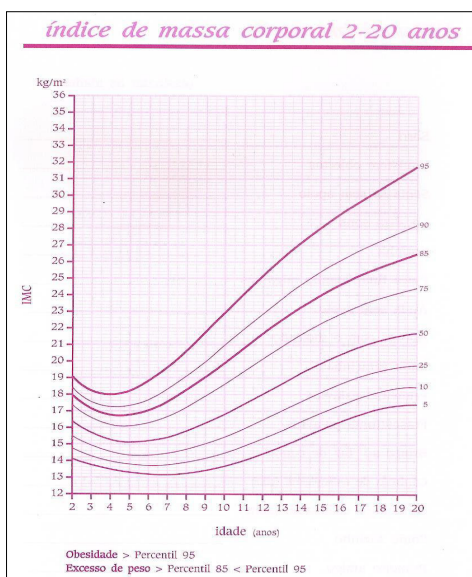


Figura 4- Curva de crescimento - IMC/idade (dos 2 aos 20 anos) no sexo feminino.

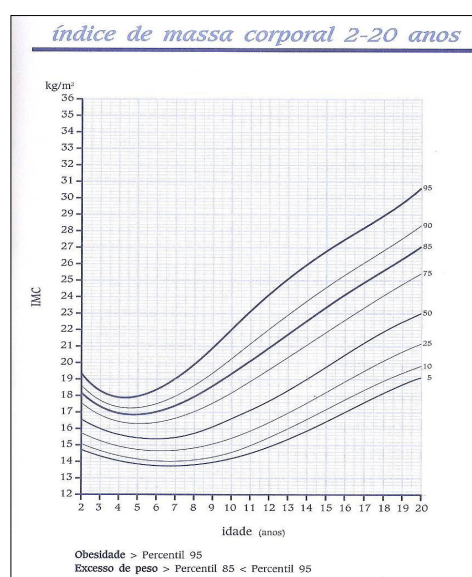


Figura 5- Curva de crescimento - IMC/idade (dos 2 aos 20 anos) no sexo masculino.

Retiradas de DGS (2006).

Em 2005 e de acordo com o Programa Nacional de Combate à Obesidade, foi feita uma revisão das curvas incluídas no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil onde foram retiradas as curvas de relação peso/ estatura e introduzidas as curvas de IMC/ idade, pois a DGS considerou serem mais adequadas à monitorização do estudo da nutrição de cada criança. As tabelas não são iguais para rapazes e raparigas, pois o crescimento também não se dá na mesma fase como mostram as figuras 4 e 5, acima ilustradas (DGS, 2006).

Segundo a DGS (2006) se o IMC estiver entre o percentil 85 e 95, para a idade e sexo da criança, esta encontra-se com Excesso de Peso e os valores acima de 95 definem Obesidade. Tal como nos adultos, o risco de co-morbilidade está presente em indivíduos

obesos, sendo que para valores de IMC superiores ao percentil 95 este risco aumenta exponencialmente e perante valores de IMC acima do percentil 85 observa-se já um risco aumentado de doença cardiovascular (Teles, Reis, Dias, 2008).

1.1.7. Tratamento

Existem cada vez mais tratamentos com vista a pôr fim a esta pandemia. Dentro deles, Cunha, Neto, Junior (2006) citam as dietas hipocalóricas, a prática de actividade física, a mudança de hábitos de vida, os tratamentos farmacológicos e mais recentemente as intervenções cirúrgicas.

Porém como referem Teles, Reis, Dias (2008), existe ainda um enorme grupo de pessoas que tenta emagrecer, sem supervisão clínica, fazendo dieta contínua ou jejum, sendo esta uma técnica perigosa, pois é sabido que perdas de peso desequilibradas e não vigiadas conduzem a um aumento da morbilidade e mortalidade. São vários os problemas ligados à perda súbita de peso, são eles a perda em larga escala de massa muscular, água, sódio e potássio. Pode ainda ocorrer hipotensão, taquí ou bradicardia, câibras, alopecia, amenorreia, doença cardíaca, anemia, ansiedade, depressão, e irritabilidade. Como situação extrema a morte.

Quando um indivíduo perde peso, ocorre perda de aproximadamente 75% de gordura e de 25% de massa muscular (músculo esquelético e cardíaco). Para evitar que haja perda de massa muscular deve ser incluído no tratamento, o exercício físico (Teles, Reis, Dias, 2008).

A maioria da população quer perder peso mas continuar com a vida sedentária que caracteriza a actualidade, no entanto basta uma simples caminhada de trinta minutos diários para que a energia dispendida aumente e evite a perda de massa muscular (Joseph et al., 2009).

Como referido atrás neste trabalho para evitar a Obesidade é essencial a aquisição de hábitos de vida saudáveis, e para isso a alimentação saudável e a actividade física têm

de fazer parte do quotidiano da população. Como co-adjuvantes os autores apresentam fármacos e cirurgias (Teles, Reis, Dias, 2008).

A terapêutica farmacológica usada no tratamento da Obesidade aprovada pela Agência Europeia do Medicamento tem um importante papel como co-adjuvante da dieta e actividade física para pacientes com $IMC \geq 30$ ou $IMC \geq 27$ com co-morbilidade associada (NIH, 2000).

Os fármacos usados são divididos em dois grandes grupos, os de acção central, a Sibutramina e a Rimonabant, e de acção periférica o Orlistat (Teles, Reis, Dias, 2008).

A Sibutramina tem dois efeitos relevantes no combate à Obesidade, conduz ao aparecimento precoce da sensação de saciedade e leva à menor ingestão de alimentos, e provoca o aumento do gasto energético, por interferência na termogénese. Ocorre ainda redução dos níveis de triglicédeos, colesterol LDL e ácido úrico (Deglin, Vallerand, 2003, Teles, Reis, Dias, 2008, Infarmed, 2006).

O Rimonabant provoca uma diminuição do apetite e melhora o metabolismo glicídico, lipídico e do colesterol por acção directa no fígado e tecido adiposo, melhorando o colesterol HDL e a pressão arterial (Teles, Reis, Dias, 2008).

O Orlistat controla a Obesidade e reduz o risco de recuperação de peso após perda anterior. Tem acção local a nível do tubo digestivo diminuindo a absorção da gordura da dieta (Deglin, Vallerand, 2003, Teles, Reis, Dias, 2008, Infarmed, 2006).

Segundo Amorim (2008), no que concerne ao tratamento cirúrgico, a cirurgia bariátrica é a técnica com mais eficácia no tratamento da Obesidade mórbida, Obesidade de grau III. A cirurgia bariátrica consiste em induzir a perda de peso através de meios cirúrgicos, onde não estão incluídos procedimentos estéticos.

A cirurgia bariátrica é opção de tratamento perante pacientes com Obesidade severa, isto é, com $IMC \geq 40$ ou $IMC \geq 35$ com co-morbilidade associada (NIH, 2000).

Segundo Teles, Reis, Dias, (2008) e Claudino, Zanella (2005) esta cirurgia apresenta ainda alguns critérios que devem ser tidos em conta tais como:

- Ter entre 18 e 65 anos;
- Obesidade de longa duração e resistente ao tratamento médico durante dois anos (há autores que referem cinco anos) (Cunha, Neto, Junior, 2006);
- Não apresentar contra-indicação absoluta para cirurgia abdominal major;
- Acompanhamento da equipa de psicologia;
- Tem de aceitar ser acompanhado na mudança do seu estilo de vida para sempre;
- Obesidade exógena;
- Não apresentar história de consumo de drogas ou álcool no último ano.

Segundo Teles, Reis, Dias (2008), as cirurgias aceites actualmente dividem-se em dois grandes grupos, as cirurgias restritivas e as cirurgias redutoras e mal-absortivas.

As cirurgias restritivas têm como função diminuir a capacidade gástrica e induzir a saciedade precoce, dele fazem parte a gastroplastia com banda ajustável e gastroplastia vertical calibrada (Teles, Reis, Dias, 2008). As cirurgias redutoras e mal-absortivas, baseiam-se apenas numa única técnica cirúrgica e deste grupo fazem parte o bypass gástrico e a derivação bílio-pancreática (Erizzi, 2008, *cit. in* Amorim, 2008).

A Obesidade, doença crónica e de etiologia diversa, está normalmente associada a uma vivência psicológica específica que necessita de uma mudança comportamental e como tal é importante requerer a ajuda de equipas de saúde mental. É importante que os doentes obesos sejam acompanhados durante toda a fase de tratamento para que diminua a taxa de abandono. O doente deve sentir-se como parte activa das mudanças a desenvolver e concretizar (Teles, Reis, Dias, 2008).

1.1.8. Obesidade e Qualidade de vida

A relevância dada à Qualidade de Vida tem-se tornado um tema importante para a sociedade principalmente no que concerne à saúde (Kluthcovsky, Takayanagui, 2007).

A OMS (1993), (*cit. in* Silva, 2005, Bass, Beresin, 2009, Sinzato, 2007), definiu Qualidade de Vida como:

"(...) a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações."

Visto não haver muito consenso nas definições da Qualidade de Vida propostas, Sinzato (2007, pág. 40) considera que uma possibilidade é basear o modelo de Qualidade de Vida na definição da OMS sobre a Saúde: "Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença." Os indivíduos obesos sugerem a influência negativa que a Obesidade tem no estado de saúde e na relação social, sustentando assim a diminuição da Qualidade de Vida destes.

Como referem Segal e Fandino (*cit. in* Vasconcelos e Neto, 2008), em países industrializados, a Obesidade é alvo de preconceitos e discriminação. Esta doença leva à alteração da imagem corporal e conseqüente desvalorização da auto-estima, diminuição do bem-estar e aumento da sensação de inadequação social. Esta situação é mais preocupante na actualidade pelo ideal de beleza que está bem patente na sociedade, a ideia do corpo magro, firme e esbelto está intrinsecamente ligado à beleza física (Silva, 2005).

Estudos realizados, sugerem que a Qualidade de Vida dos doentes obesos é inferior quando comparado com indivíduos com peso normal (Silva, Ribeiro e Cardoso, 2009).

1.2. UFP- Alimentação Saudável e Exercício Físico

Os programas que estão actualmente a ser aplicados nas escolas relativamente a uma alimentação saudável e à prática de exercício físico deviam ser alargados até ao ensino superior, pois nesta faixa etária ainda é bom lembrar a importância de ter uma alimentação saudável e a prática de exercício físico, que sob a forma de desportos colectivos torna-se numa maneira agradável de manter equilibrado o peso corporal e as relações sociais.

Para Betti e Zuliani (2002), a formação dos jovens deve ser tida como uma educação integral (corpo, mente e espírito), para que haja um correcto desenvolvimento da personalidade. Referem ainda que a prática de exercício físico na adolescência traz benefícios a longo prazo com o desenvolvimento de atitudes e a adopção de estilos de vida saudáveis na idade adulta.

A Federação Académica do Desporto Universitário (FADU) é uma Federação Desportiva que foca o desporto como uma "ferramenta da formação e educação". A UFP, faz parte dessa federação e no pólo do Porto, dispõe de uma Associação Cultural e Desportiva (composta por elementos da Associação de Estudantes) que dá a possibilidade a todos os alunos de praticarem desporto individual ou colectivo (FADU).

Os desportos oferecidos pela UFP são o Andebol, o Atletismo, o Basquetebol, o Futsal, o Ténis, o Ténis de Mesa e o Voleibol. É também importante salientar que alunos que pratiquem algum destes desportos, podem fazê-lo a custo zero e têm direito a mais uma época de exames. No presente ano lectivo (2009/2010) por não haver Associação de Estudantes, a participação nos desportos está suspensa (UFP).

Em 2009 foi inaugurada na UFP a Academia de Saúde e Lazer que dá a oportunidade aos alunos, professores e funcionários de usufruir de um ginásio, saunas e piscinas, devidamente apetrechados, mas mediante o pagamento de mensalidade (UFP).

O Diário da República, 2ª Série - Nº 212 (2009), refere que os alunos têm o direito de participar nas actividades culturais, recreativas e desportivas da Universidade o que demonstra a preocupação da UFP em fomentar a prática de exercício.

Relativamente à alimentação saudável Costa, Ribeiro, Ribeiro (2001), explicam que a alimentação escolar deve proporcionar aos alunos alimentos em quantidade e qualidade suficientes para satisfazer as necessidades nutricionais dos alunos durante o tempo em que estes permanecem na escola.

A UFP do Porto tem três cantinas à disposição de toda a comunidade académica: uma no pólo da Sede, outra no pólo de Saúde e outra no pólo das Clínicas onde para as quais

são elaboradas ementas semanais facto que permite aos alunos escolher qual o Pólo que tem Alimentação mais Saudável para os diferentes dias da semana. Foram seleccionadas três ementas semanais que se encontram em anexo (Anexo I).

No Diário da República - 2ª série - Nº 162 (2008), foi aprovado o curso de Ciências da Nutrição na UFP, pelo que é mais uma razão para que a alimentação dos alunos nesta faculdade seja a ideal. Este curso pode elaborar ementas saudáveis, excluindo alimentos hipercalóricos, refrigerantes e doces e incluir fruta, sumos naturais e vegetais na alimentação.

A Enfermagem tem também responsabilidade na prevenção da Obesidade, pois é da competência do enfermeiro a realização de Educações para a Saúde nesta área.

Segundo Santos (2005), a promoção da saúde é definida pela Carta de Ottawa como o processo de capacitação que a comunidade tem para melhorar a sua qualidade de vida e saúde, integrando-se mais neste processo.

No curso de Enfermagem da UFP, os alunos têm espaço para aprender e aplicar Educações para a saúde promovendo a saúde, principalmente na Unidade Curricular de Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária I e II - Ensino Clínico (Diário da República, 2ª série - Nº 180, 2006). O Plano Curricular da Licenciatura em Enfermagem encontra-se em anexo (Anexo II).

Na Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica I, foi abordado o tema com especial atenção para a Cirurgia Bariátrica. Pontualmente a Obesidade foi abordada em cadeiras como Enfermagem Materno-Infantil I e Enfermagem de Urgência e Emergência I. Ainda na Língua Inglesa I pudemos elaborar trabalhos de grupo com temas diversos sendo a Obesidade um deles.

II. Fase Metodológica

Para a elaboração de um trabalho de investigação é essencial respeitar a metodologia, pois é através dela que se estabelecem as regras deste mesmo trabalho. Fortin (2003) defende que a metodologia é: o capítulo do projecto de investigação que descreve os métodos e técnicas utilizadas nessa mesma investigação, ou seja, é o conjunto dos métodos e técnicas que orientam a elaboração da investigação.

1. Princípios Éticos

Segundo Fortin (2003), a ética é a ciência que tem como objecto de estudo a moral e a arte de dirigir a conduta. A ética tem como função, distinguir os comportamentos humanos em bons e maus segundo um conjunto de normas e valores elaborados previamente. Para Fortin (2003) são cinco os princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e prejuízo e o direito ao tratamento justo e leal.

Direito à autodeterminação - o sujeito pode decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação. Tendo em conta este direito os alunos do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem foram convidados a participar no estudo, tendo de livre vontade decidido participar e de modo algum foram utilizados meios que influenciassem os sujeitos.

Direito à intimidade - faz referência à liberdade das pessoas de decidirem sobre a quantidade de informação que querem dar ao participar numa investigação. Este trabalho de investigação foi pensado para não ser demasiado invasivo, para que o íntimo de cada participante fosse salvaguardado.

Direito ao anonimato e à confidencialidade - está patente quando a identidade do sujeito não pode ser associada às respostas individuais. Foi pedido a todos os inquiridos que não se identificassem em nenhuma parte do questionário, para que fosse garantido o anonimato e sigilo dos participantes.

Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo - são as regras de protecção do ser humano contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de o prejudicarem. Este trabalho de investigação teve em consideração não prejudicar os participantes.

Direito a um tratamento justo e equitativo - este direito deve ser salvaguardado antes, durante e após a participação num estudo. O sujeito tem o direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitado, assim como os métodos utilizados na mesma. Neste estudo foram informados relativamente a todos os pontos mencionados.

2. Questões de investigação

As questões de investigação são premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação (Talbot, 1995 *cit. in* Fortin, 2003). Para Fortin (2003), a questão de investigação é um enunciado interrogativo, que inclui geralmente a população em estudo, assim como uma ou duas variáveis. Deste modo e de acordo com os objectivos propostos para este estudo foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

- Quais os conhecimentos dos alunos do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP do Porto sobre a Obesidade?
- Qual a opinião dos alunos do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP do Porto quanto à relevância da Obesidade para a Enfermagem?
- Será que os alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP do Porto aproveitam os recursos que a faculdade lhes proporciona para prevenir a Obesidade?

3. Objectivos do estudo

Segundo Fortin (2003) os objectivos de um estudo descrevem as variáveis, a população alvo e a orientação da investigação. Deste modo como objectivos pretende-se:

- Analisar os conhecimentos dos alunos do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP do Porto sobre a Obesidade.
- Conhecer a opinião dos alunos do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP do Porto quanto à relevância da Obesidade para a Enfermagem.
- Perceber se os alunos do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP do Porto aproveitam os recursos que a faculdade lhes proporciona para prevenir a Obesidade.

4. Desenho de investigação

Como refere Fortin (2003) o desenho de investigação é o plano elaborado de modo a obter uma resposta válida às questões de investigação ou hipóteses formuladas. Tendo em conta a definição citada pela autora o desenho de investigação deste estudo é constituído pelos seguintes elementos: tipo de estudo, meio, população, processo de amostragem, amostra, variáveis, operacionalização das variáveis, instrumento de colheita de dados, pré-teste e tratamento e análise dos dados.

4.1. Tipo de estudo

De acordo com Fortin (2003), o tipo de estudo tem como função descrever a estrutura utilizada, quer a questão de investigação descreva variáveis, explore a relação entre estas ou verifique hipóteses de causalidade.

Deste modo, pretendemos realizar um estudo quantitativo, descritivo e transversal.

O método de abordagem escolhido para esta investigação foi o quantitativo pois e segundo Fortin (2003) o método quantitativo é um processo de colheita de dados observáveis e quantificáveis onde o investigador tem a finalidade de contribuir para o desenvolvimento e validação de conhecimentos assim como a possibilidade de generalizar os resultados, prever e controlar os acontecimentos.

Sendo este um estudo descritivo e como cita Fortin (2003), este tipo de estudo tem por objectivo discriminar os factores determinantes ou conceitos que, possam estar associados ao fenómeno em estudo. É também um estudo transversal pois e segundo Fortin (2003) fornece informação acerca de uma situação num determinado momento.

4.2. Meio

Segundo Fortin (2003) o meio é considerado natural quando os estudos são realizados fora dos laboratórios. Assim, o questionário foi aplicado em meio natural, na UFP do Porto.

4.3. População

Segundo Fortin (2003) a população é o conjunto de todos os elementos de um grupo bem definido com uma ou várias características em comum e sobre a qual assenta a investigação. Perante os objectivos deste estudo a população foi constituída por oitenta e dois estudantes do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da UFP do Porto.

4.4. Processo de Amostragem

Entende-se por processo de amostragem, todo o procedimento pelo qual um subgrupo de uma população é seleccionado de modo a obter informações relacionadas com um fenómeno, de modo a que toda a população esteja representada (Fortin, 2003). Nesta investigação o processo de amostragem aplicado foi o processo de amostragem não probabilístico acidental onde segundo Fortin (2003) os sujeitos são incluídos no estudo à medida que chegam a um local específico. O instrumento de colheita de dados, questionário, foi aplicado aos alunos que estavam presentes no seminário do Ensino Clínico Integração à Vida Profissional na UFP do Porto.

4.5. Amostra

Segundo Fortin (2003), a amostra é o sub-conjunto da população, que deve ter presente as características dessa mesma população. É uma réplica em miniatura da população pelo que neste estudo de investigação a amostra é constituída por 45 estudantes do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP do Porto.

4.6. Variáveis

Numa investigação é importante definir quais as variáveis que vão estar em estudo no decorrer da mesma. Na perspectiva de Fortin (2003, p. 36), variáveis são: "qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação."

A variável utilizada neste estudo é classificada como variável de atributo. De acordo com Fortin (2003) as variáveis de atributo são as características dos indivíduos participantes no estudo. São geralmente demográficas: idade, escolaridade, sexo, estado civil, etc. Neste estudo as variáveis de atributo são a idade, o género e o IMC.

4.7. Operacionalização da parte III do questionário

Segundo Costa e Melo (1998), conhecimento é a relação directa que se tem perante alguma coisa, noção, informação e experiência. Neste estudo, considerou-se o conhecimento como o acto de conhecer; é a ideia que os alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP do Porto possuem acerca da Obesidade.

Na parte III do questionário foram feitas 14 afirmações com duas hipóteses de resposta cada e três perguntas com três hipóteses de resposta cada. Posteriormente foram atribuídos valores aos itens (foi atribuído o valor de 1 (um) às respostas correctas e 0 (zero) às respostas erradas) e feito o somatório para saber o nível de conhecimentos dos estudantes.

Para classificar o nível de conhecimentos teve-se em conta o número de respostas certas e foi feita a divisão em quatro níveis apresentados no quadro abaixo. Em anexo (Anexo III) encontra-se a parte III do questionário correctamente preenchida.

Nível	Pontuação	Percentagem (%)
Conhecimentos Insuficientes	[0-6[	[0-35.3[
Conhecimentos Suficientes	[6-10[	[35.3-58.8[
Conhecimentos Bons	[10-14[	[58.8-82.4[
Conhecimentos Muito Bons	[14-17]	[82.4-100]

Quadro 9- Classificação dos conhecimentos relativos à parte III do questionário.

Após a apresentação do quadro importa definir cada um dos níveis, sendo que para Costa e Melo (1998) Conhecimentos Insuficientes são aqueles que não chegam ao esperado, que estão abaixo do que se quer, ou seja, inferior a 6 respostas certas. Conhecimentos Suficientes, segundo os mesmos autores, estão presentes entre o medíocre e o bom, ou seja, neste caso inferior a 10 respostas certas. Por Conhecimento Bom entende-se aquele que é adequado, de 10 a 13 respostas certas e Conhecimento Muito Bom é aquele que está presente em abundância, em grande quantidade, abrange quem respondeu correctamente entre 14 e 17 questões.

4.8. Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados, utilizado para obtenção dos resultados segundo os objectivos deste estudo, foi o questionário (Anexo IV). Foi escolhido tendo em conta os objectivos traçados, a população e amostra seleccionada. Segundo Fortin (2003) este instrumento necessita que as respostas sejam escritas pelos sujeitos. Traduz os objectivos de um estudo com as variáveis mensuráveis. O questionário elaborado pela autora do presente projecto de investigação, foi aplicado a 45 alunos da Licenciatura em Enfermagem da UFP do Porto e está dividido em quatro partes.

A parte I corresponde à caracterização da amostra, com quatro perguntas: 1) idade, 2) género e as perguntas 3) peso e 4) altura serviram apenas para a obtenção de uma nova variável, o IMC. A parte II corresponde à opinião dos alunos, quanto à relevância da Obesidade para a Enfermagem, e é constituída por seis perguntas, abertas e fechadas. A

parte III corresponde aos conhecimentos dos alunos sobre a Obesidade, é constituída por 14 afirmações com duas hipóteses de resposta (sim e não) e por três questões fechadas com três hipóteses de resposta onde apenas uma opção está correcta. A parte IV tenta perceber se a UFP fomenta a Alimentação Saudável e o Exercício Físico e se os alunos aproveitam os recursos que a faculdade lhes proporciona para prevenir a Obesidade, e é constituída por oito perguntas, abertas e fechadas.

4.9. Pré-teste

Com o intuito de verificar se as questões constituintes do questionário eram bem compreendidas pelos inquiridos e de avaliar a eficácia deste para a realização desta investigação, foi elaborado o pré-teste. Para Fortin (2003), pré-teste é a medida de uma variável efectuada nos sujeitos, antes que seja aplicado o tratamento experimental. Assim sendo, o pré-teste foi aplicado a um grupo de cinco alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP do Porto, que não estiveram incluídos na amostra.

4.10. Tratamento e Análise dos Dados

Os dados obtidos através do questionário, foram submetidos a tratamento estatístico através do programa *EXCEL* e *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)* for Windows, versão 17.0. A representação dos dados será efectuada através de quadros e gráficos com a respectiva narração.

No tratamento e análise quantitativa, procedeu-se à elaboração da estatística descritiva, em que se recorreu à determinação de frequências (absolutas (F_i) e relativas (f_i)), de medida de tendência central (médias, modas e medianas) e de medidas de dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação).

III- Fase Empírica

1. Apresentação e Análise dos Resultados

Este subcapítulo da investigação visa a apresentação e interpretação dos resultados obtidos, após o tratamento da respectiva informação presente no questionário.

Tal como afirma Fortin (2003), a análise dos dados de um estudo que englobe valores numéricos começa pela estatística descritiva o que permite descrever as características da amostra e os valores obtidos pela medida das variáveis.

Na primeira parte do questionário obtiveram-se os seguintes dados.

No quadro 10, observa-se a média de idades dos inquiridos que é 24,24 (tendo como limite mínimo 21 e máximo 40), a moda é 22 e a mediana 23. O desvio padrão é de 4,129470 e a variância 17,052525.

	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
Idade	24,24	23,00	22	4,129470	17,052525	21	40

Quadro 10 - Distribuição nominal da idade dos alunos segundo a amostra.

Como referido anteriormente na fase metodológica a amostra é constituída por 45 alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP. Pela análise do gráfico 1 podemos verificar que pertencem ao género masculino $F_i=13$ alunos ($f_i= 0,29$) e ao género feminino $F_i=32$ alunos ($f_i= 0,71$). Desta forma, observa-se que nesta amostra predomina o género feminino.

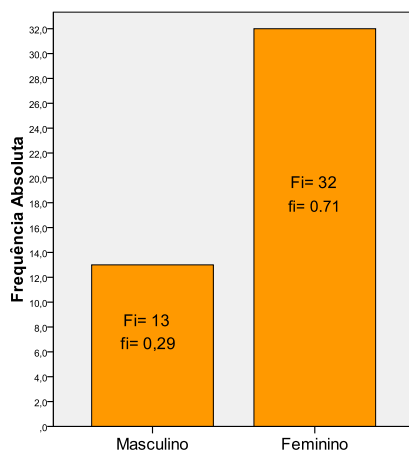


Gráfico 1 - Distribuição de frequências do género dos alunos segundo a amostra

De acordo com o quadro 11, 8,9% dos alunos enquadram-se no parâmetro de Baixo Peso (<18.5), 62,2% no parâmetro do IMC Normal (entre 18.5-24.9), 28.9% com Excesso de Peso (>25.0) dos quais 26,7% estão na Pré-Obesidade (25.0-29.9), 2,2% na Obesidade de grau I (30.0-34.9) e nenhum aluno se enquadra nos parâmetros de Obesidade de grau II (35.0-39.9) e Obesidade de grau III \geq 40.0). Podemos então constatar que a maioria dos alunos se encontra dentro dos parâmetros normais de peso.

Classificação		IMC (Kg/m ²)	Percentagem (%)	
Baixo Peso		< 18.5	8.9	
Normal		18.5 - 24.9	62.2	
Excesso de Peso	Pré-Obesidade	25.0 - 29.9	28.9	26.7
	Obesidade de grau I	30.0 - 34.9		2.2
	Obesidade de grau II	35.0 - 39.9		0
	Obesidade de grau III	\geq 40.0		0

Quadro 11 - Distribuição percentual do IMC dos alunos, segundo a amostra.

A segunda parte do questionário revelou os seguintes resultados.

De acordo com o gráfico 2, constata-se que a totalidade dos alunos conhece o tema da Obesidade ($F_i= 45$ alunos $f_i=1$).

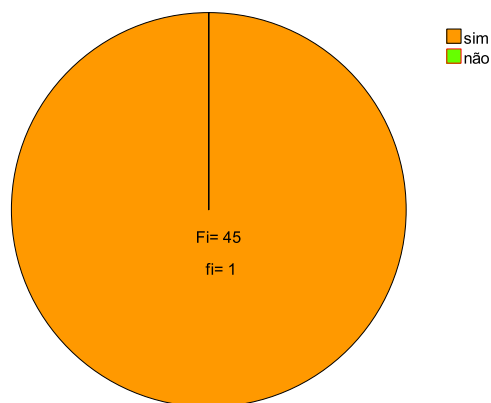


Gráfico 2- Distribuição de frequências dos alunos que conhecem o tema da Obesidade

Tendo todos os alunos conhecimento sobre o tema da Obesidade, foram questionados, onde obtiveram esse conhecimento, podendo dar mais do que uma resposta. Pela análise do quadro 12, 40 alunos mencionam o Curso de Enfermagem, 29 a Internet, 22 a Comunicação Social, 8 os Conhecidos e 3 Outros. Verifica-se assim, que predomina o Curso de Enfermagem, como fonte de conhecimento da temática.

	Curso de enfermagem	Internet	Comunicação Social	Conhecidos	Outros
Nº	40	29	22	8	3

Quadro 12 - Distribuição da frequência absoluta da fonte de conhecimento da Obesidade dos alunos, segundo a amostra.

Pela observação do gráfico 3, constata-se que 80% da amostra ($F_i=36$) refere que a temática da Obesidade foi abordada nas aulas, durante o curso. Por outro lado 20% ($F_i=9$) refere que a temática não foi abordada em nenhuma unidade curricular.

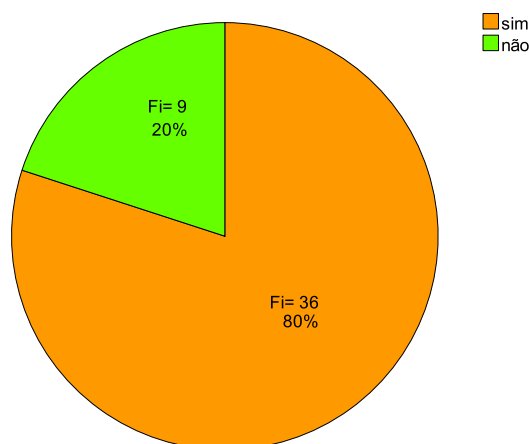


Gráfico 3 - Distribuição de frequências dos alunos segundo a opinião se o tema foi leccionado nas aulas.

Para esta questão apenas se consideram 36 alunos pois foi o número que respondeu afirmativamente à questão anterior. Podendo os alunos escrever mais do que uma resposta, constata-se pela observação do gráfico 4 que a Unidade Curricular de Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária (EIFC) foi referenciada 29 vezes, Enfermagem de Saúde Materno-Infantil (EMI) 12 vezes, Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) 9 vezes, as Línguas Estrangeiras (LE) 4 vezes, Fundamentos e Procedimentos de Enfermagem (FPE) 3 vezes e ainda um aluno afirma desconhecer (NS/NR) a unidade curricular onde foi leccionada a temática de Obesidade.

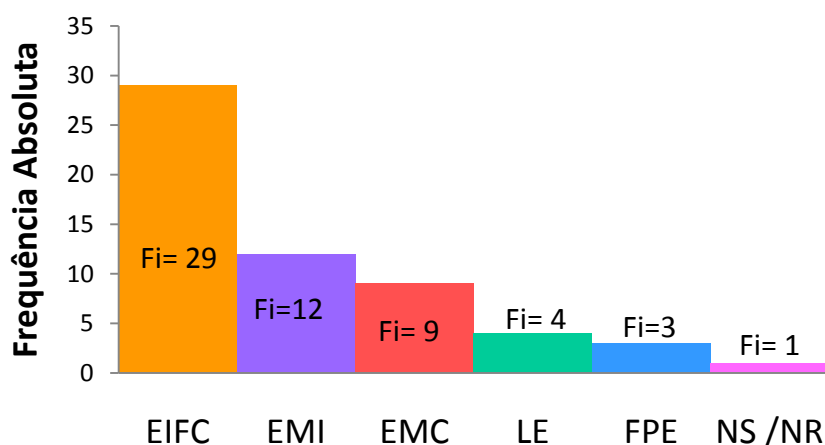


Gráfico 4 - Distribuição da frequência absoluta relativamente às Unidades Curriculares onde foi leccionado o tema da Obesidade, segundo a opinião dos alunos.

No quadro 13 é referida a média da relevância atribuída ao tema da Obesidade dada pelos alunos do curso de Enfermagem tendo sido aplicada uma escala de 1 para menos relevante e 8 para mais relevante tendo-se obtido uma média de 6,58, para um limite mínimo de 4 e um máximo de 8, (sendo a moda e a mediana 7). O desvio padrão é de 0,891599 e a variância 0,794949.

N	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
45	6,58	7,00	7	0,891599	0,794949	4	8

Quadro 13- Distribuição nominal da relevância da abordagem deste tema no curso de Enfermagem de 1 a 8, segundo a amostra.

Em relação à afirmação: "Considero ter capacidade para realizar educações para a saúde sobre a Obesidade enquanto futuro enfermeiro", pudemos constatar que 15 alunos (33,3%) responderam que estavam totalmente de acordo, 24 alunos (53,3%) estavam de

acordo, 6 alunos (13,3%) estavam pouco de acordo e nenhum dos alunos referiu estar nada de acordo.

Relativamente à afirmação: "Enquanto aluno adquiri competências teóricas para encarar esta patologia com segurança no meu futuro profissional", pudemos constatar que 14 alunos (31,1%) responderam que estavam totalmente de acordo, 22 alunos (48,9%) estavam de acordo, 7 alunos (15,6%) estavam pouco de acordo e 2 alunos (4,4%) referiram estar nada de acordo.

"Este tema está na moda e na realidade não é tão importante", pudemos constatar que nenhum aluno (0,0%) respondeu estar totalmente de acordo, 1 aluno (2,2%) estava de acordo, 6 alunos (13,3%) estavam pouco de acordo e 38 alunos (84,4%) referiram estar nada de acordo.

Já em relação à afirmação: "Esta patologia tem ligação com a minha futura profissão", 22 alunos (48,9%) referiram estar totalmente de acordo, 20 alunos (44,4%) estavam de acordo, 3 alunos (6,7%) estavam pouco de acordo e nenhum dos alunos referiu estar nada de acordo (0,0%).

No que concerne à afirmação: "Os cursos de Ciências da Nutrição e Medicina são os únicos que devem ter conhecimentos teóricos sobre a Obesidade" nenhum aluno referiu estar totalmente de acordo, 1 aluno (2,2%) referiu estar de acordo, 5 (11,1%) estavam pouco de acordo e 39 alunos (86,7%) referiram estar nada de acordo.

"Fazer Educação para a Saúde nesta área tem um impacto insignificante", pudemos constatar que nenhum aluno (0,0%) referiu estar totalmente de acordo, um aluno (2,2%) referiu estar de acordo, 8 alunos (17,8%) estavam pouco de acordo e 36 alunos (80%) referiram estar nada de acordo.

Vinte e oito alunos (62,2%) estavam totalmente de acordo com: "A Obesidade, por ser considerada a nova epidemia do século XXI, deve ser abordada em todos os cursos da área da Saúde", 13 alunos (28,9%) estavam de acordo, 3 alunos (6,7%) estavam pouco de acordo e apenas 1 aluno (2,2%) referiu estar nada de acordo.

Por último, relativamente à afirmação: "Os meus professores deram importância a este tema", 6 alunos (13,3%) referiram estar totalmente de acordo, 21 alunos (46,7%) estavam de acordo, 17 alunos (37,8 %) estavam pouco de acordo e apenas 1 aluno (2,2%) referiu estar nada de acordo.

	Totalmente de acordo		De acordo		Pouco de acordo		Nada de acordo	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
1.Considero ter capacidade para realizar educações para a saúde sobre a Obesidade enquanto futuro enfermeiro.	15	33,3	24	53,3	6	13,3	0	0
2.Enquanto aluno adquiri competências teóricas para encarar esta patologia com segurança no meu futuro profissional.	14	31,1	22	48,9	7	15,6	2	4,4
3.Este tema está na moda e na realidade não é tão importante.	0	0	1	2,2	6	13,3	38	84,4
4.Esta patologia tem ligação com a minha futura profissão.	22	48,9	20	44,4	3	6,7	0	0
5.Os cursos de Ciências da Nutrição e Medicina são os únicos que devem ter conhecimentos teóricos sobre a Obesidade.	0	0	1	2,2	5	11,1	39	86,7
6.Fazer Educação para a Saúde nesta área tem um impacto insignificante.	0	0	1	2,2	8	17,8	36	80
7.A Obesidade, por ser considerada a nova epidemia do século XXI, deve ser abordada em todos os cursos da área da Saúde.	28	62,2	13	28,9	3	6,7	1	2,2
8.Os meus professores deram importância a este tema.	6	13,3	21	46,7	17	37,8	1	2,2

Quadro 14- Respostas dos alunos relativamente à opinião dos mesmos sobre a Obesidade.

Os dados relativos à terceira parte do questionário destinam-se a analisar os conhecimentos dos alunos relativamente ao tema da Obesidade.

Em relação à primeira afirmação 8 alunos responderam acertadamente, ou seja Não (17,8%), enquanto que 82,2% errou ($F_i=37$). Relativamente à segunda afirmação e sendo a resposta certa Não, 34 alunos acertaram (75,6%), e 11 alunos (24,4%) erraram. Na terceira afirmação, 32 alunos (71,1%) acertaram dizendo que "os factores genéticos condicionam o peso adquirido pelo indivíduo, mas se este adoptar estilos de vida saudáveis a patologia não se manifesta" e apenas 13 alunos (28,9%) erraram. Na quarta afirmação, todos os alunos (100%) responderam acertadamente respondendo Sim. Perante a quinta afirmação, 8 alunos (17,8%) erraram e 37 alunos (82,2%) responderam Não, acertando. Na sexta afirmação, 38 alunos (84,4%) acertaram

respondendo Sim e 7 alunos (15,6%) erraram. Trinta e dois alunos acertaram na afirmação 7 (71,1%) respondendo Sim e 13 alunos (28,9%) erraram. Na oitava afirmação, 42 alunos (93,3%) acertaram dizendo que Não à afirmação "A Obesidade atinge em geral a população masculina" e apenas 3 erraram dizendo que Sim (6,7%). Relativamente à afirmação nove constatamos que 38 alunos (84,4%) acertaram dizendo que Não e apenas 7 erraram (15,6%) respondendo Sim. Na afirmação dez, 22 alunos (48,9%) seleccionaram a resposta Não, acertando e 23 alunos (51,1%) erraram respondendo Sim. Em relação à afirmação onze, constata-se que 43 alunos (95,6%) acertaram, ou seja, responderam Sim, e apenas 2 alunos (4,4%) erraram. Na afirmação doze constata-se que 71,1% dos alunos ($F_i=32$) acertaram seleccionando a resposta Sim e 13 alunos erraram (28,9%). Na afirmação treze, 20 alunos (44,4%) acertaram seleccionando a resposta Não e 25 (55,6%) alunos responderam Sim sendo esta a resposta errada. Por último relativamente à afirmação catorze, 26 alunos (57,8%) erraram seleccionando a resposta Sim e 19 alunos acertaram (42,2%) respondendo Não.

	Certo		Errado	
	F_i	%	F_i	%
1.Para reduzir o peso é essencial uma alimentação predominante em fruta.	8	17,8	37	82,2
2.Para reduzir o peso é essencial retirar toda e qualquer gordura da dieta.	34	75,6	11	24,4
3.Os factores genéticos condicionam o peso adquirido pelo indivíduo, mas se este adoptar estilos de vida saudáveis a patologia não se manifesta.	32	71,1	13	28,9
4.A alimentação saudável e o exercício físico são a melhor técnica para prevenir a Obesidade.	45	100	0	0
5.Os doentes com Obesidade Mórbida podem ter uma boa qualidade de vida.	37	82,2	8	17,8
6.A Obesidade Infantil é diagnosticada pelo IMC em relação com a idade da criança, dos 2 aos 20 anos.	38	84,4	7	15,6
7.A Obesidade é uma doença multifactorial, caracterizada por um balanço calórico positivo.	32	71,1	13	28,9
8.A Obesidade atinge em geral a população masculina.	42	93,3	3	6,7
9.A Obesidade Infantil é diagnosticada através da relação IMC/idade a partir dos 5 anos.	38	84,4	7	15,6
10.Na prevenção da Obesidade é de destacar o sedentarismo e a alimentação saudável.	22	48,9	23	51,1
11.A alimentação saudável é aquela que é completa, equilibrada e variada.	43	95,6	2	4,4
12.O Síndrome Metabólico é caracterizado por Obesidade visceral + HTA + Hiperglicemia + Dislipidemia.	32	71,1	13	28,9
13.O Índice de Quetelet corresponde à Massa Calórica.	20	44,4	25	55,6
14.O Índice de Massa Corporal é calculado através da seguinte fórmula: $\text{Peso} / 2 \times \text{Altura}$.	19	42,2	26	57,8

Quadro 15- Respostas dos alunos relativamente aos seus conhecimentos sobre a Obesidade.

Pela observação do gráfico 5, constata-se que 5 alunos referem ser cinco o número total de grupos em que está dividida a Nova Roda dos Alimentos, ainda 13 alunos referem ser seis e por último 27 alunos referem que a Nova Roda dos Alimentos está dividida em sete grupos. Então conclui-se que a maioria dos alunos acertou na pergunta pois a Nova Roda dos Alimentos está dividida em 7 grupos.

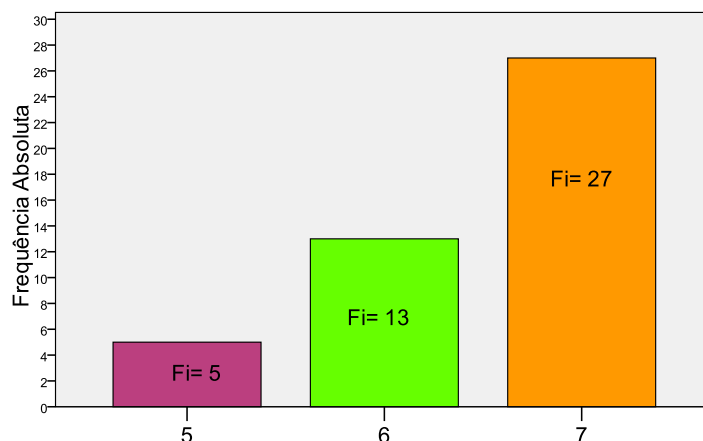


Gráfico 5 Distribuição da frequência absoluta do número de grupos em que está dividida a NRA, segundo os alunos.

Perante a pergunta de qual grupo da NRA deve ser ingerido em maior quantidade por dia, constata-se pela observação do gráfico 6 que apenas 20 alunos acertaram dizendo "Cereais e derivados, Tubérculos", 25 erraram seleccionando a resposta "fruta" e nenhum aluno respondeu "gorduras e óleos".

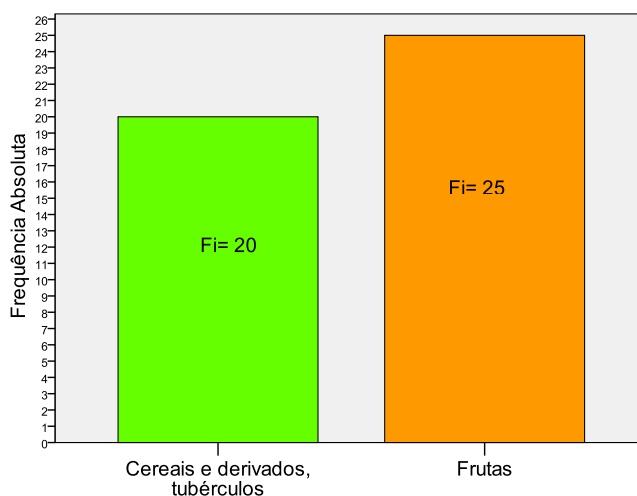


Gráfico 6- Distribuição da frequência absoluta do grupo da NRA que deve ser ingerido em maior quantidade por dia, segundo os alunos.

Perante a pergunta de qual grupo da NRA deve ser ingerido em menor quantidade por dia, constata-se pela observação do gráfico 7 que 44 alunos acertaram respondendo "Gorduras e Óleos", apenas 1 errou seleccionando a resposta "leguminosas" e nenhum respondeu "cereais e derivados, tubérculos".

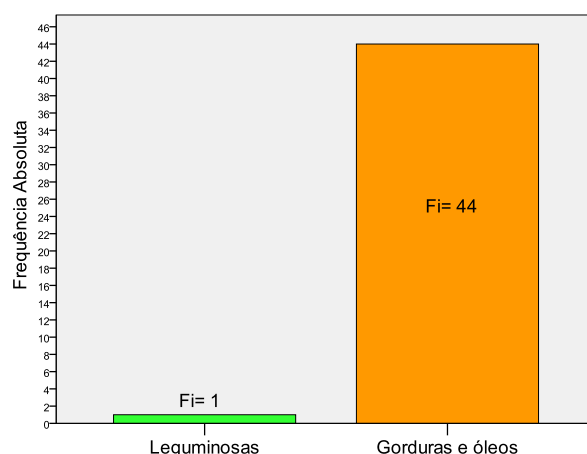


Gráfico 7- Distribuição de frequência absoluta do grupo da NRA que deve ser ingerido em menor quantidade por dia, segundo os alunos.

Após a análise de cada uma das questões em particular interessa perceber qual o grau de conhecimentos que os alunos têm sobre a Obesidade, pelo que pela análise do quadro 16, se constata que no intervalo de [0-6[respostas certas, não se enquadra nenhum aluno, 6 alunos ($f_i=0,133$) estão inseridos no intervalo de [6-10[respostas certas, 28 alunos ($f_i=0,622$) se enquadram no intervalo de [10-14[respostas certas e 11 alunos ($f_i=0,244$) se enquadram no intervalo de [14-17].

Nível	Pontuação	Percentagem (%)	Nº de Alunos	Frequência relativa
Conhecimentos Insuficientes	[0-6[	[0-35.3[	0	0
Conhecimentos Suficientes	[6-10[	[35.3-58.8[	6	0.133
Conhecimentos Bons	[10-14[	[58.8-82.4[	28	0.622
Conhecimentos Muito Bons	[14-17]	[82.4-100]	11	0.244

Quadro 16- Classificação obtida pelos alunos na parte III do Questionário.

Por último os dados da parte IV do questionário, correspondem à opinião dos alunos sobre a atitude da UFP na prevenção da Obesidade e se os alunos aproveitam o que a faculdade lhes proporciona nessa prevenção.

De acordo com o gráfico 8, a UFP fomenta a alimentação saudável para 14 ($f_i= 0,31$) alunos, no entanto para 31 ($f_i= 0,69$) a alimentação saudável não é tida em conta pela UFP. Constata-se então, que para a maioria dos alunos a UFP não fomenta a alimentação saudável.

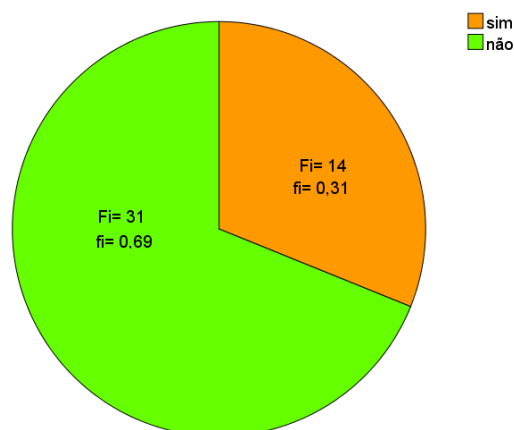


Gráfico 8- Distribuição de frequências da opinião dos alunos sobre se a UFP fomenta uma alimentação saudável.

Relativamente ao quadro 17, em relação à primeira pergunta, 20 alunos (44,4%) referiram fazer a sua alimentação no Pólo de Saúde, 8 alunos (17,8%) no Pólo de Sede, 15 (33,3%) no Pólo das Clínicas e 2 alunos (4,4%) em nenhum Pólo.

"Em qual das três cantinas considera existir uma alimentação mais saudável?" constata-se que 4 alunos (8,9%) referem ser no Pólo de Saúde, 4 (8,9%) no Pólo da Sede, e 37 (82,2%) no Pólo das Clínicas.

No que concerne à terceira questão, 3 alunos (6,7%) referem que a alimentação é predominante em cozidos e grelhados no Pólo de Saúde, 11 alunos (24,4%) no Pólo da Sede, 22 alunos (48,9%) no Pólo das Clínicas, 6 (13,3%) em nenhum Pólo e 3 alunos (6,7%) em mais do que um Pólo.

Relativamente à quarta pergunta, 36 alunos (80%) referem que a alimentação é predominante em fritos no Pólo de Saúde, 5 alunos (11,1%) no Pólo da Sede, nenhum aluno mencionou o Pólo das Clínicas, 1 aluno (2,2%) referiu que nenhum é predominante em fritos e 3 alunos (6,7%) referiram que em mais do que um Pólo a alimentação é predominante em fritos.

Na quinta pergunta, 7 alunos (15,6%) referem que é no Pólo de Saúde onde há legumes na alimentação, 12 alunos (26,7%) referem que é no Pólo da Sede, 16 alunos (35,6%) no Pólo das Clínicas, 1 aluno (2,2%) referiu que em nenhum havia legumes e 9 alunos (20%) referiram que há legumes em mais do que um Pólo.

Em relação à sexta pergunta, 10 alunos (22,2%) dizem que à fruta no Pólo de Saúde, 10 alunos (22,2%) referem que é no Pólo da Sede, 9 alunos (20%) no Pólo das Clínicas, 1 aluno (2,2%) referiu que em nenhum havia fruta e 15 alunos (33,3%) dizem que há fruta em mais do que um Pólo.

"Para um lanche há iogurte?", constata-se que 10 alunos (22,2%) dizem que podem consumir iogurtes no Pólo de Saúde, 5 alunos (11,1%) referem que é no Pólo da Sede, 13 alunos (28,9%) no Pólo das Clínicas, 1 aluno (2,2%) refere que em nenhum há iogurtes e 16 alunos (35,6%) dizem que há iogurtes em mais do que um Pólo.

No que concerne à oitava pergunta, 16 alunos (35,6%) referem poder comer uma peça de fruta fora da hora de almoço no Pólo de Saúde, 4 alunos (8,9%) no Pólo da Sede, 14 alunos (31,1%) no Pólo das Clínicas, 3 alunos (6,7%) referem que não o podem fazer em nenhum Pólo e 8 alunos (17,8%) referem que o podem fazer em mais do que um Pólo.

Por último relativamente à nona questão, 5 alunos (11,1%) referem poder consumir bebidas alcoólicas no Pólo de Saúde, 14 alunos (31,1%) no Pólo da Sede, nenhum aluno refere haver bebidas alcoólicas no Pólo das Clínicas, 18 alunos (40%) referem que não existem em nenhum Pólo e 8 alunos (17,8%) referem existir bebidas alcoólicas em mais do que um Pólo.

	Pólo de Saúde		Pólo da Sede		Pólo das Clínicas		Nenhum		Em mais do que um Pólo	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
1.Em qual das três cantinas existentes faz mais a sua alimentação?	20	44,4	8	17,8	15	33,3	2	4,4	0	0
2.Em qual das três cantinas considera existir uma alimentação mais saudável?	4	8,9	4	8,9	37	82,2	0	0	0	0
3.A alimentação é predominante em cozidos e grelhados?	3	6,7	11	24,4	22	48,9	6	13,3	3	6,7
4.A alimentação é predominante em fritos?	36	80	5	11,1	0	0	1	2,2	3	6,7
5.A alimentação tem legumes?	7	15,6	12	26,7	16	35,6	1	2,2	9	20
6.A alimentação tem fruta?	10	22,2	10	22,2	9	20	1	2,2	15	33,3
7.Para um lanche há iogurte?	10	22,2	5	11,1	13	28,9	1	2,2	16	35,6
8.Pode comer uma peça de fruta fora da hora do almoço?	16	35,6	4	8,9	14	31,1	3	6,7	8	17,8
9.Há bebidas alcoólicas?	5	11,1	14	31,1	0	0	18	40	8	17,8

Quadro 17- Distribuição de frequências da alimentação das três cantinas da UFP, segundo os alunos.

Foi tentado perceber o que têm as três cantinas da UFP do Porto para oferecer no lanche da manhã ou da tarde, pelo que os alunos podiam dar mais do que uma resposta. Através do quadro 18 constata-se que 39 alunos afirmam serem os Doces, 32 os Iogurtes e leite, 22 os Salgados, 13 a Fruta, e apenas 1 aluno optou por Outros. Verifica-se assim, através da análise dos resultados que predomina o grupo de Doces.

	Doces	Iogurtes e Leite	Salgados	Fruta	Outros
N	39	32	22	13	1

Quadro 18- Distribuição nominal do que os bares da UFP têm para oferecer nos lanches da manhã/tarde, segundo a amostra.

Foi pedido aos 45 alunos que indicassem os três alimentos que mais consomem nos bares da UFP e as respostas foram: 22% dos alunos referiram consumir leite, 21% pão, 19% produtos de pasteleria, 11% café, 9% sumos, 7% água, 5% doces, 3% salgados, 2% outros e 1% não sabe ou não responde, como se observa no gráfico 9.

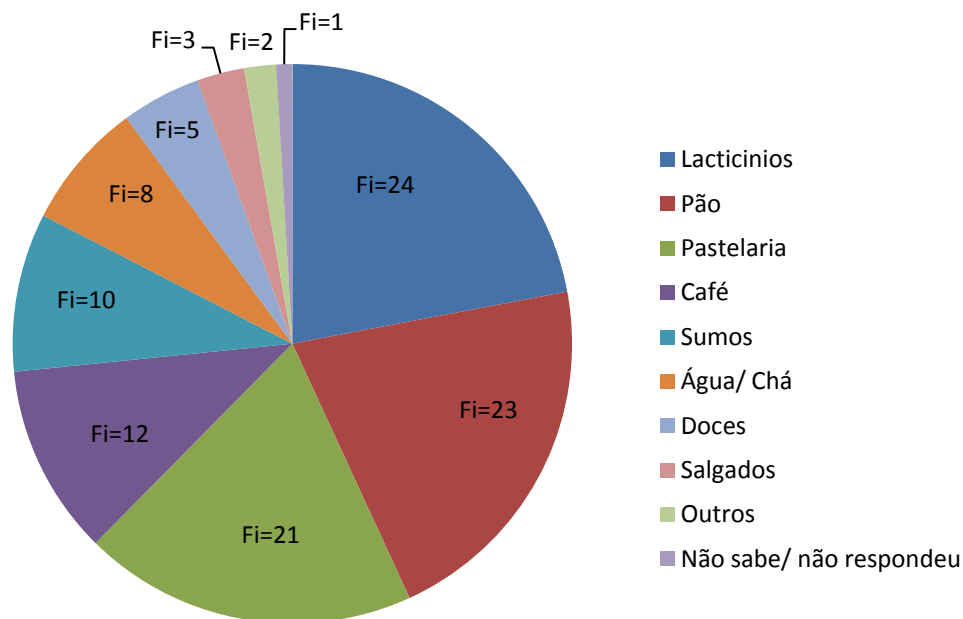


Gráfico 9 - Distribuição percentual dos alimentos disponíveis nos bares da UFP, segundo os alunos.

De acordo com o gráfico 10, a UFP fomenta a prática de exercício físico para 13 alunos ($f_i=0,29$), no entanto para 32 ($f_i=0,71$) a prática de exercício físico não é tida em linha de conta pela UFP. Constata-se então, que para a maioria dos alunos a UFP não fomenta a prática de exercício físico.

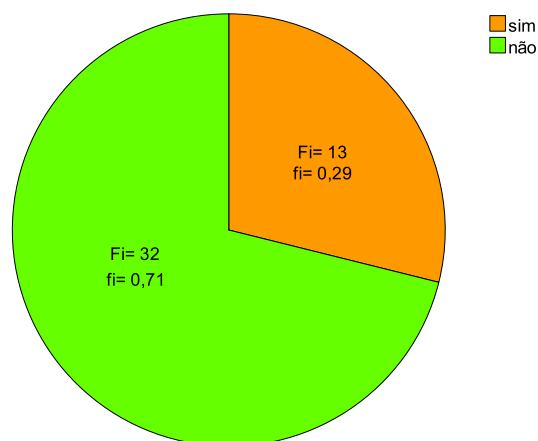


Gráfico 10- Distribuição de frequências da opinião dos alunos sobre se a UFP fomenta a prática de exercício físico.

De acordo com o gráfico 11, 28 alunos (62%) conhecem os desportos existentes na UFP, no entanto 17 (38%) não conhecem.

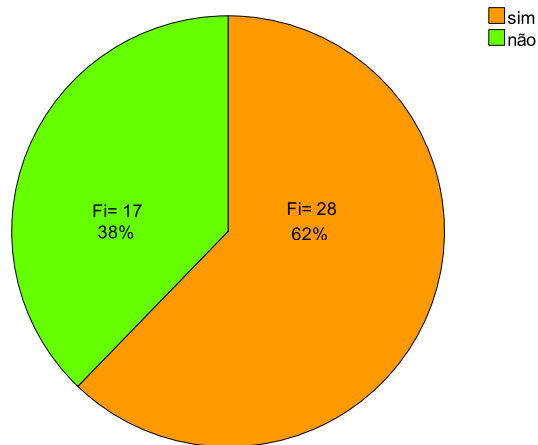


Gráfico 11- Distribuição de frequências do conhecimento por parte dos alunos dos desportos existentes na UFP.

De acordo com o gráfico 12, constata-se que a totalidade dos alunos não pratica nenhum desporto na UFP ($F_i=45$ alunos, $f_i=1$).

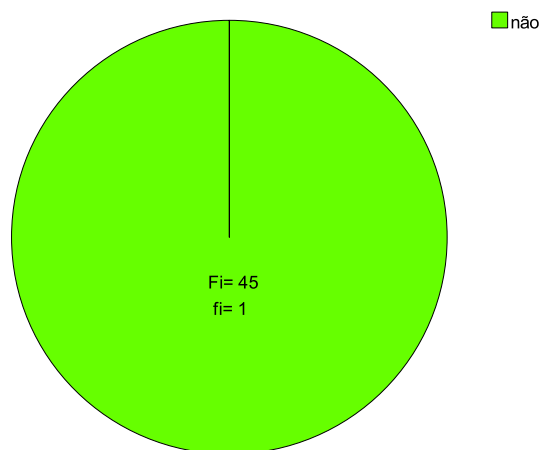


Gráfico 12- Distribuição de frequências sobre se os alunos praticam algum desporto na UFP.

2. Discussão de Resultados

Finalizado o tratamento e análise dos dados, torna-se pertinente reflectir sobre os resultados considerados relevantes para este estudo, estabelecendo um paralelismo com os conceitos teóricos resultantes da nossa pesquisa.

Em relação aos elementos pertencentes à amostra, importa salientar que a partir dos dados relativos ao IMC, a maioria dos inquiridos, 62,2%, se encontra com valores de IMC normais. Com excesso de peso encontram-se 28,9% alunos, dos quais 26,7% apresentam Pré-Obesidade e 2,2% Obesidade de grau I. No entanto como referem Bassett, et al., (2000), Ministério da Saúde e Teles, Reis, Dias (2008) o IMC pode estar elevado, devido ao peso muscular e não só pela gordura, pelo que devem ser tidos em conta outras formas para avaliação da gordura corporal nestes casos.

De acordo com os dados relativos à segunda parte do questionário, tentou-se perceber qual a importância que os alunos dão ao tema Obesidade e qual a sua ligação com a Enfermagem. A totalidade dos alunos afirmou conhecer o tema, sendo que destes, 40 afirmaram ser o Curso de Enfermagem a sua fonte do Conhecimento, o que revela que a temática foi abordada ao longo do Curso, aqueles que não referiram a Enfermagem pode dever-se ao facto de não ter assistido a alguma aula onde o tema possa ter sido abordado ou aquando do preenchimento do questionário não associarem o tema às aulas.

A Unidade Curricular que foi mais referida pelos alunos como sendo a que maior informação disponibilizou sobre a Obesidade foi a Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária ($F_1= 29$) onde para além da parte teórica, os alunos puderam realizar Educações para a Saúde no Ensino Clínico. Esta disciplina por ter uma vertente mais prática pode ter influenciado a resposta dos alunos.

Sendo a Promoção da Saúde uma das áreas de grande relevo para a Enfermagem era de esperar que os alunos dessem importância ao tema da Obesidade, atribuindo-lhe numa escala de 1 a 8 (sendo 8 mais relevante) uma média de 6,58 o que mostra a relevância dada ao tema.

Embora apenas 22 alunos considerarem estar de acordo em ter adquirido competências teóricas para encarar a Obesidade, 24 alunos dizem sentirem-se capazes de realizar Educações para a Saúde sobre a temática.

Trinta e oito alunos dizem que o tema Obesidade é importante e está na moda. Segundo Oliveira (2004), a Obesidade é a epidemia do século XXI e doenças típicas da idade adulta ameaçam já milhões de crianças obesas por todo o mundo. Este dado é importante porque pode levar à maior necessidade de valorização da temática.

Vinte e dois alunos referem estar totalmente de acordo com a ligação desta patologia à área da Enfermagem ainda para salientar este facto, 39 alunos consideram que este tema não deve ser abordado apenas nos cursos de Medicina e Ciências da Nutrição pois como refere Jorge (*cit. in* Público, 2009) o problema da Obesidade não é resolvido apenas com nutricionistas mas com equipas multidisciplinares.

Relativamente à afirmação "Fazer Educação para a Saúde nesta área tem um impacto insignificante.", 36 alunos referem não estar nada de acordo. Isto mostra o nível de importância que atribuem às Educações para a Saúde como instrumento de mudança nos hábitos de vida dos utentes.

No que concerne aos dados relativos à terceira parte do questionário pretendeu-se analisar os conhecimentos que os alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem têm sobre a Obesidade.

"Para reduzir o peso é essencial retirar toda e qualquer gordura da dieta." Apenas 11 alunos erraram respondendo Sim a esta afirmação, no entanto como refere Candeias et al. (2005) a gordura é um nutriente necessário, e deve ser preferencialmente usada a gordura monoinsaturada, o azeite.

Todos os alunos da amostra acertaram dizendo que "a alimentação saudável e o exercício físico são a melhor técnica para prevenir a Obesidade" como apoiam Teles, Reis, Dias (2008, p. 60) dizendo que o tratamento deve basear-se numa "redução da ingestão e num aumento do dispêndio". Tal resposta demonstra que os alunos estão

alertados para a prevenção da Obesidade e que podem aproveitar este conhecimento tanto para uso próprio como para aplicar na prestação de cuidados.

"A Obesidade infantil é diagnosticada pelo IMC em relação com a idade da criança, dos 2 aos 20 anos." Trinta e oito alunos acertaram, respondendo Sim à afirmação. Segundo Tauber (2010) numa criança é necessário interpretar o valor de IMC em função da idade e do sexo.

Filho (*cit. in* Nobrega, 2008, p.399) refere que a "Obesidade é uma doença multifactorial, caracterizada por um balanço calórico positivo" e assim 32 alunos acertaram respondendo Sim a esta afirmação.

"A alimentação saudável é aquela que é completa, equilibrada e variada." Acertaram 43 alunos respondendo Sim à afirmação pois segundo a FCNAUP (2006) a Nova Roda dos Alimentos tem como função orientar para uma Alimentação Saudável, isto é, completa, equilibrada e variada.

"O Índice de Quetelet corresponde à massa calórica". Vinte e cinco alunos erraram respondendo Sim à afirmação pois o Índice de Quetelet corresponde ao índice de massa corporal (Tauber, 2010). O IMC é obtido pela divisão do peso (em quilogramas), pela altura (em metros) elevado ao quadrado (Teles, Reis, Dias, 2008), assim 26 alunos erraram respondendo Sim à afirmação: "O IMC é calculado através da seguinte fórmula: $\text{Peso}/2x \text{ a altura}$ ".

A NRA elaborada em 2003 está dividida em sete grupos, ao contrário do que foi implementado em 1977, em que apenas existiam cinco grupos (Rodrigues et al., 2006), 27 alunos acertaram respondendo "7". Segundo a FCNAUP (2006) o grupo da NRA que deve ser ingerido em maior quantidade diariamente é em 28% o grupo dos Cereais e derivados, Tubérculos, pelo que apenas 20 alunos acertaram. Ainda o mesmo autor refere que o grupo da NRA que deve ser ingerido em menor quantidade diariamente é em 2% o grupo das Gorduras e Óleos pelo que 44 alunos acertaram. Tais respostas demonstram que os alunos têm conhecimento da NRA e de como utilizá-la.

Depois da discussão da parte III do questionário, interessa perceber qual o nível de conhecimentos dos alunos pertencentes à amostra. Vinte e oito alunos encontram-se no parâmetro dos Conhecimentos Bons, 11 apresentam Conhecimentos Muito Bons e 6 Conhecimentos Suficientes. Conclui-se então que a maioria dos alunos apresenta Conhecimentos Bons sobre a Obesidade.

Os dados relativos à quarta parte do questionário pretendem saber se na opinião dos alunos, a UFP fomenta uma alimentação saudável e a prática de exercício físico e paralelamente se tiram partido do que esta lhes proporciona na prevenção da Obesidade.

Para 69% dos alunos a UFP não fomenta a alimentação saudável. Embora a maioria admita que a comida é mais saudável e predominante em cozidos, grelhados e legumes no Pólo das Clínicas admitem também que é no Pólo da Saúde onde fazem mais a sua alimentação, onde esta é predominante em fritos, segundo os alunos.

Foi perguntado aos 45 alunos, o que é que as três cantinas têm para oferecer: a maioria, 39 alunos referiram os Doces, 32 os Iogurtes e Leite e 22 os Salgados. A fruta foi a menos referida, apenas por 13 alunos. No entanto, perante a questão sobre os três alimentos que comem/ bebem mais frequentemente nas cantinas da UFP, os alunos já não referem os Doces e Salgados como os mais consumidos, mas sim o leite e o pão, o que demonstra a sua preocupação em manter uma alimentação saudável.

Tal como para a alimentação saudável, os alunos (71%) consideram que a UFP não fomenta o exercício físico, no entanto como foi referido na Fase Conceptual a UFP dispõe da Academia de Saúde e Lazer e da Academia Desportiva, embora esta última não esteja a funcionar neste ano lectivo. Perante a questão "Conhece os desportos existentes na UFP?", 62% admitem conhecer. No entanto nenhum aluno, nem mesmo os que conhecem, praticam algum desporto oferecido pela UFP, facto que não impede que pratiquem desporto fora da instituição.

IV - Conclusão

A elaboração deste trabalho, permitiu ao investigador aplicar os saberes adquiridos ao longo da Licenciatura e aprofundar conhecimentos, quer a cerca de uma temática pertinente e actual como a Obesidade, quer na realização de trabalhos de investigação, assim pensamos ter atingido os objectivos académicos.

As dificuldades sentidas na elaboração deste projecto de graduação prenderam-se com o facto de ser inexperiente na realização deste tipo de trabalhos.

Com este trabalho pretendeu-se analisar os conhecimentos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP do Porto sobre a Obesidade, conhecer a opinião dos mesmos quanto à relevância da Obesidade para a Enfermagem e ainda perceber se estes alunos aproveitam os recursos que a faculdade lhes proporciona para prevenir a Obesidade.

Toda a literatura refere que a Obesidade é uma doença grave se não for travada e tratada a tempo e traduz-se em sérias repercussões para o indivíduo quer a nível físico quer emocional. Assim para a prevenção desta patologia, os autores são unânimes destacando a alimentação saudável e o exercício físico como o melhor método.

É ainda importante juntar reforços para acabar com a publicidade nefasta que muito influência negativamente as faixas etárias mais jovens, estimulando-os a escolherem alimentos hipercalóricos e sem qualquer valor nutricional.

Dos resultados obtidos podemos concluir que:

- A maioria dos alunos (62,2%) se encontra com valores de IMC correspondentes a Peso Normal;
- Os alunos consideram que o tema da Obesidade é pertinente para a Enfermagem, atribuindo-lhe numa escala de 1 a 8 (sendo 8 o mais relevante) uma média de 6,58, sendo que o valor mínimo atribuído foi 4 e o máximo 8;

- A maioria dos alunos (62,2%) apresenta Conhecimentos Bons sobre a temática em estudo;
- A maioria dos alunos considera que a UFP não fomenta a prática de exercício físico (71%) nem a alimentação saudável (69%).

Podemos concluir que a formação dos alunos de Enfermagem no tema da Obesidade é uma mais valia para a sociedade, pois com esforço e empenho serão futuros profissionais activos na prevenção desta doença, como parte integrante de uma equipa multidisciplinar.

Tendo em conta os resultados obtidos, deixamos como sugestão que a Obesidade/Prevenção da Obesidade deve ser um tema a leccionar em diferentes Unidades Curriculares e devia ser proposto a realização de projectos de ambulatório nesta área e ainda que a UFP deve continuar a investir na promoção da saúde com projectos como a Academia de Saúde e Lazer, aproveitando os seus recursos: a Licenciatura em Enfermagem no rastreio da Obesidade, Ciências da Nutrição na promoção de uma alimentação saudável e Fisioterapia na promoção do exercício físico.

Como proposta para futuras investigações penso que seria relevante aprofundar a alimentação que é oferecida aos alunos pelas cantinas dos três pólos da UFP do Porto.

V- Bibliografia

Alberti, S.G., Zimmet, P. (2006). *The IDF consensus worldwide definition of the Metabolic Syndrome*. Bélgica. International Diabetes Federation.

Amorim, J. (2008). *Cirurgia Bariátrica: Conhecimentos dos estudantes do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP*. Monografia apresentada á Universidade Fernando Pessoa. Porto.

Barbosa, V. (2004). *Prevenção da Obesidade na Infância e na Adolescência - Exercício, Nutrição e Psicologia*. São Paulo. 1ª Edição. Manole Editora.

Bass, L. M., Beresin, R. (2009). Qualidade de vida em crianças obesas. *Einstein*. Volume 7. Número 3. p. 295-301.

Bassett, J. et al. (2000). *The Asia-Pacific perspective: Redefining obesity and its treatment*. Health Communications Australia Pty Limited. Austrália.

Bastos, P. (2006). A Roda dos Alimentos e as Novas Recomendações Alimentares. [Em linha]. Disponível em <<http://www.cefitness.com>>. [Consultado em 24-02-2010].

Betti, M., Zuliani, L. R. (2002). Educação Física Escolar: Uma Proposta de Diretrizes Pedagógicas. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*. Volume 1. Número 1. P.73-81.

Candeias, V. et al. (2005). *Princípios para uma Alimentação Saudável*. Lisboa. Direcção Geral de Saúde.

Carmo, I. et al. (2006). Prevalence of Obesity in Portugal. *Obesity reviews*. Volume 7. Número 3. p. 233-237

Carrada, G. (2002). *A evolução do Homem*. *Enciclopédia Pedagógica Universal*. Matosinhos. Volume 17. Hiperlivro.

Claudino, A. M., Zanella, M. T. (2005). *Transtornos Alimentares e Obesidade - Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar*. São Paulo. 1ª Edição. Manole Editora.

Costa, A. J., Melo, A. S. (1998). *Dicionário da Língua Portuguesa*. Porto. 8ª Edição. Porto Editora.

Costa, C. A. Q. (2000). Psicoterapia comportamental e cognitiva na promoção da saúde: Intervenção na Obesidade.

Costa, E. Q., Ribeiro, V. M. B., Ribeiro, E. C. O. (2001). Programa de Alimentação Escolar: Espaço de Aprendizagem e Produção de Conhecimento. *Revista de Nutrição*. Volume 14. Número 3. (Setembro/Dezembro) p. 225-229.

Cunha, A. C., Neto, C., Júnior, A. (2006). Indicadores de Obesidade e estilo de vida de dois grupos de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Fitness & Performance*. Volume 5. Número 3 (Maio/Junho) p.146-154.

Decreto-lei nº 107/2008 de 25 de Junho. Diário da República II Série. Nº 162. p. 37052-37055.

Decreto-lei nº 62/2007 de 10 de Setembro. Diário da República II Série. Nº 212. p.44620-44627.

Decreto-lei nº 74/2006 de 24 de Março. Diário da República II Série. Nº 180. p.19174-19176.

Deglin, J. H., Vallerand, A. H. (2003). *Guia Farmacológico Para Enfermeiros*. Loures. 7ª Edição. Lusociência.

Direcção Geral da Saúde (2005). Recomendações para uma Alimentação mais Saudável. [Em linha]. Disponível em <<http://www.dgs.pt>>. [Consultado em 12-11-2009].

Direcção Geral da Saúde (2006). Consultas de vigilância da Saúde Infantil e Juvenil - Actualização das curvas de crescimento. Circular Normativa 05/DSMIA (21-02-2006). Ministério da Saúde.

Faculdade Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto (2006). A Nova Roda dos alimentos ... um guia para a escolha alimentar diária! Coma bem, viva melhor!. [Em linha]. Disponível em <<http://www.dgs.pt>>. [Consultado em 24-02-2010].

Federação Académica do Desporto Universitário Home Page. [Em linha]. Disponível em <http://www.fadu.pt/net/index.php?option=com_content&task=view&id=5&Itemid=126>. [Consultado em 30/11/2009].

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: de concepção à realização*. Loures. 3ª Edição. Lusociência.

Fortunato, J. S., Silva, C. B., Pinheiro, M. (2005). Tecido Adiposo. [Em linha]. Disponível em <<http://fisiologia.med.up.pt>>. [Consultado em 13-12-2009].

Gomes, A. C., Cerqueira, R. (2009). Tecidos Conjuntivos "Especiais". [Em linha]. Disponível em <<http://ccfmup06-12.med.up.pt>>. [Consultado em 13-12-2009].

González, M. N. (2005). Código de Autorregulación de la Publicidad de Alimentos Dirigida a Menores, Prevención de la Obesidad y Salud (Código PAOS). Espanha.

Infarmed (2006). *Prontuário Terapeutico*. Ministério da Saúde.

International Obesity Task Force Home Page. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ietf.org>>. [Consultado em 05.12.2009].

Jorge, A. (2009). Hospitais Públicos vão fazer 2500 cirurgias de tratamento da Obesidade para 2010. [Em linha]. Disponível em <<http://publico.pt/1415705>>. [Consultado em 13.02.2010].

Joseph, E. et al. (2009). Appropriate Physical Activity Intervention Strategies for Weight Loss and Prevention for Weight Regain for Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. p. 459-467.

Kluthcovsky, A., Takayanagui, A. (2007). Qualidade de vida: aspectos conceptuais. *Revista Salus - Guanapuava*. (Janeiro/Junho). Volume 1. Número 1. p.13-15.

Manuila, L. et al. (2003). *Dicionário Médico*. 3ª Edição. Climepsi Editores.

Médart, J. (2007). O excesso de peso In: *Guia prático Climepsi da Nutrição - A alimentação preventiva e curativa*. 1ª Edição. Climepsi Editores. p.177-195.

Ministério da Saúde Home Page. [Em linha]. Disponível em <<http://www.min-saude.pt>>. [Consultado em 24-11-2009].

National Institutes of Health (2000). *The practical guide: Identification, Evaluation and treatment of overweight and obesity in adults*. NIH Publication.

Nobrega, F. J. (2008). *O que você quer saber sobre nutrição - perguntas e respostas comentadas*. São Paulo. 1ª Edição. Manole Editora.

Oliveira, L. (2004). Crescer para os lados. *Visão*. (Janeiro). p.66-74.

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em enfermagem*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ordemdosenfermeiros.pt>>. [Consultado em 9-11-2009].

Organização Mundial de Saúde (2000). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Geneva.

Organização Mundial de Saúde (2003). *Ministerial round table on diet, physical activity and health*. Kyoto

Organização Mundial de Saúde (2006). *European Charter on Counteracting Obesity - WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity-Diet and Physical Activity for Health*. Istambul.

Petry, A., Marques, A. (2010). Açúcar: Encontraram o Culpado. *FOCUS* Nº 535. Semanal. p. 120-127

Póvoas, F. (2009). *O Prazer de Emagrecer: Como conseguir o peso ideal de forma equilibrada e saudável*. Alfragide. 11ª Edição. Caderno.

Rodrigues, S. et al. (2006). A New Food Guide for the Portuguese Population: Development and Technical Considerations. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. Volume 38. Número 3. (Maio/ Junho). p. 189-195.

Rucker, D. et al. (2007). Long term pharmacotherapy for obesity and overweight: update meta-analysis. *BMJ*. p.1-10.

Santos, L. A. S. (2005). Educação Alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. *Revista de Nutrição*. Volume 18. Número 5. (Setembro/Outubro). p.681-692.

Seleccções do Reader's Digest (1998). O seu peso é saudável In: *Tratamentos Naturais, Saúde e Bem-Estar: controlo do peso e alimentação*. Queluz. 1ª Edição. Quetzal Editores. p. 16-26.

Silva, E. (2009). A prevenção da Obesidade infantil em Portugal é zero. *Diário de Notícias*. Diário. 22-11-2009.

Silva, I., Ribeiro, J. L. P., Cardoso, H. (2009). Qualidade de vida em indivíduos candidatos a cirurgia de Obesidade e em indivíduos já submetidos a este procedimento cirúrgico (entre 6 e 24 meses e há mais de 24 meses): estudo comparativo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume 8. p. 51-58.

Silva, M. P. et al. (2005). Obesidade e Qualidade de Vida. *Acta Med Port*. Volume 19. p. 247-250.

Sinzato, E. (2007). Avaliação da Qualidade de Vida de Obesos. *Estudos*. Volume 34. Número 1/2. (Janeiro/Fevereiro). p.35-51.

Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade Home Page. [Em linha]. Disponível em <<http://www.speo-Obesidade.pt/CDA/HPhomepage.aspx>>. [Consultado em 5-12-2009].

Swinburn, B.A. et al. (2004). Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. *Public Health Nutrition*. Volume 7. Número 1A. p. 123-146.

Tauber, M. (2010). *Compreender a Obesidade Infantil- Guia de Saúde*. Porto. Porto Editora.

Teles, A. (2009). Comunicações do 13º Congresso Português da Obesidade. Novembro. Sociedade Portuguesa Estudo da Obesidade.

Teles, A. G., Reis, J. P. L., Dias, T. (2008). *Obesidade: prevenção e terapêutica*. Lisboa. 1ª Edição. Editorial Presença.

Universidade Fernando Pessoa Home Page. [Em linha]. Disponível em: <http://www.ufp.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=870:vale-a-pena&catid=21:universidade>. [Consultado em 30/02/2010].

Vasconcelos, P. O., Neto, S. (2008). Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. *Psico*. Volume 39. Número 1. (Janeiro/Março). p. 58-65.

VI - Anexos

Anexo I



1 a 05 de Fevereiro de 2010

BAR Sede

segunda-feira | Sopa de couve branca ou Canja | Bifinhos de frango grelhados | Red-fish assado

terça-feira | Sopa de nabiças ou Canja | Lombo assado | Filetes com salada russa

quarta-feira | Sopa à lavrador ou Canja | Massa à bolonhesa | Pescada com molho de marisco

quinta-feira | Sopa juliana ou Canja | Frango assado | Carapau com molho verde

sexta-feira | Sopa de legumes ou Canja | Arroz à valenciana | Filetes de polvo

CANTINA FCS

segunda-feira | Sopa de alho francês | Posta de pescada frita | Fêveras à Portuguesa

terça-feira | Creme de cenoura | Lulas estufadas | Bifinhos com cogumelos

quarta-feira | Sopa Juliana | Salmão grelhado | Espetada mista

quinta-feira | Creme de feijão verde | Red-fish assado | Esparguete à bolonhesa

sexta-feira | Caldo verde | Bacalhau à Braga | Lombo assado

POETRY BAR Edifício das Clínicas Pedagógicas

segunda-feira | Canja | Esparguete guisado com frango | Frango cozido

terça-feira | Sopa de nabos | Bacalhau à Brás | Pescada cozida

quarta-feira | Sopa de nabiças | Strogonof de porco com arroz de legumes | Carne cozida

quinta-feira | Sopa de couve branca | Rissois de camarão com arroz de ervilhas | Pescada cozida

sexta-feira | Caldo verde | Peito de peru assado com arroz e batatas | Carne cozida

Ementas

15 a 19 de Março de 2010

BAR Sede

segunda-feira | Sopa de couve saloia ou Canja | Entrecosto grelhado | Filetes com molho de marisco

terça-feira | Sopa de legumes ou Canja | Empadão de carne | Vitela com ervilhas | Feijoada de marisco

quarta-feira | Caldo verde ou Canja | Frango assado | Atum grelhado

quinta-feira | Sopa de espinafres ou Canja | Espetadas com arroz e batata | Bolinhos com feijão frade

sexta-feira | Creme de ervilhas ou Canja | Gordon blue | Bacalhau à Rosa do Adro

CANTINA FCS

segunda-feira | Creme de legumes | Salada russa c/ atum | Bifinhos de frango c/ cogumelos

terça-feira | Feijão verde | Lulas estufadas | Carne de porco à alentejana

quarta-feira | Creme de cenoura | Salmão grelhado | Esparguete à bolonhesa

quinta-feira | Sopa da Juliana | Peixe-espada grelhado | Jardineira

sexta-feira | Caldo verde | Pataniscas c/ arroz e feijão | Alheira c/ ovo

POETRY BAR Edifício das Clínicas Pedagógicas

segunda-feira | Canja | Empadão de carne | Frango cozido

terça-feira | Sopa de nabijas | Bacalhau desfiado | Pescada cozida

quarta-feira | Sopa de nabos | Frango assado c/ arroz e batata | Frango cozido

quinta-feira | Sopa de couve branca | Panados de porco c/ arroz de legumes | Frango cozido

sexta-feira | Caldo verde | Pescada assada c/ arroz | Pescada cozida

Ementas

19 a 23 de Abril de 2010

BAR Sede

segunda-feira | Sopa juliana ou Canja | Almôndegas com esparguete | Red fish assado

terça-feira | Creme de cenoura ou Canja | Lombo assado | Pescada

quarta-feira | Sopa de nabiças ou Canja | Espetada mista | Lulas à bordalesa

quinta-feira | Sopa de penca ou Canja | Frango à Brás | Atum gralhado | Massa de atum

sexta-feira | Creme de ervilhas ou Canja | Fêveras à chefe | Filetes de polvo

CANTINA FCS

segunda-feira | Creme de Legumes | Salada Russa com Atum | Hamburguer com Ovo

terça-feira | Juliana de Legumes | Peixe Espada grelhado | Costoleta à Milaneza

quarta-feira | Sopa de Feijão Verde | Pescada à Primavera | Lombo assado

quinta-feira | Canja | Filetes com Molho de Marisco | Arroz de Frango

sexta-feira | Caldo Verde | Polvo com Molho Verde | Grelhado Misto com Feijão Preto

POETRY BAR Edifício das Clínicas Pedagógicas

segunda-feira | Canja | Esparguete à bolonhesa | Fruta ou iogurte | Carne cozida

terça-feira | Sopa de nabos | Bolinhos de bacalhau com arroz | Gelatina ou fruta | Pescada cozida

quarta-feira | Sopa de nabiças | Frango estufado com ervilhas | Fruta ou iogurte | Frango cozido

quinta-feira | Sopa de couve branca | Pescada assada com arroz | Doce ou fruta | Pescada cozida

sexta-feira | Caldo verde | Feijoada | Fruta ou iogurte | Carne cozida

7.º semestre

Unidades curriculares (1)	Área científica (2)	Tipo (3)	Tempo de trabalho		Créditos (6)
			Total (4)	Conteúdo (5)	
Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária II — Ensino Clínico.	723 — ENF	Semestral	390	E: 280; S: 70	15
Enfermagem de Urgência e Emergência II — Ensino Clínico.	723 — ENF	Semestral	390	E: 280; S: 70	15

8.º semestre

Unidades curriculares (1)	Área científica (2)	Tipo (3)	Tempo de trabalho		Créditos (6)
			Total (4)	Conteúdo (5)	
Proj. de Graduação e Integração Profissional	723 — ENF	Trimestral	780	E: 350; S: 70; O: 72	30

Despacho n.º 19 002/2006

A requerimento da Fundação Ensino e Cultura Fernando Pessoa (FFP), entidade instituidora da Universidade Fernando Pessoa (UFP), reconhecida como de interesse público, ao abrigo do disposto no Estatuto do Ensino Superior Particular e Cooperativo, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 1694, de 22 de Janeiro, alterado, por ratificação, pela Lei n.º 37/94, de 11 de Novembro, e pelo Decreto-Lei n.º 107/96, de 31 de Julho, foi autorizada pelo despacho n.º 16 236/2006 (2.ª série), de 8 de Agosto, do director-geral do Ensino Superior, a adequação ao Processo de Bolonha do curso da licenciatura em Enfermagem, aprovada pela Portaria n.º 419/2002, de 19 de Abril, alterada pela Portaria n.º 247/2003, de 18 de Março, e pela Portaria n.º 949/2005, de 29 de Setembro.

Ao abrigo do n.º 2 do artigo 80.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, e em cumprimento do n.º 6 daquele despacho, o reitor faz saber que:

1.º

Autorização de adequação

1 — A adequação do curso de licenciatura em Enfermagem foi autorizada pelo registo número R/B-AD-803/2006, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 152, de 8 de Agosto de 2006.

2 — O 1.º ciclo de estudos resultante dessa adequação denomina-se Enfermagem.

2.º

Plano de estudos

A estrutura curricular e o plano de estudos do 1.º ciclo aprovados constam do anexo ao presente despacho.

3.º

Grau

A conclusão com aproveitamento de todas as unidades curriculares e a obtenção dos 240 ECTS que integram o plano de estudos do 1.º ciclo confere o grau de licenciado.

4.º

Transição curricular

As regras de transição entre a anterior organização de estudos e a nova organização decorrente do processo de adequação são fixadas pelo órgão legal e estatutariamente competente da Universidade.

5.º

Início de funcionamento

O 1.º ciclo de estudos em Enfermagem inicia o seu funcionamento em 2006-2007.

6.º

Normas regulamentares

Nos termos da lei, o órgão legal e estatutariamente competente da Universidade aprova as normas regulamentares do funcionamento da licenciatura.

8 de Agosto de 2006. — O Reitor, *Salvato Vila Verde Pinx Trigo*.

ANEXO

Plano de estudos:

Universidade Fernando Pessoa

Escola Superior de Saúde

Licenciatura em Enfermagem

1.º ciclo

1.º semestre

Unidades curriculares (1)	Área científica (2)	Tipo (3)	Tempo de trabalho		Créditos (6)
			Total (4)	Conteúdo (5)	
Anatomofisiologia I	729-S	Semestral	182	T: 40; TP: 20; PL: 20	7
Antropossociologia da Saúde	312-SOC	Semestral	26	T: 20	1
Bioquímica Fisiológica	421-BB	Semestral	104	T: 20; TP: 20; PL: 20	4
Fundamentos e Procedimentos em Enfermagem I	723-ENF	Semestral	156	T: 60; PL: 80	6
Ética e Deontologia Profissional	226-FE	Semestral	78	T: 20	3
Psicologia Aplicada	311-PSIC	Semestral	104	T: 40; TP: 20	4
Microbiologia Geral	421-BB	Semestral	130	T: 40; PL: 20	5

2.º semestre

Unidades curriculares (1)	Área científica (2)	Tipo (3)	Tempo de trabalho		Créditos (6)
			Total (4)	Contacto (5)	
Anatomofisiologia II	729-S	Semestral	130	T: 40; TP: 20; PL: 20	5
Farmacologia e Terapêutica Geral	421-BB	Semestral	104	T: 40; TP: 20	4
Biofísica e Biomecânica	449-C. Fis.	Semestral	104	T: 20; TP: 20	4
Princípios de Pedagogia e Didáctica	142-C. Ed.	Semestral	52	T: 20	2
Métodos e Técnicas de Comunicação	090-DP	Semestral	104	TP: 20; PL: 20	4
Fundamentos e Procedimentos em Enfermagem II	723-ENF	Semestral	208	T: 60; PL: 80	8
Língua Inglesa I	222-LLE	Semestral	78	TP: 60	3

3.º semestre

Unidades curriculares (1)	Área científica (2)	Tipo (3)	Tempo de trabalho		Créditos (6)
			Total (4)	Contacto (5)	
Fundamentos e Procedimentos em Enfermagem III — Ensino Clínico	723-ENF	Semestral	312	E: 168; S: 77	12
Projecto de Graduação	723-ENF	Semestral	104	T: 13; TP: 13	4
Métodos e Técnicas de Investigação	723-ENF	Semestral	26	T: 7; TP: 13	1
Bioestatística e Epidemiologia	462-EST	Semestral	130	T: 26; TP: 39	5
Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária I	723-ENF	Semestral	130	T: 78; TP: 26	5
Língua Inglesa II	222-LLE	Semestral	78	TP: 52	3

4.º semestre

Unidades curriculares (1)	Área científica (2)	Tipo (3)	Tempo de trabalho		Créditos (6)
			Total (4)	Contacto (5)	
Enfermagem Médico-Cirúrgica I	723-ENF	Semestral	312	T: 200; TP: 40	12
Microbiologia Clínica	729-S	Semestral	78	TP: 20	3
Enfermagem Materno-Infantil I	723-ENF	Semestral	234	T: 120; TP: 40	9
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica I	723-ENF	Semestral	156	T: 60; TP: 20	6

5.º semestre

Unidades curriculares (1)	Área científica (2)	Tipo (3)	Tempo de trabalho		Créditos (6)
			Total (4)	Contacto (5)	
Enfermagem Médico-Cirúrgica II — Ensino Clínico	723-ENF	Semestral	780	E: 504; S: 196	30

6.º semestre

Unidades curriculares (1)	Área científica (2)	Tipo (3)	Tempo de trabalho		Créditos (6)
			Total (4)	Contacto (5)	
Enfermagem Materno-Infantil II — Ensino Clínico	723-ENF	Semestral	312	E: 224; S: 56	12
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica II — Ensino Clínico	723-ENF	Semestral	156	E: 112; S: 28	6
Gestão de Serviços de Enfermagem	345-GA	Semestral	52	T: 24	2
Organização Política Portuguesa e da União Europeia	313-CPCID	Semestral	52	T: 24	2
Enfermagem de Urgência e Emergência I	723-ENF	Semestral	130	T: 80; TP: 16	5
Língua Estrangeira	222-LLE	Semestral	78	TP: 56	3

7.º semestre

Unidades curriculares (1)	Área científica (2)	Tipo (3)	Tempo de trabalho		Créditos (6)
			Total (4)	Contacto (5)	
Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária II — Ensino Clínico. Enfermagem de Urgência e Emergência II — Ensino Clínico.	723-ENF	Semestral	390	E: 280; S: 70	15
	723-ENF	Semestral	390	E: 280; S: 70	15

8.º semestre

Unidades curriculares (1)	Área científica (2)	Tipo (3)	Tempo de trabalho		Créditos (6)
			Total (4)	Contacto (5)	
Proj. de Graduação e Integração Profissional ...	723-ENF	Trimestral	780	E: 350; S: 70; O: 72	30

II SÉRIE



Depósito legal n.º 8815/85 ISSN 0870-9963

Preço deste número (IVA incluído 5%)

€ 3,84



Diário da República Electrónico: Endereço Internet: <http://dre.pt>
 Correio electrónico: dre@incm.pt • Linha azul: 808 210 110 • Fax: 21 394 5750

Toda a correspondência sobre assinaturas deverá ser dirigida para a Imprensa Nacional-Casa da Moeda, S. A., Departamento Comercial, Sector de Publicações Oficiais, Rua de D. Francisco Manuel de Melo, 5, 1099-002 Lisboa

Anexo III

Parte III

(Indique com um X a resposta que mais se adequa)

6) Coloque um X, de acordo com a resposta que está mais de acordo com os seus conhecimentos sobre o tema:

	Sim	Não
1. Para reduzir o peso é essencial uma alimentação predominante em fruta.		X
2. Para reduzir o peso é essencial retirar toda e qualquer gordura da dieta.		X
3. Os factores genéticos condicionam o peso adquirido pelo indivíduo, mas se este adoptar estilos de vida saudáveis a patologia não se manifesta.	X	
4. A alimentação saudável e exercício físico são a melhor técnica para prevenir a obesidade.	X	
5. Os doentes com Obesidade Mórbida podem ter uma boa qualidade de vida.		X
6. A Obesidade Infantil, é diagnosticada pelo IMC em relação com a idade da criança dos 2 aos 20 anos.	X	
7. A Obesidade é uma doença multifactorial, caracterizada por um balanço calórico positivo.	X	
8. A Obesidade atinge em geral a população masculina.		X
9. A Obesidade infantil é diagnosticada através da relação IMC/idade a partir dos 5 anos.		X
10. Na prevenção da Obesidade é de destacar o sedentarismo e a alimentação saudável.		X
11. A alimentação saudável é aquela que é completa, equilibrada e variada.	X	
12. O Síndrome Metabólico é caracterizado por Obesidade visceral + HTA + Hiperglicemia + Dislipidemia.	X	
13. O Índice de Quetelet corresponde à Massa Calórica.		X
14. O Índice de Massa Corporal é calculado através da seguinte fórmula: $\text{Peso} / 2 \times \text{Altura}$.		X

No que diz respeito à Nova Roda dos Alimentos, diga: *Coloque apenas uma cruz (X)*

10) Em quantos grupos está dividida? 5 _____ 6 _____ 7 X

11) Dos três grupos seguintes, qual deve ser ingerido em maior quantidade por dia?

Cereais e derivados, tubérculos	X
Fruta	
Gorduras e óleos	

12) Dos três grupos seguintes, qual deve ser ingerido em menor quantidade por dia?

Cereais e derivados, tubérculos	
Leguminosas	
Gorduras e óleos	X

Anexo IV

Nota Introdutória - Questionário

Ana Filipa Touro Pereira Marques de Moura, aluna a frequentar o 4º ano da Licenciatura em Enfermagem na Universidade Fernando Pessoa / Faculdade Ciências da Saúde, estando a elaborar a monografia intitulada "Obesidade: Conhecimentos dos alunos do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto", vem solicitar a vossa participação no preenchimento do questionário, que se anexa.

Esta monografia tem por objectivos:

- Analisar os conhecimentos dos alunos do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto sobre a Obesidade;
- Conhecer a opinião dos alunos do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto quanto à relevância da Obesidade para a Enfermagem;
- Perceber se os alunos do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto aproveitam os recursos que a faculdade lhes proporciona para prevenir a Obesidade.

Neste questionário será garantido o anonimato e sigilo das suas respostas para os quais pode colaborar não escrevendo o seu nome em nenhum local deste documento.

Pede-se que responda a todas as questões, escolhendo as respostas que melhor correspondem à sua opinião.

Calcula-se em cerca de 10 minutos, o tempo que despenderá a preenchê-lo.

Muito obrigada pela sua disponibilidade e atenção.

A aluna,

Ana Filipa Moura

Questionário

Parte I:

- 1) Idade: _____ anos
- 2) Género: Feminino _____ Masculino _____
- 3) Peso: _____ kg
- 4) Altura: _____ m

Parte II:

(sempre que possível indique com um X a resposta que mais se adequa)

- 5) Sabe o que é a Obesidade?

Sim _____

Não _____

- 5.1.) Se sim, qual a fonte onde obteve conhecimentos sobre este tema? (pode colocar mais que um X)

Curso de Enfermagem _____

Comunicação Social _____

Internet _____

Conhecidos _____

Outros: Quais? _____

- 6) Durante o seu curso, teve alguma(s) cadeira(s) onde foi leccionado o tema Obesidade? Sim _____ Não _____

(Se respondeu sim continue o questionário; se respondeu não, passe a questão número 7.)

- 6.1) Indique a(s) cadeira(s) onde foi abordado o tema em questão:

_____.

7) Ordene de um a oito, os cursos onde julga que a abordagem deste tema é mais pertinente (1 menos relevante, 8 mais relevante):

Análises Clínicas		Fisioterapia	
Ciências da Nutrição		Medicina	
Ciências Farmacêuticas		Medicina Dentária	
Enfermagem		Psicologia	

8) Coloque um X, de acordo com a resposta que considera mais correcta, sobre a sua opinião relativamente ao tema:

	Totalmente de acordo	De acordo	Pouco de acordo	Nada de acordo
1.Considero ter capacidade para realizar educações para a saúde sobre a Obesidade enquanto futuro enfermeiro.				
2.Enquanto aluno adquiri competências teóricas para encarar esta patologia com segurança no meu futuro profissional.				
3.Este tema está na moda e na realidade não é tão importante.				
4.Esta patologia tem ligação com a minha futura profissão.				
5.Os cursos de Ciências da Nutrição e Medicina são os únicos que devem ter conhecimentos teóricos sobre a Obesidade.				
6.Fazer Educação para a Saúde nesta área tem um impacto insignificante.				
7.A Obesidade, por ser considerada a nova epidemia do século XXI, deve ser abordada em todos os cursos da área da Saúde.				
8.Os meus professores deram importância a este tema.				

Parte III

(Indique com um X a resposta que mais se adequa)

9) Coloque um X, de acordo com a resposta que está mais de acordo com os seus conhecimentos sobre o tema:

	Sim	Não
1. Para reduzir o peso é essencial uma alimentação predominante em fruta.		
2. Para reduzir o peso é essencial retirar toda e qualquer gordura da dieta.		
3. Os factores genéticos condicionam o peso adquirido pelo indivíduo, mas se este adoptar estilos de vida saudáveis a patologia não se manifesta.		
4. A alimentação saudável e exercício físico são a melhor técnica para prevenir a obesidade.		
5. Os doentes com Obesidade Mórbida podem ter uma boa qualidade de vida.		
6. A Obesidade Infantil é diagnosticada pelo IMC em relação com a idade da criança dos 2 aos 20 anos.		
7. A Obesidade é uma doença multifactorial, caracterizada por um balanço calórico positivo.		
8. A Obesidade atinge em geral a população masculina.		
9. A Obesidade infantil é diagnosticada através da relação IMC/idade a partir dos 5 anos.		
10. Na prevenção da Obesidade é de destacar o sedentarismo e a alimentação saudável.		
11. A alimentação saudável é aquela que é completa, equilibrada e variada.		
12. O Síndrome Metabólico é caracterizado por Obesidade visceral + HTA + Hiperglicemia + Dislipidemia.		
13. O Índice de Quetelet corresponde à Massa Calórica.		
14. O Índice de Massa Corporal é calculado através da seguinte fórmula: $\text{Peso} / 2 \times \text{Altura}$.		

No que diz respeito à Nova Roda dos Alimentos, diga: *Coloque apenas uma cruz (X)*

10) Em quantos grupos está dividida? 5 _____ 6 _____ 7 _____

11) Dos três grupos seguintes, qual deve ser ingerido em maior quantidade por dia?

Cereais e derivados, tubérculos	
Fruta	
Gorduras e óleos	

12) Dos três grupos seguintes, qual deve ser ingerido em menor quantidade por dia?

Cereais e derivados, tubérculos	
Leguminosas	
Gorduras e óleos	

Parte IV:

(Indique com um X a resposta que mais se adequa)

13) Na sua opinião a UFP fomenta a alimentação saudável?

Sim _____

Não _____

14) Relativamente às três cantinas da UFP do Porto, indique: (pode colocar mais que um X)

	Pólo de Saúde	Pólo da Sede	Pólo das Clínicas	Nenhuma
Em qual das três cantinas existentes faz mais a sua alimentação?				
Em qual das três cantinas considera existir uma alimentação mais saudável?				
A alimentação é predominante em cozidos e grelhados?				
A alimentação é predominante em fritos?				
A alimentação tem legumes?				
A alimentação tem fruta?				
Para um lanche há iogurte?				
Pode comer uma peça de fruta fora da hora do almoço?				
Há bebidas alcoólicas?				

15) No lanche da manhã/tarde o que é que as cantinas têm para oferecer?(pode colocar mais que um X)

Doces: _____

Salgados: _____

Fruta: _____

Iogurtes e Leite _____

Outros: Quais? _____

16) De todos os alimentos que estão disponíveis nos diferentes bares da UFP indique os três que come/bebe mais frequentemente

17) Na sua opinião a UFP fomenta a prática de exercício físico?

Sim _____

Não _____

18) Conhece os desportos existentes na UFP?

Sim _____

Não _____

19) Pratica algum desses desportos na Universidade?

Sim _____

Não _____

19.1) Se sim, qual?

Basquetebol: _____

Voleibol: _____

Futebol: _____

Outros: Qual?

Agradecendo a colaboração, Ana Moura