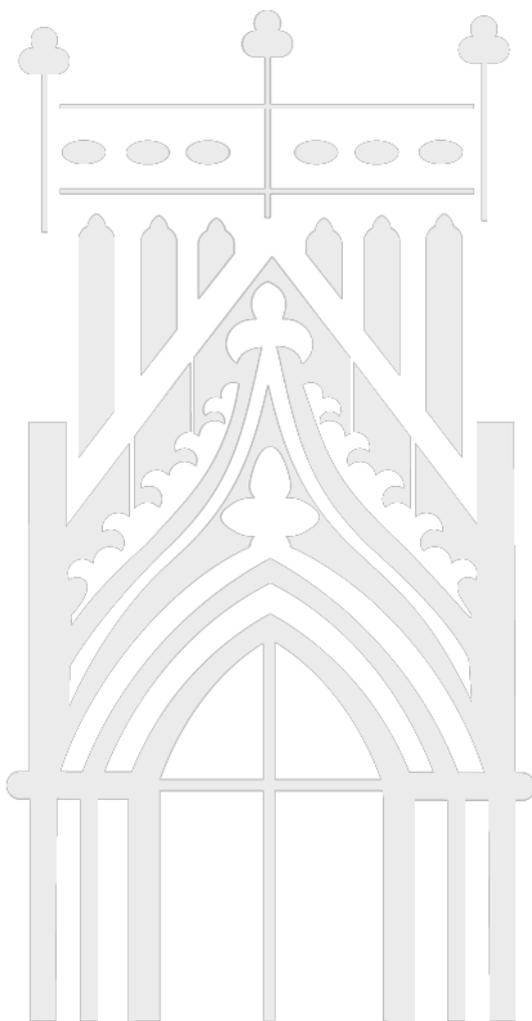


Mestrado em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Auto percepção da imagem corporal em alunos
do segundo ciclo do ensino básico

Cláudia Isabel Custódio Roque Isca

julho | 2013



Escola Superior
de Saúde



Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico da Guarda

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Auto perceção da imagem corporal
em alunos do segundo ciclo do ensino básico**

Cláudia Isabel Custódio Roque Isca

Guarda

2013



Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico da Guarda

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Auto perceção da imagem corporal
em alunos do segundo ciclo do ensino básico**

Dissertação elaborada no âmbito do Curso de
Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Elaborado por: Cláudia Isabel Custódio Roque Isca

Orientadora: Professora Doutora Ana Maria Jorge

Coorientadora: Professora Doutora Maria Emília Bengala Duarte

Guarda

2013

Aos meus avós.

AGRADECIMENTOS

Gostaria desde já de manifestar a minha sincera gratidão a todos os que me acompanharam neste percurso académico e sem os quais o destino não teria sido o mesmo...

À professora Doutora Ana Jorge pelo apoio, orientação e incentivos constantes que me soube transmitir ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

À professora Doutora Emília Duarte, que aceitou prontamente ser coorientadora neste trabalho, pelo apoio e orientação transmitida desde o primeiro momento, pelos seus conhecimentos, disponibilidade e interesse em que este trabalho fosse o mais pertinente possível.

Ao enfermeiro Dâmaso, que me incentivou o início deste percurso académico.

Ao diretor Joaquim Abrantes, presidente do conselho executivo da Escola Afonso de Paiva de Castelo Branco, a todos os alunos, encarregados de educação, auxiliares e professores, que de algum modo participaram neste estudo, com especial agradecimento à professora Adelina Paulo pela sua colaboração e disponibilidade.

À professora Doutora Paula Sapeta, diretora da Escola Superior de Saúde Doutor Lopes Dias (ESALD), que permitiu o empréstimo de material imprescindível para a colheita de dados necessários a este estudo, e à engenheira Cândida Tavares, funcionária da ESALD, que geriu atempadamente todo o material requisitado.

Ao meu colega Vitor e ao professor João Belo que me auxiliaram na análise e tratamento dos dados estatísticos recolhidos neste estudo, e à Maria José pela sua ajuda na tradução de textos.

Às minhas colegas que não me deixaram desmotivar, em especial à Ana, Maria de Jesus, Lurdes e Sílvia pela orientação e amizade transmitida sempre que foi necessário.

Aos meus pais e irmão, pelo apoio incondicional e disponibilidade.

Ao Fernando, que tentou sempre compensar as minhas ausências, pela sua preocupação constante, enorme paciência e dedicação...

E por fim, ao Francisco e à Catarina por serem o brilho dos meus olhos, fonte de orgulho maternal, por me proporcionarem momentos de distração e por estarem sempre à minha espera sem qualquer reprovação.

A todos os que de alguma forma contribuíram para este trabalho, o meu sincero Bem-haja.

*"No que diz respeito ao desempenho, ao compromisso,
ao esforço, à dedicação, não existe meio termo.
Ou você faz uma coisa bem-feita ou não faz."*

Ayrton Senna (1960-1994)

RESUMO

As mudanças físicas e psíquicas ocorridas no início da adolescência, a insatisfação com a imagem corporal, associadas a frequentes erros alimentares, podem contribuir para problemas nutricionais ou mesmo transtornos do comportamento alimentar.

Este estudo pretende caracterizar a auto percepção da imagem corporal dos alunos do segundo ciclo do ensino básico, de uma escola de Castelo Branco e compará-la com o estado nutricional avaliado. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e não experimental, envolvendo 140 alunos (50,71% rapazes e 49,29% raparigas), com idades compreendidas entre os dez e quinze anos de idade.

Auto percecionando o peso corporal, 71,43% dos alunos referem ter peso normal, 7,14% mencionam peso abaixo do normal e 16,43% peso acima do normal. Neste estudo foi utilizado o esquema de silhuetas da imagem corporal, segundo Collins (1991), no qual se apresentam uma sequência de 7 imagens, desde a magreza à obesidade onde o adolescente identifica a imagem com que se reconhece, e a que gostaria de ter.

Foi avaliado o estado nutricional, constatando-se 5% de casos de baixo peso (2 rapazes e 5 raparigas), 5% de casos de obesidade (3 rapazes e 4 raparigas), e 15% de pré-obesidade e em risco de obesidade (13 rapazes e 8 raparigas). Dentro dos parâmetros normais encontram-se 105 alunos (75%), 53 rapazes e 52 raparigas.

Constata-se que 32,14% dos alunos não identifica corretamente a sua imagem corporal (39,44% rapazes e 27,52% raparigas). Esta incorreta percepção torna-se evidente nos alunos com excesso de peso, uma vez que 16,43% subestimam a sua imagem corporal e referem-se como tendo peso normal. Perante o estado nutricional de baixo peso, apenas 2,14% dos alunos não reconhecem a sua imagem corporal. Quanto à satisfação com o próprio corpo, 81,43% dos alunos referem sentir-se bem com a sua imagem corporal.

A classificação de excesso de peso assume valores muito próximos ao estado nutricional normal. Este facto observa-se tanto para rapazes como para raparigas, podendo concluir-se que os alunos confundem o excesso de peso com peso normal. Neste sentido, é de extrema importância o papel do enfermeiro, não só para despistar casos de excesso de peso, como para alertar os adolescentes/família a tomarem consciência do seu estado de saúde, incentivando desde logo a mudança de hábitos de vida, nomeadamente uma alimentação saudável e o aumento da prática de atividade física/desporto.

PALAVRAS-CHAVE:

Adolescência; auto percepção; imagem corporal; estado nutricional; baixo peso e obesidade

ABSTRACT

The physical and psychological changes that occur at the beginning of the adolescence, the dissatisfaction with body image, associated with frequent food/dietary errors, can contribute to nutritional problems or eating disorders.

This study aims to characterize the self perception of the body image of the students in the second cycle of basic education, in a school of Castelo Branco, and relate it to the nutritional status assessed. This is a descriptive sectional and non-experimental study involving 140 students (50,71% boys and 49,29% girls), aged between ten and fifteen years old.

Aiming a self desired body weight, 71,43% of students referred to have a normal weight, 7,14% mentioned underweight and 16,43% above normal weight. In this study it was used the silhouettes of body image schemes, according to Collins (1991), which presents a sequence of 7 images, from slimness to obesity where the adolescent identifies the image where he/she recognizes himself/herself, and the ones the he/she would like to have.

It was assessed the nutritional status, there were 5% cases of thinness/slimness (2 boys and 5 girls), 5% of obesity (3 boys and 4 girls), and 15% pre-obesity (13 boys and 8 girls). With normal limits there were 105 students (75%), 53 girls and 52 boys.

It was found that 32,14% of students make mistakes in their identification of the body image (39,44% boys and 27,52% girls). This incorrect perception becomes evident in students with overweight, about 16,43% underestimate their body image and they referred that they have a normal weight. With the nutritional status of thinness/slimness, only 2,14% of students do not recognize their body image. As the satisfaction with their own body is regarded, 81,43% of students said they feel well with their body image.

The classification of overweight has values very close to normal nutritional status. This fact is observed both boys and girls, and we can conclude that students confuse being overweight with normal weight. So, it is extremely important the nursing role, not only to outwit cases of overweight but also to warn teenagers/family to be aware of their state of health, encouraging immediately the change of lifestyle, mainly healthy eating habits and also the increasing of physical activity/sport.

KEYWORDS:

Adolescence, self-perception; body image, nutritional status, thinness and obesity

LISTA DE SIGLAS

BSIJ - Boletim de Saúde Infantil e Juvenil
CDC - Centers for Disease Control and Prevention
CPP - Classificação Portuguesa das Profissões
DGS - Direção-Geral da Saúde
ESALD - Escola Superior de Saúde Doutor Lopes Dias
GH - Hormona de Crescimento
HBSC - Health Behaviour in School-aged Children Study
IASO - International Association for the Study of Obesity
IMC - Índice de Massa Corporal
INE - Instituto Nacional de Estatística
IOTF - International Obesity Task Force
NCHS - National Center for Health Statistics
NS/NR - Não Sabe/Não Responde
OMS - Organização Mundial da Saúde
PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
SPSS - Statistical Package for Social Science
WHO - World Health Organization

ÍNDICE

	Folha
INTRODUÇÃO	14
PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
1 - ADOLESCÊNCIA	17
1.1 - CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE	17
1.2 - VIVER UM PROCESSO DE TRANSIÇÃO DESENVOLVIMENTAL: O CUIDADO DE ENFERMAGEM	21
2 - NECESSIDADES NUTRICIONAIS DO ADOLESCENTE	26
2.1 - NUTRIÇÃO E SAÚDE	29
3 - AUTO PERCEÇÃO DA IMAGEM CORPORAL	43
3.1 - AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL	44
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	48
1 - METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	49
1.1 - TIPO DE ESTUDO	49
1.2 - OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	50
1.3 - POPULAÇÃO EM ESTUDO	51
1.4 - VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO	52
1.5 - PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS	59
1.6 - TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	64
1.7 - ASPETOS ÉTICOS	65
2 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
2.1 - RESPOSTA ÀS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	83
CONCLUSÕES	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
APÊNDICES	102
APÊNDICE I - Pedido de autorização formal ao agrupamento da Escola Afonso de Paiva	103

APÊNDICE II - Consentimento informado aos encarregados de educação dos alunos envolvidos no estudo	105
APÊNDICE III - Requisição de material para avaliação antropométrica à Escola Superior de Saúde Doutor Lopes dias.....	107
APÊNDICE IV - Questionário de auto percepção da imagem corporal dos alunos do 2º ciclo da Escola Afonso de Paiva.....	110

ÍNDICE DE FIGURAS

	Folha
Figura 1 - Esquema de Silhuetas da Imagem Corporal, segundo Collins (1991).....	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Folha
Gráfico 1 - Distribuição dos pais pela faixa etária	67
Gráfico 2 - Distribuição dos pais pelo estado civil	68
Gráfico 3 - Distribuição dos pais pelas habilitações literárias	68
Gráfico 4 - Distribuição dos pais pelo grupo profissional.....	69
Gráfico 5 - Distribuição dos alunos, de acordo com as partes do corpo/aspectos que mais gostam	79
Gráfico 6 - Distribuição dos alunos, de acordo com as partes do corpo (/outras referências) que menos gostam.....	79
Gráfico 7 - Distribuição dos alunos pelas partes do corpo (/outras referências) que, se pudessem, mudariam.....	80
Gráfico 8 - Distribuição dos alunos pela imagem real e desejada, segundo o esquema de sete silhuetas corporais segundo Collins (1991).....	81
Gráfico 9 - Distribuição dos alunos segundo a imagem corporal com que se identificam e o percentil de IMC que apresentam.....	87

ÍNDICE DE QUADROS

	Folha
Quadro 1- Operacionalização das variáveis independentes em estudo	58
Quadro 2 - Distribuição dos pais pela situação profissional	70
Quadro 3 - Distribuição dos alunos pela toma de refeições diárias	72
Quadro 4 - Distribuição dos alunos pela imagem real e desejada, segundo o esquema de sete silhuetas corporais segundo Collins (1991).....	81
Quadro 5 - Distribuição dos valores estatísticos dos parâmetros antropométricos dos alunos ...	83
Quadro 6- Distribuição dos alunos segundo a classificação do estado nutricional	86
Quadro 7 - Distribuição dos alunos segundo a sua percepção de peso e silhueta da sua imagem corporal	87
Quadro 8 - Distribuição dos alunos segundo a imagem corporal com que se identificam e o percentil de IMC que apresentam.....	87
Quadro 9 - Distribuição de alunos que realizam incorretamente a classificação do seu estado nutricional.	88

ÍNDICE DE TABELAS

	Folha
Tabela 1 - Classificação do estado nutricional segundo o percentil de IMC	34
Tabela 2 - Distribuição de alunos segundo o sexo	70
Tabela 3 - Distribuição de alunos segundo idade.....	71
Tabela 4 - Distribuição dos alunos segundo o tipo de família	71
Tabela 5 - Distribuição dos alunos pelo número de irmãos	71
Tabela 6 - Distribuição dos alunos pela zona de residência.....	72
Tabela 7 - Distribuição dos alunos pelo número de refeições diárias	72
Tabela 8 - Distribuição dos alunos que evitam comer algum tipo de alimento	73
Tabela 9 - Distribuição dos alunos que evitam comer algum tipo de alimento, segundo o sexo	73
Tabela 10 - Distribuição dos alunos pelo grupo de alimentos que evitam.....	74
Tabela 11 - Distribuição dos alunos pelo motivo para evitarem os alimentos.....	74
Tabela 12 - Distribuição dos alunos pela prática de atividade física/desporto.....	75
Tabela 13 - Distribuição dos alunos pela prática de atividade física/desporto, segundo o sexo .	75
Tabela 14 - Distribuição dos alunos pelos desportos praticados.....	76
Tabela 15 - Distribuição dos alunos pelo local da prática desportiva	76
Tabela 16 - Distribuição dos alunos pela frequência semanal da prática desportiva	76
Tabela 17 - Distribuição dos alunos pelo motivo de praticar atividade física/desporto.....	77
Tabela 18 - Distribuição dos alunos pela intenção de reduzir o peso com a prática de atividade física/desporto	77
Tabela 19 - Distribuição dos alunos pela intenção de reduzir o peso com a prática de atividade física/desporto, segundo o sexo.....	77
Tabela 20 - Distribuição dos alunos pela auto percepção do peso corporal.....	78
Tabela 21 - Distribuição dos alunos que se sentem bem com o seu aspeto físico.....	78

INTRODUÇÃO

A adolescência caracteriza-se por um período de desenvolvimento físico, psíquico e sociocultural durante o qual os jovens desenvolvem a sua identidade e lhes permite a transição da infância para a vida adulta. Sendo um período de enormes transformações, o adolescente pode ter um sentimento de insegurança e adotar hábitos de vida que prejudiquem a sua saúde, tais como hábitos alimentares inadequados e sedentarismo. Deste modo é fundamental a promoção de um estilo de vida saudável, com a prática de uma alimentação equilibrada, atividade física regular e vigilância do seu desenvolvimento.

Uma das características da adolescência são as mudanças corporais vividas pelo jovem, as quais no relacionamento com os outros, em que a comparação e identificação com o grupo de pares é determinante, poderá afetar o seu auto conceito uma vez que o corpo desempenha um papel fundamental na socialização (Fonseca e Matos, 2005). As mudanças corporais vividas alteram a imagem mental que o adolescente faz de si, levando a que este se sinta inseguro, desproporcional e por vezes com uma imagem corporal negativa.

De acordo com a International Association for the Study of Obesity (IASO), outra preocupação é a elevada prevalência de excesso de peso e obesidade a nível mundial e onde Portugal também faz parte deste crescimento, com cerca de 30% de crianças e jovens que apresentam excesso de peso/obesidade (IASO, 2008). O excesso de peso e a obesidade além dos riscos elevados para a saúde física (doenças cardiovasculares, respiratórias, ortopédicas, entre outras) admite também consequências psicossociais, que poderão deixar marcas negativas no desenvolvimento do adolescente (Koplan e Dietz, 1999). Neste sentido, os adolescentes com excesso de peso ou obesos podem apresentar baixa autoestima, estados depressivos e isolamento social, associados a uma insatisfação da imagem corporal.

Este estudo tem como objetivo, caracterizar a auto percepção da imagem corporal dos alunos do segundo ciclo do ensino básico, de uma escola de Castelo Branco e compará-la com o estado nutricional avaliado.

Como objetivos específicos pretende-se: caracterizar a população em estudo, quanto ao sexo, idade, local de residência, características dos pais, hábitos alimentares e desportivos; analisar a auto percepção da imagem corporal dos alunos; avaliar o estado nutricional dos alunos; identificar os casos de baixo peso, excesso de peso e obesidade; e descrever a relação existente entre a auto percepção da imagem corporal e o estado nutricional avaliado.

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, não experimental e, essencialmente, de análise quantitativa, envolvendo 140 alunos (50,71% rapazes e 49,29% raparigas), com idades compreendidas entre os dez e quinze anos de idade.

Foi utilizado um questionário para a recolha de dados necessários ao estudo, a avaliação antropométrica, peso e estatura, dos alunos em estudo e a avaliação da auto percepção da imagem corporal com recurso ao esquema de Collins (1991) constituído por uma sequência de sete silhuetas masculinas e sete femininas. Para o tratamento das respostas foi utilizada estatística descritiva, que inclui a distribuição de frequências absolutas e respetivas percentagens, medidas de tendência central e análise de conteúdo para as perguntas de resposta aberta do questionário. Os dados obtidos foram inseridos e tratados estatisticamente no programa Excel 2007 e também no programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 19.0 para Windows, e posteriormente analisados o que permitiu a discussão dos resultados deste estudo.

A primeira parte deste trabalho dedica-se à revisão bibliográfica, dando preferência a estudos e autores recentes, de modo a realizar uma fundamentação teórica sobre a adolescência, as necessidades nutricionais do adolescente, auto percepção e avaliação da imagem corporal. A segunda parte do trabalho refere-se ao estudo empírico, onde se apresenta a metodologia da investigação, apresentação, análise e discussão dos resultados, com resposta às questões de investigação colocadas no início do estudo. Por fim foram elaboradas as conclusões do estudo, com os principais resultados obtidos, dificuldades sentidas ao longo do trabalho e sugestões para possíveis desenvolvimentos futuros.

PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 - ADOLESCÊNCIA

2 - NECESSIDADES NUTRICIONAIS DO ADOLESCENTE

3 - AUTO PERCEÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

1 - ADOLESCÊNCIA

Conceitualizando a adolescência, Guimarães refere-se a um período “da vida humana que ocorre entre o final da infância e a chegada ao pleno desenvolvimento físico. Com modificações glandulares e o amadurecimento dos órgãos sexuais, (...) transformações ligadas ao desenvolvimento emocional e mental” (2002: 27). Por sua vez, Pinto (2008: 216), refere que a palavra adolescência tem a sua origem

(...) (do latim *adolescere*, significando crescer) corresponde a um período da vida caracterizado por um crescimento e desenvolvimento biopsicossocial marcados, o qual decorre entre o final do período de criança (~10 anos) e a adultícia. (...) a OMS em 1965 definiu a adolescência como o período que se estende aproximadamente dos 10-20 anos.¹

Colli (2003) fundamenta-se no conceito de adolescência da Organização Mundial da Saúde (OMS) e refere que esta compreende o período dos 10 aos 19 anos de idade e é uma transição entre a infância e a idade adulta. O conceito da World Health Organization (WHO) utiliza o critério cronológico para definir a adolescência, ponderando dois períodos, o inicial entre 10 e 14 anos, e o final, entre os 15 e os 19 anos (Sampaio, 2010).

A adolescência é então caracterizada por

(...) um período de crescimento rápido e de muitas modificações corporais, requerendo um aumento nas necessidades de energia e de nutrientes. Neste período podem aparecer novos hábitos de consumo, inclusive com reflexos na alimentação diária, explicáveis por motivos psicológicos e sócio econômicos. Estes novos hábitos decorrem da influência de amigos, rebeldia contra os controles exercidos pela família, estabelecimento de novos limites, mudanças de valores, estilos de vida, busca de autonomia e identidade (Coelho e Eisenstein, 2008: 81).

1.1 - CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE

De acordo com Hockenberry, Wilson e Winkelstein (2006: 80), “o crescimento e o desenvolvimento, geralmente referenciados como uma unidade, expressam a soma das inúmeras alterações que ocorrem durante a vida de um indivíduo”. A totalidade deste percurso baseia-se num processo que engloba diferentes dimensões inter-relacionadas, nomeadamente:

- Crescimento (aumento do número e tamanho das células corporais, resultando num aumento de peso e estatura);

¹ Itálico usado pela autora.

- Desenvolvimento (progresso das capacidades intelectuais do indivíduo);
- Maturidade (desenvolvimento de competências e adaptabilidade);
- Diferenciação (desenvolvimento de funções e atividades, das mais simples para as mais complexas).

“Todos estes processos são inter-relacionados, simultâneos e contínuos; nenhum deles ocorre separadamente do outro. O processo depende de uma sequência de influências endócrinas, genéticas, constitucionais, ambientais e nutricionais” (Seidel et al., 2003, cit. por Hockenberry et al., 2006: 80).

Numa visão geral o termo desenvolvimento infantil diz respeito “ao aperfeiçoamento e à especialização de determinadas funções, com aquisição progressiva de certas competências cada vez mais complexas em várias áreas funcionais” (Fernandes, 2005: 225). O desenvolvimento e comportamento depende da interação entre diversos fatores, tais como, “genótipo, fenótipo e todas as demais circunstâncias individuais, familiares, nutricionais, sociais, culturais, etc” (Ibidem: 225), sendo que alguns são difíceis de relacionar, tomando como exemplo o fator peso, pois, a

(...) definição de um peso adequado, que já é difícil em adultos, torna-se particularmente problemática entre adolescentes, uma vez que um padrão de peso adequado em adolescentes deve levar em conta o sexo, a idade e a estatura, bem como o estágio de maturação sexual, além da grande dispersão e variabilidade de peso entre a população, de acordo com os padrões genéticos e etnicidade (Coelho e Eisenstein, 2008: 83).

Hockenberry et al. (2006: 80) afirmam que, “de uma maneira muito simples, o crescimento pode ser visto como uma mudança *quantitativa*, e o desenvolvimento como uma mudança *qualitativa*.”²

Acumulando a esta rápida transformação, verificam-se também as alterações psicológicas e físicas inerentes à puberdade, exigindo uma atenção especial e apoio para que o jovem entre confortavelmente na nova etapa da sua vida. De salientar que cada adolescente é um ser único, e como tal deve ser avaliado de forma individual, ponderando a existência real ou potencial de desequilíbrio nutricional nesta fase de desenvolvimento.

Na fase inicial da adolescência (dos 10 aos 14 anos), conhecida como puberdade, ocorre um rápido crescimento e desenvolvimento hormonal com os consequentes caracteres sexuais primários e secundários, sendo comuns os sentimentos de insegurança, dúvida e instabilidade emocional. De acordo com Kollar (2006: 494), o termo puberdade “refere-se ao processo de maturação hormonal e de crescimento que ocorre quando os órgãos reprodutivos começam a funcionar e os caracteres sexuais secundários se desenvolvem”. O desenvolvimento sexual apresenta “os primeiros sinais fisiológicos (...) com cerca de nove anos de idade

² Itálico e negrito, usados pelos autores.

(particularmente nas meninas) e geralmente ficam claramente evidentes em crianças com 11 a 12 anos de idade” (Winkelstein, 2006c: 474). É nesta fase inicial da adolescência que se encontram os alunos do segundo ciclo do ensino básico sobre os quais recaiu este estudo.

Segundo Hockenberry et al. (2006: 81)

A maturidade biológica e da personalidade é acompanhada de agitação física e emocional e ocorre também a redefinição do autoconceito. No fim da adolescência, o jovem começa (...) a se concentrar em uma identidade individual, em vez da identidade de grupo característica da adolescência.

Pinto (2008: 216), refere que, “a idade de início do amadurecimento físico, bem como o intervalo de tempo decorrido até à aquisição de maturidade psicossocial plena, é variável de indivíduo para indivíduo, com possibilidade de desfasamento, o que dificulta a delimitação do começo e do fim da adolescência”.

Na fase inicial da adolescência, as transformações físicas e psicológicas ocorrem juntas e do mesmo modo como o corpo vai adquirindo uma nova forma, modifica-se também a imagem mental, onde o adolescente passa a crer que sua imagem corporal está desproporcional à imagem idealizada (Branco, Cintra e Fiberg, 2006). Estando num período de rápidas modificações, o adolescente poderá encontrar-se mais inquieto e vulnerável face à necessidade de ser aceite num grupo social, adotando comportamentos saudáveis ou não, sob influência de um meio sociocultural e familiar, que por vezes poderão ser mantidos por longos períodos podendo ter repercussões na sua saúde.

O desenvolvimento físico está, inevitavelmente, associado à maturação sexual do adolescente e apesar de este ocorrer em todas as crianças, a sua idade de início, duração e extensão é muito variável, tal como noutras áreas de desenvolvimento. Segundo Kollar (2006: 495), o crescimento inicia-se

(...) mais precocemente nas meninas, geralmente entre as idades de nove e meio e 14,5 anos; em média, começa entre as idades de 10,5 e 16 anos nos meninos. Durante este período, o menino irá ganhar 10 a 30 cm na altura e sete a 30 kg em peso. A menina, em média, e cujo estirão de crescimento é mais lento e menos excessivo, irá ganhar 5 a 20 cm em altura e sete a 25 kg em peso. O crescimento na altura cessa, de modo típico, dois a dois anos e meio depois da menarca nas meninas e em torno dos 18 a 20 anos de idade nos meninos.

Por sua vez, Lopes e Pina (2008b) referem-se à puberdade como a última etapa de crescimento da criança e na qual,

(...) ocorre nova aceleração da velocidade de crescimento (10-12 cm/ano) predominantemente dependente da acção dos esteróides gonadais, continuando efectiva a acção da GH. Começa aos 10-12 anos na rapariga, e aos 12-14 anos rapaz. O crescimento pubertário termina no final da maturação sexual, coincidindo com o encerramento das epífises ósseas (Ibidem: 104).

As transformações físicas resultantes da puberdade têm consequências psicológicas. O adolescente adquire consciência da sua maturação sexual e das modificações a nível do tamanho e forma corporal, tom da voz, textura e características da pele, acne e pêlos faciais e corporais que lhe estão associados (Gaspar, 1999). De acordo com Pinto (2008: 223) “quanto menor a auto-estima, mais defeitos o jovem assume e encontra em si próprio”. Nesta etapa é natural que possuam incertezas, que possam adotar sentimentos de perplexidade, timidez, insegurança e preocupação face ao corpo em mudança, comparando-se sempre com os outros jovens que o rodeiam (Marques, Prazeres, Pereira, Vilar, Forreta, Cadete et al. 2000).

Os adolescentes estão constantemente preocupados com o seu aspeto físico, pois é também nesta fase que iniciam relacionamentos com o sexo oposto, expondo mais o seu corpo à apreciação dos outros (Barbosa, 2008). As inquietações

(...) com o peso surgem no adolescente quando o mesmo estabelece comparação com os seus pares; nas raparigas é mais frequente a preocupação com o excesso de peso (*sinto-me gorda...*), enquanto nos rapazes com a escassez de musculatura (*tenho pouco músculo...*)³ (Pinto, 2008: 217).

As transformações psicológicas consistem nas mudanças relativas ao desenvolvimento cognitivo, o qual é também influenciado pelas experiências e aprendizagens no meio envolvente. De acordo com Vale (2008), o desenvolvimento cognitivo é definido como um “processo de aquisição de competências, habilidades e comportamentos cada vez mais complexos, o qual resulta da interação de influências exteriores ao indivíduo com o próprio indivíduo congregando múltiplas potencialidades” (Ibidem: 120). Segundo Piaget, a inteligência capacita os indivíduos a adaptarem-se ao ambiente, aumentando a capacidade de sobrevivência, e mantendo o equilíbrio com o ambiente envolvente. Foi o psicólogo Jean Piaget que desenvolveu, em 1969, a “teoria mais conhecida a respeito do raciocínio” (Hockenberry et al., 2006: 88). Nela, o psicólogo apresentou três estádios do raciocínio: intuitivo, operacional concreto e operacional formal, sendo um processo contínuo, cada estágio desenvolve-se pelas relações adquiridas no estágio anterior. A adolescência caracteriza-se pelo estágio das operações formais, delimitada por Piaget dos 11 aos 15 anos de idade. Neste período, o “raciocínio (...) caracteriza-se pela adaptabilidade e pela flexibilidade. Os adolescentes podem pensar em termos abstratos (...). Embora possa ocorrer uma confusão entre o ideal e o prático, a maioria das contradições no mundo pode ser resolvida” (Ibidem: 89).

De acordo com Sampaio (1994: 241), a adolescência é encarada como “uma etapa do desenvolvimento humano, que pressupõe a passagem de uma situação de dependência infantil para a inserção social e a formação de um sistema de valores que definem a idade adulta”.

³ Itálico usado pela autora.

O adolescente, também conquistou raciocínio moral através de uma sequência de desenvolvimento, descrita por Kohlberg, em 1968, por desenvolvimento moral, o qual consiste em três níveis: nível pré-convencional (simultâneo ao nível intuitivo do estágio cognitivo), nível convencional (relacionado como estágio das operações concretas) e nível pós-convencional, autônomo ou nível de princípios, em que “o indivíduo alcançou o estágio cognitivo das operações formais. O comportamento correto tende a ser definido em termos de direitos gerais do indivíduo e dos padrões que foram examinados e acordados pela sociedade como um todo.” (Ibidem: 90).

Do ponto de vista espiritual “Fowler (1974) identificou sete estágios no desenvolvimento da fé, quatro dos quais estão intimamente associados com e se igualam ao desenvolvimento cognitivo e psicossocial na infância” (Hockenberry et al., 2006: 90). Para ele, os adolescentes tornam-se mais céticos e começam a verificar os costumes religiosos dos pais comparativamente aos pais dos seus colegas, tentando determinar o seu próprio conjunto de valores, e além disso, confrontam a religião sob a visão científica uma vez que duvidam de algumas reflexões religiosas.

1.2 - VIVER UM PROCESSO DE TRANSIÇÃO DESENVOLVIMENTAL: O CUIDADO DE ENFERMAGEM

De acordo com a American Nurses Association (2003, cit. por Winkelstein, 2006a: 10), o cuidado da enfermagem baseia-se na “prevenção da enfermidade, o alívio do sofrimento, assim como a proteção, a promoção, o restabelecimento da saúde no cuidado de indivíduos, famílias, grupos, comunidades e populações”. O cuidar está implícito à enfermagem, de modo universal, destacando-se das outras profissões relacionadas com a saúde pela sua capacidade de empatia e relação de ajuda. Também a promoção e educação para a saúde está implícita ao papel da enfermagem, sendo que, perante a adolescência, adquire um particular relevo não só pelo rápido crescimento e desenvolvimento do adolescente, como pela diminuição do número consultas de vigilância de saúde, as quais decorrem com mais periodicidade nos primeiros anos de vida.

Segundo o Ministério da Saúde (2011), em 2002/2003 apenas 31% dos alunos com 13 anos, em Portugal continental, realizaram o Exame de Saúde Global. Esta percentagem aumentou ligeiramente para 36% no ano de 2007/2008. Na região Centro do país a monitorização do estado de saúde aos alunos de 13 anos assume valores mais elevados, apresentando em 2007/2008 uma cobertura de 49% e em 2008/2009 já 53% de alunos avaliados.

Deste modo, é fundamental o aumento do contato com os adolescentes, uma vez que “o enfermeiro auxilia (...) no sentido de fazer escolhas informadas e agir no melhor interesse” da sua saúde (Winkelstein, 2006a: 12). A mesma autora refere ainda que, se verifica, com alguma frequência, a necessidade de que o “enfermeiro expanda os limites da prática para ambientes menos tradicionais. O enfermeiro pode estar envolvido na educação (...), na reabilitação, no rastreamento por meio de exames (...)” (Ibidem: 12), sendo que, a intervenção na comunidade admite como vantagens a detecção precoce de determinados problemas de saúde, o encaminhamento necessário e intervenção atempada. Além disso, “os adolescentes estão mais dispostos a discutir suas preocupações com um adulto fora da família, e eles em geral agradecem a oportunidade de interagir com um enfermeiro longe da presença de seus pais” (Hockenberry et al., 2006: 113). De acordo com Soares (2008:9),

(...) e parafraseando Meleis, Sawyer, Im, Messias, DeAnne e Schumacher (2000), quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente/família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas e os preparem para melhor lidarem com essas transições através da aprendizagem e aquisição de novas competências.

As transições são definidas pelo ato de transitar, isto é, mudar de lugar, de estado, ou de condição (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2012), e podem estar relacionadas com os estádios da idade e o seu desenvolvimento, acontecimentos inesperados em situações quotidianas, ou em casos de doença. Para Duarte (2011:14), as transições fazem parte do âmbito da enfermagem,

(...) devendo as enfermeiras estar capacitadas não apenas para conhecer, “mas a partir da utilidade do que conhece, explicitar formas para efectivamente utilizar esse conhecimento” (Meleis, 1997: 109) e poderem actuar junto das pessoas que experienciam um processo de transição.⁴

Soares (2008: 13), admite que “durante os processos de transição, as pessoas tendem a ficar mais susceptíveis aos riscos e esse facto pode afectar a sua saúde e bem-estar razão pela qual são considerados uma área importante para a enfermagem”.

A adolescência é considerada um processo da vida, descrito por Meleis et al. (2000), como uma transição passível de tornar o jovem vulnerável. Esta vulnerabilidade vem do fato de não saber como lidar com a situação pois nunca foi vivenciada anteriormente, e perante o desconhecimento a pessoa pode sentir-se insegura e incapaz de enfrentar a nova situação.

Segundo Meleis et al. (2000), as intervenções de enfermagem, durante o processo de transição, visam capacitar o indivíduo de conhecimentos acerca da situação de modo a que ele consiga adaptar-se e promover respostas saudáveis à transição vivenciada, conduzindo, deste modo, ao seu reequilíbrio e bem-estar.

⁴ Aspas utilizadas pela autora.

De acordo com Duarte (2011: 16), a teoria de Meleis “assenta numa perspectiva orientada pela missão da enfermagem centrada no cuidado dos seres humanos, os quais, são mais vulneráveis a riscos que afectam a saúde, quando passam por transições”.

Na adolescência podem verificar-se certos sinais de alerta, como é o caso de restrições alimentares, preocupação com o peso, alterações da percepção, comportamentos purgativos, ansiedade, isolamento, entre outros (Marques e Cepêda, 2009), os quais requerem vigilância e apoio para que o adolescente consiga ultrapassar as dificuldades inerentes ao seu crescimento e desenvolvimento. Deste modo, os enfermeiros devem encorajar as práticas de cuidado em saúde que promovam o bem-estar e incorporem o conhecimento de um crescimento e desenvolvimento saudável.

Sistematicamente, todas as crianças e adolescentes devem ser avaliados quanto ao estado nutricional. Para isto, utilizam-se sinais físicos e a evolução do peso/estatura na curva de percentil do boletim individual de saúde, de acordo com a idade atual. Segundo Coelho e Eisenstein (2008), a avaliação clínica e nutricional dos adolescentes deve, sempre que possível, envolver as seguintes etapas:

- Anamnese e exame físico, considerando também o desenvolvimento psicossocial e dinâmica familiar;
- História clínica e familiar;
- Anamnese alimentar e balanço de ingestão e dispêndio diário, abrangendo as atividades desportivas ou trabalho, horários de alimentação, lazer e sono;
- Exames laboratoriais (hemograma completo, velocidade de sedimentação, glicemia, uréia, creatinina, colesterol, triglicéridos, exame simples de urina e parasitológico de fezes);
- Uso das tabelas de referência para avaliação dos percentis de crescimento de altura e peso, correlacionando com estádios puberais;
- Avaliação dos índices de estatura/idade, peso/idade, peso/estatura e índice de massa corporal para diagnósticos de casos de desnutrição, anorexia, sobrepeso, obesidade ou outros problemas nutricionais associados;
- Encaminhamento para consultas específicas ou exames complementares, quando encontrados adolescentes rastreados com risco nutricional, interrupção ou deficiências na velocidade de crescimento e maturação puberal;
- Acompanhamento, em casos específicos, da velocidade de crescimento e correlação com o ganho ou perda de peso, se possível trimestralmente.

A prevenção primária concentra-se na promoção da saúde e na prevenção de doenças, deste modo, um “dos desafios do trabalho no sistema de saúde, (...) consiste em transmitir aos

adolescentes e à comunidade em geral noções básicas de nutrição e alimentação, respeitando os hábitos culturais daquela comunidade” (Coelho e Eisenstein, 2008: 85).

Um dos objetivos dos exames de saúde, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2013: 9), é “**promover o desenvolvimento** pessoal e social e a **autodeterminação** das crianças e dos jovens, com progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde, prevenindo situações disruptivas ou de risco acrescido (...)”.⁵

Um excelente indicador do estado de saúde de uma determinada população é o padrão de crescimento e estado nutricional dos jovens, sendo que Portugal é considerado um dos países com maior prevalência de obesidade em idade pediátrica (Rito, Breda e Carmo, 2011). Por este motivo, atendendo aos riscos e custos que a obesidade acarreta, torna-se imprescindível a sua prevenção no combate à doença.

De acordo com Katch e McArdle (1996) existem três períodos críticos, na vida do indivíduo, onde o aumento do número de células adiposas pode desencadear a obesidade, considerando-os: o último trimestre da gravidez, o primeiro ano de vida e a adolescência. Por sua vez, a WHO (2012) refere que, os períodos críticos para o desenvolvimento da obesidade, são o período pré-natal, entre os 5 e 7 anos e a adolescência. Além das complicações físicas que a doença acarreta, “em idade pediátrica, com conseqüente redução da qualidade e expectativa de vida” (Rego, 2008 cit. por Rito et al., 2011: 40) a obesidade associa-se a problemas psicológicos uma vez que o adolescente se preocupa com a sua imagem corporal e a sua integração num grupo de pares onde quer ser aceite, podendo efetuar alguns erros nutricionais que poderão ter implicações na saúde. No presente, o problema da obesidade é um dos maiores a nível de saúde pública afetando pessoas de qualquer faixa etária, tomando proporções epidémicas em todo o mundo pelo que tem sido bastante estudado também no nosso país (Duarte, 2008).

Com o início da adolescência e aumento da autonomia, estes começam a ser responsáveis por determinadas atividades que, eventualmente possam vir a atingir repercussões negativas no seu estado de saúde. Simultaneamente, os pais abstraem-se um pouco mais da vigilância regular da saúde dos filhos e admitem as alterações corporais como sinónimo do desenvolvimento puberal. De acordo com Duarte (2012: 75), o “insuficiente conhecimento sobre alimentação e nutrição saudável, os comportamentos alimentares inadequados e o aumento da inatividade física dos pais são os principais fatores influenciadores dos comportamentos alimentares e práticas de actividade física (...)”.

Perante o problema da obesidade, “do ponto de vista da saúde pública, as campanhas de sensibilização, através dos média, apesar de poderem ajudar a comunidade em geral a tomar

⁵ Negrito usado pelo autor.

conhecimento deste grave problema de saúde e das suas implicações no futuro das crianças, têm-se revelado pouco eficazes” (Aparício, Cunha, Duarte e Pereira, 2011: 111).

Deste modo, torna-se fundamental auxiliar os adolescentes, a reconhecerem o seu estado nutricional e mentalizá-los de que o excesso de peso e obesidade são problemas de saúde que devem implicar mudanças comportamentais. Os adolescentes deviam ter no mínimo

(...) uma avaliação anual do seu peso e altura. É da responsabilidade do adolescente, dos pais e do médico responsável pela vigilância de saúde estarem atentos à evolução do IMC e não deixarem uma situação de excesso de peso evoluir para obesidade, sob pena de ser, então, muito mais difícil a regressão para a faixa da normalidade (Fonseca, 2012: 133).

Uma vez que adolescentes obesos podem permanecer obesos quando adultos, nessa faixa etária torna-se um grupo muito importante para ser alvo de programas de prevenção que abordam questões de promoção da saúde, incluindo a satisfação com a imagem corporal, a sociabilidade, os hábitos alimentares e o estilo de vida sedentário (Fonseca e Matos, 2005). Uma das implicações dos resultados dos estudos de Fonseca e Matos (2005) é a necessidade de identificação precoce, avaliação e gestão dos adolescentes que excedam o peso saudável para o sexo, altura e idade, o que permitiria iniciar a prevenção e gestão do excesso de peso e obesidade na adolescência mais precocemente possível, diminuindo assim os potenciais problemas médicos e psicossociais associados. É neste aspeto, que o cuidado da enfermagem é fundamental junto do adolescente.

2 - NECESSIDADES NUTRICIONAIS DO ADOLESCENTE

O hábito de comer fora de casa é frequente nos adolescentes e repercute-se, a longo prazo, na saúde do futuro adulto e no seu padrão de consumo alimentar. De acordo com Coelho e Eisenstein (2008), os adolescentes têm sido considerados um grupo de risco nutricional, devido ao aumento das necessidades nutricionais frente ao rápido crescimento e desenvolvimento assim como, aos hábitos alimentares irregulares. O autor (2008) refere ainda que muitos dos jovens, não tomam o pequeno-almoço e, substituem refeições por lanches rápidos de conteúdo nutricional não muito adequado às suas reais necessidades. Segundo Kollar (2006: 506), o desenvolvimento

(...) rápido e extenso de altura, peso, massa muscular e maturidade sexual da adolescência é acompanhado por aumento das necessidades nutricionais (...). As necessidades calóricas e proteicas durante esse tempo são mais altas do que em qualquer outro tempo da vida. Em decorrência desse aumento de necessidade anabólica, o adolescente é altamente sensível a restrições calóricas.

A alimentação do adolescente deve favorecer um crescimento e desenvolvimento adequado e promover hábitos de vida saudáveis para prevenir desequilíbrios nutricionais. De acordo com Vicario e Bartrina (2007), esta etapa pode ser a última oportunidade de preparar nutricionalmente o jovem para uma vida adulta saudável. Torna-se, por isso, fundamental educar os adolescentes de modo a reduzirem a ingestão de lanches compostos por alimentos ricos em açúcar e calorias, dando preferência aos hidratos de carbono que lhes confere mais saciedade e uma nutrição mais adequada.

Segundo Fonseca (2005), certos comportamentos alimentares utilizados na infância e adolescência, podem, em sintonia com outros fatores externos, resultar num aumento exponencial de risco de doenças crónicas, tais como as doenças cardiovasculares, aterosclerose, diabetes, osteoporose, obesidade, entre outras. Deste modo, é de extrema importância uma nutrição adequada não só para manter boa qualidade de saúde e atingir todo o potencial de crescimento, mas também, de forma a prevenir doenças crónicas que podem afetar na idade adulta.

Nos jovens “as necessidades nutricionais totais são mais elevadas do que em qualquer outra altura do ciclo de vida. Na adolescência adquire-se 25% da altura total, 50% da massa esquelética, 50% do peso definitivo e o volume sanguíneo aumenta em 33%” (Fonseca, 2005: 115). Comparado com este crescimento tão rápido, só mesmo o primeiro ano de desenvolvimento do bebé, apresenta um ritmo tão acelerado. Até chegar o fim, do período da

adolescência, o “indivíduo sofre o processo de ossificação, isto é, a mineralização dos ossos, que ocorre pela fixação dos sais de cálcio assimilados dos alimentos; para essa fixação é indispensável a vitamina A” (Guimarães, 2002: 337).

A própria natureza humana encarrega-se de compensar as necessidades nutricionais extra em proteínas, vitaminas e sais minerais, com um aumento de apetite que o adolescente apresenta como mecanismo intrínseco, evitando deste modo alguns problemas nutricionais.

Nas sociedades ocidentais, atualmente, muitas das doenças crónicas responsáveis por doença e mortalidade prematura (obesidade, neoplasia, doenças cerebrais, cardiovasculares, osteoporose, entre outras) estão diretamente relacionadas com a prática alimentar.

Segundo Franch e Castellano (2007), perante um desequilíbrio nutricional o organismo reage inicialmente de modo adaptativo, o qual deve ser analisado ao efetuar-se um diagnóstico precoce de sub ou sobrenutrição. É importante ter em consideração que a primeira manifestação de um défice de energia são trocas funcionais que limitam o dispêndio de energia (bradicardia, hipotermia, apatia) e posteriormente o desgaste de massa gorda com resultado no peso final. Por outro lado, quando se verifica um aporte energético excessivo, inicialmente compensa-se com adaptações metabólicas e mais tarde, com a continuidade do desequilíbrio, verificar-se-á um aumento ponderal. Da mesma forma, existe uma adaptação nos desequilíbrios dos micronutrientes com tendência a compensações orgânicas antes de se evidenciar a sintomatologia dos desequilíbrios (Ibidem).

Na atualidade, com o aumento de consumo de alimentos enriquecidos em lípidos, verifica-se que existe um desequilíbrio no aporte de nutrientes, sendo que a energia proveniente dos lípidos (36-50%) é bastante superior à recomendada. Do mesmo modo, a ingestão de proteínas também é elevada em relação ao recomendado, e por outro lado, existe fornecimento insuficiente de hidratos de carbono (36-43%). Verifica-se, simultaneamente, uma baixa ingestão de algumas vitaminas e sais minerais, sendo que, de acordo com Vicario e Bartrina (2007), entre 10-40% dos adolescentes não satisfazem as suas necessidades em vitaminas.

Pretendendo-se um desenvolvimento harmonioso, um estilo de vida saudável e a prevenção de doenças recomenda-se “que todas as crianças (...) e adolescentes adotem uma dieta que reduza o teor de gordura para cerca de 30% do total do aporte calórico e o teor de ácidos gordos saturados para menos de 10%” (Fonseca, 2005: 118).

Hoje em dia, o tipo de vida, revestido de sedentarismo e stresse, dificulta a realização de hábitos alimentares adequados, de modo a respeitar as necessidades nutricionais, sendo uma preocupação constante na saúde dos adolescentes. Por outro lado, o “consumo de alimentos, para além de uma função nutritiva, tem uma implicação social mais profunda, que inclui uma gratificação emocional importante e se reveste de um significado cultural próprio” (Ibidem:

118). Deste modo a alimentação admite não só, um caráter fisiológico, como sociológico, tendo em consideração de que o comportamento alimentar dos adolescentes é influenciado por distintos fatores, nomeadamente:

- a) maturação somática e psicológica aceleradas; b) procura progressiva de independência/autonomia; c) adopção de hábitos alimentares que procuram romper com a infância e com os padrões adultos tradicionais; d) estilos de vida acelerados, horários irregulares com perda de algumas refeições importantes; e) consumo de “junk food”, caracterizado pelo consumo de alimentos de alto conteúdo calórico e baixo valor nutritivo (Ibidem: 118)⁶.

Constatando este conjunto de situações, pode-se então certificar que o adolescente está em perigo de sofrer desequilíbrios nutricionais. Para além do impacto no crescimento e desenvolvimento na adolescência, os hábitos alimentares desequilibrados podem acarretar problemas imediatos na saúde relacionados com a carência de determinadas vitaminas e minerais. Verifica-se, também, que estes problemas são mais acentuados em raparigas já menstruadas, e em jovens de baixas condições sócio-económicas. O excedente de

(...) lípidos totais, lípidos saturados, colesterol, sódio e açúcar são também um achado preocupante neste grupo. A avaliação do estado nutricional deve fazer parte integrante da história e do exame objectivo do adolescente. A avaliação clínica, o inquérito alimentar, o laboratório e a avaliação antropométrica deverão fazer parte da avaliação do estado nutricional (Ibidem: 119).

De acordo com Coelho e Eisenstein (2008), e tal como já foi referido anteriormente, uma alimentação saudável deve ser variada, incluindo alimentos de cada um dos três grupos básicos de nutrientes:

- a) Hidratos de Carbono e Lipídios (garantindo atividade energética do organismo e manutenção da temperatura corporal);
- b) Proteínas (possibilitando o crescimento e o desenvolvimento do organismo, incluindo a regeneração dos tecidos);
- c) Vitaminas e Sais Minerais (regulando o ritmo das reações celulares e das atividades biológicas, que ocorrem em todo o corpo).

Para assimilação dos diversos nutrientes é fundamental um consumo alimentar saudável e diversificado, repartido por diversas refeições, tendo em consideração que, os alimentos

(...) devem ser divididos entre três refeições e três lanches ao dia. Não existe uma dieta padrão que sirva para todos os adolescentes. O importante é que a alimentação seja rica em proteínas, fibras, vegetais, frutas e alimentos que contenham cálcio (leite e derivados, vegetais verde-escuros), ferro (carne, cereais, aveia) e vitaminas (frutas, verduras, cereais) (Ibidem: 84).

Sendo já reconhecidas as necessidades nutricionais, calóricas e proteicas, do adolescente, é fundamental “avaliar também, práticas esportivas, danças, ou qualquer outro tipo

⁶ Aspas utilizadas pela autora.

de desgaste calórico, além dos tipos de nutrientes que estão acessíveis, na família e na escola, nesta época de intenso crescimento e desenvolvimento puberal” (Ibidem: 83).

Deste modo, evitando erros nutricionais, o adolescente conseguirá ter uma alimentação correta que o conduzirá a um crescimento e desenvolvimento saudável.

2.1 - NUTRIÇÃO E SAÚDE

Uma nutrição adequada associa-se a um desenvolvimento saudável ao longo de toda a vida. Tendo em consideração a influência que a nutrição exerce no crescimento e desenvolvimento do adolescente, Hockenberry et al. (2006: 95) salientam que, os fatores alimentares que “regulam o crescimento em todas as fases do desenvolvimento, e seus efeitos são exercidos de formas diversas e complexas”, além disso, “uma melhora geral na nutrição é evidenciada pelo aumento gradual na altura e pela maturação precoce” (Ibidem: 95).

Deste modo, o estado nutricional é um fator imprescindível não só para o crescimento como para o desenvolvimento cognitivo do adolescente, uma vez que, estando sujeito a

(...) deficiências nutricionais não alcançará níveis satisfatórios de educação (...), apesar das oportunidades de instrução, e, por isso, muito do investimento em educação será desperdiçado. (...) nem todas as crianças conseguem alcançar a plenitude do seu potencial, porque, muitas vezes, não conseguem desfrutar de um regime alimentar equilibrado e variado que lhes permitam adquirir um desenvolvimento psicomotor ideal (Fernandes, 2005: 232-233).

De acordo com Amaral e Paixão (2005), o tipo de nutrição realizada ao longo da vida afeta o estado nutricional apresentado. A desnutrição grave é avaliada clinicamente pela presença de emagrecimento acentuado visível. Esta deve-se a diversas causas, e desenvolve-se quando a criança/adolescente não obtém dos alimentos suficiente energia ou proteínas para satisfazer as suas necessidades nutricionais. Por outro lado, caso a dieta não forneça as quantidades recomendadas de vitaminas e sais minerais essenciais, pode desenvolver uma carência nutricional específica (hipovitaminose A, anemia ferropriva, etc.). Ying, já em 1988, referia que a alimentação “precisa proporcionar quantidades suficientes de calorias, proteínas, minerais e vitaminas para atender às necessidades (...). Recomendam-se, além disso, os exercícios físicos e a aquisição de bons hábitos alimentares” (Ying, 1988: 85).

A nutrição e a imunidade têm trajetórias semelhantes na manutenção da homeostasia e são aliados inseparáveis na defesa do organismo às infecções. A deficiência de uma nutrição adequada é uma das principais causas de imunodeficiência. Para Marques (2005), o sistema imunitário de uma pessoa subnutrida “pode ser superior ao de um doente com SIDA. A

malnutrição compromete a imunidade de forma global: as barreiras físicas, pele e mucosas; o sistema imunitário (...)" (Ibidem: 234).

Segundo o mesmo autor (2005), os sistemas respiratório e gastrointestinal, constituem elementos fundamentais no funcionamento da imunidade. Está determinado, por diversos autores que, a malnutrição provoca atrofia da mucosa intestinal assim como uma redução significativa do tecido linfóide. Além disso, o compromisso imunitário intestinal associa-se a um déficit na produção de Imunoglobulina A nas glândulas salivares, lacrimais, mamária e também na mucosa brônquica. Marques (2005) refere ainda que, o timo é um órgão particularmente afetado pelo déficit nutricional, verificando-se que mesmo depois de "cinco dias de jejum (...) atrofia deste órgão com diminuição do número de células e perda de diferenciação corticomedular" não se observa um restabelecimento do tamanho inicial mesmo com uma adequada restituição nutricional (Ibidem: 235).

A avaliação do comprometimento imunitário provocado por deficiências seletivas de um ou mais nutrientes é difícil, no entanto, são inquestionáveis os efeitos de défices nutricionais na imunidade e na qualidade da saúde do indivíduo. Por vezes, a restrição da ingestão de certos nutrientes é intencional, por parte do adolescente, quando este se começa a autoafirmar e a preocupar-se com a sua imagem corporal tentando controlar o seu rápido desenvolvimento corporal.

O estado de nutrição é um dos melhores indicadores de saúde individual ou comunitária, especialmente na criança e adolescente, já que o seu crescimento e desenvolvimento estão fortemente condicionados pela alimentação e nutrição adequada às necessidades. Uma nutrição inadequada acarreta um estado de desequilíbrio e malnutrição, quer por defeito (desnutrição), quer por excesso (obesidade), ou ainda por uma carência nutricional específica. Segundo Guerra (2005) a avaliação do estado nutricional deve compreender vários aspetos entre os quais se salientam a anamnese (social, alimentar e clínica), a observação clínica, a caracterização antropométrica e da composição corporal, e a avaliação bioquímica.

A antropometria nutricional adquiriu reconhecimento como método de investigação científica ocupando-se da avaliação das mudanças nas dimensões físicas e na composição global do organismo em diferentes faixas etárias e em diversos graus de nutrição (Jelliffe, 1968 cit. por Coelho e Eisenstein, 2008). De acordo com os autores (2008), este campo da ciência conseguiu avanços relevantes, associando um conjunto significativo de descobertas, provenientes do desenvolvimento científico e tecnológico de diversas áreas do conhecimento.

Com a acumulação de indícios sobre a interferência da nutrição nas medidas físicas e na composição do organismo, sobretudo durante o crescimento, desenvolvimento e maturação, as

medidas antropométricas foram sendo modificadas, universalmente, em importantes indicadores diretos do estado nutricional e da saúde (Vasconcelos, 1993 cit. por Ibidem).

Deste modo, a antropometria nutricional além de ser uma avaliação que acarreta reduzido custo económico, é de fácil aplicabilidade, demonstra sensibilidade e especificidade dos indicadores. Por estas razões, preconiza-se a sua utilização, às crianças e adolescentes, nas regulares consultas de vigilância de saúde infantil. É também indispensável, “usar dados antropométricos obtidos durante a avaliação clínica individual (...). O índice de massa corporal (IMC) foi recomendado como um indicador antropométrico essencial durante a adolescência” (OMS, 1995 cit. por Ibidem: 82). Este, é encarado como um bom indicador para classificação nutricional de adolescentes, utilizando como pontos de corte os critérios recomendados pela OMS, e utilizado nos estudos sobre obesidade.

Encontram-se “vários Índices que permitem a caracterização do estado de nutrição. O mais usado é o Índice de Massa Corporal (IMC) de *Quetelet*” (Rego e Sasseti, 2011: 37)⁷. Este índice foi criado pelo cientista belga Quetelet (1796-1874) e, é definido pela OMS como valor padrão para avaliar o nível de comorbilidade associada ao excesso de peso e obesidade. É um método de avaliação que permite verificar a adequação entre o peso e altura corporal. Trata-se de um método fácil, económico e rápido para obter uma relação entre a massa corporal e a altura do indivíduo, e calcula-se o utilizando a seguinte fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)}/\text{Altura}^2 \text{ (m)}$. Este método de avaliação “foi recentemente recomendado pela OMS (...) para o rastreio da obesidade, nomeadamente da obesidade pediátrica, devido à sua forte correlação com a magnitude da adiposidade, quer em crianças/ adolescentes, quer em adultos” (Rego, 2008: 321).

Tal como se verificou anteriormente, o IMC define-se como um índice antropométrico de peso e altura, que é determinado com o peso corporal em quilogramas dividido pela altura em metros ao quadrado. Este é calculado da mesma forma para adultos e crianças, mas os resultados são analisados de modo diferente. O seu valor “em idade pediátrica deve ser considerado em curvas de percentis e em função do sexo e da idade, tendo como base tabelas de referência (...)” (Ibidem: 321).

Para as avaliações nutricionais a crianças e adolescentes, Cole, Bellizi, Flegal, e Dietz (2000) sugerem pontos de corte de acordo com a idade, utilizando como referência os percentis baseados no ponto de corte para adultos com excesso de peso, os quais apresentam IMC de 25 a 30 kg/m², ou com obesidade, apresentando valores de IMC > 30 kg/m². Deste modo, sugerem os percentis 85 e 95 de IMC, respetivamente, como pontos de corte para excesso de peso e obesidade.

⁷ Itálico utilizado pelas autoras.

O IMC é um indicador razoável de gordura corporal para adultos e crianças, no entanto a sua avaliação, por si só, não deve funcionar como diagnóstico de obesidade mas como uma ferramenta de triagem para identificar potenciais problemas de peso. Este índice de avaliação, apesar de apresentar

(...) uma forte correlação com a gordura corporal total e seja pouco afectado pela altura, o que o torna um bom predictor de adiposidade em populações pediátricas saudáveis, efectivamente não é um marcador de composição corporal, podendo sobrestimar ligeiramente a gordura em crianças de baixa estatura ou que apresentem maior desenvolvimento de massa muscular (ex: atletas) (Rego e Sasseti, 2011: 38).

É de extrema importância integrar outros fatores numa avaliação de saúde, incluindo avaliações do padrão alimentar, atividade física, histórico familiar e eventualmente outros exames de saúde. Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), a “caracterização da composição corporal obriga, pois, à medição das pregas cutâneas ou ao recurso a metodologias de avaliação tri-compartimental (ex: impedância bioeléctrica) ou de imagem (ex: densitometria ou ressonância)” (CDC, 2009 cit. por Ibidem: 38). Rego e Sasseti (2011) referem ainda que, valores elevados de IMC, em idade pediátrica, estão associados a um maior risco “de hipertensão arterial, de diabetes, de doença cardiovascular e de neoplasia”, principalmente na idade adulta (Yliharsile, 2008 cit. por Ibidem: 38).

A interpretação dos valores de IMC está sujeita à submissão a valores de referência, surgindo a necessidade dum padrão internacional. Segundo a DGS, é por este motivo que muitos países decidem a utilização de curvas internacionais, das quais as do *National Center for Health Statistics* (NCHS) são as mais difundidas (DGS, 2006).

Coutinho (2012) refere que o percentil é um método estatístico muito usado em pediatria, que serve para equiparar particularmente uma criança em relação a determinado parâmetro, com um grupo de cem crianças do mesmo sexo e mesma idade. Os percentis admitem representações gráficas em forma de linhas curvas que permitem comparar o posicionamento do indivíduo na curva e determinar eventuais desvios em relação ao grupo. Embora os desvios apresentados numa curva de percentil, não representem só por si presença de doença, são fundamentais para monitorizar o crescimento e intervir em caso de necessidade.

De acordo com Rito, Paixão, Carvalho, e Ramos (2012: 20), “para a classificação do estado nutricional foram utilizados três critérios de diagnóstico”, sendo eles: o critério da International Obesity Task Force (IOTF), o do CDC, e da OMS.

O critério da IOTF reconheceu principalmente

(...) com fins epidemiológicos, e tendo em consideração a pandemia da obesidade, as curvas propostas por Cole T e col. (2000) (2-18 anos). Para a sua elaboração, os autores recorreram a bases de dados de crianças e adolescentes de 6 países, sendo que os valores de IMC de 25 e 30 aos 18 anos foram “retrospectivamente” projectados para definir os valores de excesso de

peso e obesidade em idades inferiores, permitindo a associação a risco de comorbilidade (Cole et al., 2000 cit. por Rego e Sasseti, 2011: 39)⁸.

Estas curvas propostas por Cole permitem equiparar os níveis de prevalência de obesidade “entre diferentes países; e (...) relacionar os valores do percentil de IMC 85 e 95 respectivamente com os valores 25 e 29,9 do adulto possibilitando extrapolar, já na idade pediátrica, os riscos futuros da obesidade na idade adulta (Rego, 2008: 321).

Segundo o critério da IOTF define-se “baixo peso, excesso de peso e obesidade quando o IMC para a idade é respetivamente: $<18,5$; ≥ 25 e ≥ 30 kg/m² correspondentes à idade adulta” (Rito et al., 2012: 20).

Em Portugal, as curvas de percentis utilizadas pela DGS “e que constam do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) são as curvas do *Centers for Disease Control and Prevention* dos EUA” (CDC, 2000 cit. por Rego e Sasseti, 2011: 38)⁹. Estas curvas referem-se à revisão do NCHS de 1977, fundamentadas em resultados de inquéritos “desenvolvidos desde 1963 a 1994, em crianças e adolescentes americanos dos 2 aos 20 anos de idade” (CDC, 2000 cit. por Ibidem: 38).

As curvas de percentis do NCHS foram usadas em Portugal desde 1981. Na edição do BSIJ distribuída no início de 2005, foi incluída a última versão destas curvas, uma vez que os dados em que se baseiam são periodicamente atualizados, levando ao desenho de novas curvas (DGS, 2006). Estas curvas, definidas segundo critério do CDC, definem “baixo peso, excesso de peso e obesidade como IMC/idade $<P5$; $\geq P85$ e $\geq P95$, respetivamente” (Rito et al., 2012: 20).

De acordo com a DGS (2013), desde há muito tempo que se verificava a necessidade de utilização de curvas de crescimento de aplicação universal as quais foram publicadas, em 2006, após a realização de um estudo multicêntrico organizado pela OMS entre 1997 e 2003. A OMS fomentou a adoção destas curvas a nível mundial, e em agosto de 2011, 125 países utilizavam já estas curvas de crescimento e outros 25 países pensavam fazê-lo.

Deste modo, em Portugal, a DGS publicou em 31 maio 2013 a Norma nº 010/2013 que apresenta o novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), o qual entrou em vigor a 1 de Junho de 2013 substituindo o Programa-tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil até agora utilizado. As principais modificações verificadas em relação ao PNSIJ de 2005 são: alteração na cronologia de consultas de vigilância, adoção das curvas de crescimento da OMS e um novo modo de abordagem nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações emocionais, do comportamento e maus tratos (DGS, 2013).

⁸ Aspas utilizadas pelas autoras.

⁹ Itálico utilizado pelas autoras.

Atualmente, a DGS recomenda a adoção das curvas da OMS justificando que as metodologias usadas na construção destas curvas tornam-nas mais próximas a curvas-padrão, e possibilitam a utilização, à escala mundial, do mesmo instrumento de trabalho permitindo comparações com outros estudos ou populações.

Segundo Guerra (2006) a principal diferença, referente às novas curvas da OMS, centra-se na “evolução ponderal nos primeiros meses de vida, com valores superiores nos lactentes exclusivamente alimentados ao peito, seguida de uma ligeira desaceleração relativamente às curvas do CDC, que por isso deve ser entendida como fisiológica (...)” (Ibidem: 111). Deste modo, evita-se uma incorreta interpretação da desaceleração do crescimento aos 3/4 meses a qual é, por vezes, associada a uma suplementação desnecessária ou ao abandono do aleitamento materno. Além disso, as novas curvas da OMS permitem identificar mais precocemente excesso de peso em crianças, o qual é um problema preocupante e de elevada prevalência na população portuguesa.

Para uma correta interpretação dos valores de IMC é necessária a classificação do percentil, que “indica a posição relativa do valor de IMC do indivíduo relativamente a uma população do mesmo sexo e idade, utilizada como padrão e estratificada em centis” (Rego e Sasseti, 2011: 39). As curvas do IMC possibilitam a monitorização do estado de nutrição, uma vez que de acordo com o percentil de IMC avalia-se o estado nutricional reconhecendo não só as crianças e adolescentes já obesos, mas também os que estão em risco de virem a sê-lo (Tabela 1).

Tabela 1 - Classificação do estado nutricional segundo o percentil de IMC

Classes de IMC	Percentil
Baixo Peso	Igual ou inferior ao percentil 5
Peso Normal	Entre o percentil 5 e o percentil 85
Excesso de peso	Igual ou superior ao percentil 85
Pré-Obesidade	Igual ou superior ao P85 e inferior ao P95
Obesidade	Igual ou superior ao percentil 95

Adaptado de: Rego e Sasseti (2011: 39)

Deste modo, o excesso de peso é determinado para valores de percentil de IMC iguais ou superiores a 85, e o baixo peso para valores iguais ou inferiores ao percentil 5. Para valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 85 e inferiores ao percentil 95 o estado nutricional corresponde a uma situação de pré-obesidade, enquanto os valores iguais ou superiores ao percentil 95 revelam já obesidade.

Alguns erros nutricionais podem refletir-se nos extremos dos valores de percentis de IMC e consequente avaliação do estado nutricional em baixo peso ($P \leq 5$) ou obesidade ($P \geq 95$). A pesquisa da faixa de peso saudável e o combate ao excesso de peso e obesidade deve ser

para todos os profissionais de saúde que trabalham com as crianças uma preocupação constante (DGS, 2006). Além da obesidade, a desnutrição também tem admitido proporções preocupantes pelo que Cole e colaboradores “publicaram recentemente, usando a mesma metodologia, pontos de corte para diagnóstico de desnutrição em idade pediátrica” (Cole et al., 2000 cit. por Rego e Sasseti, 2011: 39).

Cada criança tem o seu próprio ritmo de crescimento, umas mais rapidamente, outras de forma mais lenta, dependendo de vários fatores: intrauterinos (refletindo-se sobretudo nos primeiros meses de vida), genéticos e ambientais, com especial destaque nos comportamentos familiares. Todos estes fatores são importantes, para um crescimento e desenvolvimento harmonioso (Lopes e Pina, 2008a).

Para a classificação do estado nutricional, torna-se necessário o confronto entre duas medidas antropométricas (peso e altura) para obtenção do valor de IMC ou medida antropométrica/demográfica (peso por idade ou altura por idade).

Para caracterizar o baixo peso é importante a relação entre a massa corporal e a idade cronológica da criança, no entanto só esta avaliação não permite diferenciar, caso exista, se o comprometimento nutricional é recente ou crónico. Segundo Cruz, Martins, Dantas, Silveira e Guiomar (2003) na presença de uma desnutrição recente, a curva de percentil de peso tende a descer, no entanto a curva de estatura mantém-se sem alteração. No caso de uma carência nutricional mais prolongada a curva de percentil da estatura também tende a diminuir uma vez que o crescimento também é afetado (Ibidem).

O baixo peso, tal como a obesidade, admite preocupações uma vez que poderá conduzir a consequências para o crescimento e desenvolvimento saudável dos adolescentes. O termo baixo peso está associado ao percentil de IMC com valor igual ou inferior a 5, obtendo-se deste modo a classificação do estado nutricional de acordo com o sexo e idade. No entanto, esta classificação só por si, não permite a avaliação corporal do indivíduo uma vez que este pode apresentar valor de IMC dentro dos padrões de normalidade, tendo em consideração que existem casos em que um valor de IMC mais elevado pode ser atribuído ao excesso de massa muscular, como é o caso de atletas.

A obesidade infantil representa, na atualidade, um dos problemas alimentares mais frequentes, uma vez que

(...) é um período de aumento rápido, tanto dos depósitos de gordura como da massa corporal, e é extremamente difícil fazer regredir a obesidade após esse período. Daí a importância de se instituir o tratamento dietético adequado, antes que o jovem chegue à adolescência (Ying, 1988: 85).

O aumento do número de casos de excesso de peso na adolescência está relacionado com a ingestão em excesso de alimentos ricos em gorduras e calorias, assim como, com uma redução da atividade física.

A origem etimológica da palavra obesidade deriva do Latim *obesitate*, que significa “pregas de gordura”. A obesidade, encarada como uma doença crónica, multifatorial e multissistémica (Fonseca e Matos, 2005), surgiu com rápido desenvolvimento nas últimas décadas e é já considerada uma pandemia. Segundo Winkelstein (2006b: 531), “poucos problemas na infância e na adolescência são tão óbvios para outros, difíceis de tratar e ter tantos efeitos de longo prazo sobre a saúde como a obesidade”.

A obesidade foi definida “em Março de 1997 (...) como uma doença crónica pelo Consenso Internacional para a Obesidade (...). Considerada um dramático problema de saúde pública - a epidemia do século XXI - e uma das doenças mais difíceis e frustrantes de tratar” (Rego, 2008: 321). De acordo com Amaral (2008: 241), a obesidade

(...) na infância e adolescência constitui na actualidade a doença nutricional de maior prevalência em todo o mundo (segundo alguns “a nova síndrome mundial”), assumindo nalgumas regiões as características de verdadeira epidemia. Portugal, juntamente com a Irlanda e EUA detêm elevadas taxas de excesso de peso, situação que antecede a obesidade.¹⁰

De acordo com a IOTF, em 2010 existiam cerca de 1 bilião de adultos com excesso de peso e 475 milhões de obesos. Segundo a mesma fonte, a estimativa mundial para crianças em idade escolar era de 200 milhões com excesso de peso ou obesas. Na Europa, cerca de 60% dos adultos e 20% de crianças em idade escolar apresentam excesso de peso ou obesidade o que equivale a 260 milhões de adultos e 14 milhões de crianças com excesso de peso, dos quais 3 milhões são obesos. A Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade da OMS (WHO, 2012) menciona que na Europa, metade dos adultos e uma em cada cinco crianças têm excesso de peso e, um terço destes apresenta já obesidade, encontrando-se numa perspectiva de um aumento rápido destes números. Antunes e Moreira (2011: 279) afirmam que em Portugal,

(...) têm sido feitos inúmeros estudos de prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes desconhecendo-se, no entanto, muitos dos resultados desses trabalhos pelo facto de, muitas vezes, não chegarem a ser publicados.

Carmo, Santos, Camolas, e Vieira (2008) apontam na população pediátrica, em Portugal, para uma prevalência de pré-obesidade de 20,3% e uma prevalência de obesidade de 11,3%. Estes valores de prevalência são fruto do estudo realizado por Padez, Mourão, Moreira e Rosado (2005), a 4845 crianças entre os 7 e 9 anos de idade, cuja prevalência de excesso de peso foi de 31,6%. Num outro estudo, realizado por Sardinha, Santos, Vale, Silva, Ferreira, Raimundo et al. (2010), que envolveu 22048 jovens com idades entre os 10 e 18 anos, concluiu que, 17% das raparigas apresentavam pré-obesidade e 4,6% eram obesas e, 17,7% dos rapazes apresentavam pré-obesidade e 5,8% eram obesos. Este estudo apresentou uma prevalência de excesso de peso de 21,6% em raparigas e 23,5% em rapazes (Sardinha et al., 2010).

¹⁰ Aspas utilizadas pelo autor.

Ferreira (2010) estudou uma população de 5708 adolescentes, de ambos os sexos, que frequentam o ensino básico (2º e 3º ciclos) e secundário em Portugal Continental. Como resultados gerais do estudo constatou que a prevalência de pré-obesidade foi de 22,6% e a prevalência de obesidade de 7,8%. Especificamente para os alunos do 2º ciclo, tal como os avaliados neste estudo, foram encontrados os valores de prevalência de 23,7% de pré-obesidade e 10,9% obesidade, constatando-se um aumento da prevalência de excesso de peso.

Por sua vez, Antunes e Moreira (2011) realizaram uma identificação de 21 estudos realizados entre 2007 e 2009, onde todos os “resultados confirmam o excesso de peso e obesidade como um grave problema de saúde pública em crianças e adolescentes portugueses” (Ibidem: 279), e com valores de prevalência de excesso de peso ligeiramente superiores aos dados europeus. Os adolescentes (dos 10 aos 19 anos de idade) abrangidos por estes estudos, segundo critério do CDC, apresentam uma prevalência de excesso de peso de 27,2% (Ibidem). Afirmam ainda que,

(...) mesmo considerando a heterogeneidade metodológica dos trabalhos apresentados, verifica-se que as frequências apresentadas de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes são globalmente elevadas, muitas vezes acima de 30%, e dão razão à preocupação nacional e internacional crescente com a epidemia (Antunes e Moreira, 2011: 283).

A prevalência de excesso de peso em adolescentes dos 12 aos 17 anos, no distrito de Castelo Branco, foi estudada por Ferreira, Mota e Duarte (2012) sendo avaliados 1084 estudantes. Neste estudo, constataram uma elevada prevalência de jovens com excesso de peso pois, a prevalência de pré-obesidade verificada foi de 17,3% nas raparigas e 17,2% nos rapazes, enquanto 2,5% nas raparigas e 4,9% dos rapazes apresentam obesidade (Ibidem).

Segundo a WHO (2012), a obesidade é definida como um anormal ou excessivo acúmulo de gordura que pode prejudicar a saúde. De acordo com Fisberg (2006), a obesidade pode ser considerada uma acumulação de tecido adiposo, localizada em certas partes ou mesmo generalizada a todo o corpo, sendo causada por distúrbios genéticos, metabólicos, hormonais, ou por alterações nutricionais. Esta última origem da obesidade, referida na definição anterior, tinha já sido considerada por Koplan e Dietz (1999) quando explicaram que a obesidade era um distúrbio metabólico representado por um aumento gradual e persistente do balanço positivo entre o consumo e o gasto de energia. Esta competência

(...) genética em acumular energia e o actual estilo de vida – elevados índices de sedentarismo e acesso fácil a ingestão de alimentos de elevada carga calórica – contribuem, em associação e potenciando-se, para o aumento do peso e para a obesidade. Em indivíduos mais susceptíveis, na dependência da sua predisposição genética, o actual estilo de vida condicionará um balanço energético positivo responsável pela acumulação gradual de massa gorda e consequente ocorrência de obesidade, dita primária ou nutricional, a mais prevalente em idade pediátrica (Rego, 2008: 322).

Esta será, muito provavelmente, a causa da maior parte dos números de obesidade principalmente em idade pediátrica uma vez que 95 a 98% dos casos de obesidade têm causa exógena e apenas 2 a 5% dos casos derivam de causas endógenas tais como síndromas genéticos (que posteriormente evoluem para a obesidade, tais como Prader-Willi, Barder-Biedl), ou distúrbios hormonais (tais como o hipotireoidismo, síndrome de Cushing) (Escrivão, Oliveira, Taddei e Lopez, 2000).

A adolescência é um período crítico, para o início ou mesmo desenvolvimento da obesidade preexistente, devido ao aumento fisiológico do tecido adipocitário associado também a um maior consumo de alimentos industrializados com alto valor calórico e aumento do sedentarismo relacionado com os avanços tecnológicos.

Embora existam fatores individuais que favorecem o desenvolvimento de excesso de peso, o papel da família e do ambiente contribui também para a aquisição de comportamentos relacionados com o aumento de peso, nomeadamente a nutrição e a prática de exercício físico (Odoms-Young, Zenk e Mason, 2009).

Na sociedade atual, os jovens diminuem a prática de atividades ao ar livre, onde despendiam grande parte de energia ingerida ao longo do dia, e permanecem largas horas frente ao computador, televisão, ou playstation sendo que, este tipo de atividade passiva

(...) é frequentemente acompanhada do ato de comer - em muitos casos, lanches altamente calóricos (...). Andersen e seus colegas (1998) descobriram que a incidência de gordura corporal é diretamente proporcional à quantidade de horas que as crianças passam assistindo à televisão (...) (Hockenberry et al., 2006: 100).

Deste modo, verifica-se por um lado, um aumento da ingestão de alimentos calóricos (input de energia) e, por outro lado, uma redução da atividade física (output de energia), o que se traduz num balanço energético positivo e conseqüente acúmulo de gordura corporal (Koplan e Dietz, 1999). Segundo Rego (2012) a diferença entre atividade física e desporto deve ser bem entendida, enquanto a atividade física

(...) implica qualquer movimento; o desporto implica um exercício físico estruturado, repetido e com objetivos bem definidos de melhoria técnica e de aptidão, onde se pode incluir ou não a competição. Tanto um como outro cumprem a função de auxiliar na prevenção e no tratamento da obesidade (...) (Ibidem: 168).

De acordo com a DGS (2005) a prevenção e o controlo da obesidade adquire-se com a modificação do estilo de vida, fundamentada em três pilares: programa alimentar; aumento da atividade física e desportiva e programa educativo, escolar e institucional. Deste modo, a uma alimentação nutricionalmente equilibrada deve associar-se a prática regular de exercício físico na escola e nas atividades de tempos livres, em substituição do tempo despendido com a televisão e jogos eletrónicos.

A prática de atividade física é um fator importante no desenvolvimento saudável do adolescente, uma vez que traduz muitos benefícios, os quais se manifestam não só no peso corporal, mas também na resistência óssea, pressão arterial e bem-estar psicológico. O “exercício é essencial para o desenvolvimento e o tônus muscular, o refinamento do equilíbrio e da coordenação, o aumento da força e da resistência e a estimulação das funções corporais e dos processos metabólicos” (Winkelstein, 2006c: 485). Para a realização de exercício físico é fundamental a manutenção ou criação de ambientes saudáveis, que incentivem a prática da atividade física na escola ou na comunidade, tendo-se em consideração os diferentes contextos (sociais, culturais ou escolares) envolventes.

No contexto da saúde pública prevenir a obesidade infantil, é estrategicamente mais importante que tratá-la (DGS, 2005). Os custos diretos da obesidade, de acordo com uma estimativa, absorvem 3,5% das despesas totais da saúde (DGS, 2005). Segundo Carmo (2012: 26), “no que diz respeito ao adolescente, o risco de, se este for obeso, se manter um adulto obeso é de mais de 90 por cento, independentemente da existência de obesidade parental”.

A obesidade está associada a outras complicações, nomeadamente: cardiovasculares, neoplasias, diabetes, doenças renais e hepáticas, osteoartrites, apneia do sono, problemas psicológicos e sociais, entre muitas outras. De acordo com Fonseca (2012), a obesidade

(...) atinge quase todos os órgãos e sistemas, tendo consequências devastadoras (...).

Como resultado da escalada de obesidade, uma multiplicidade de fatores de risco e doenças crónicas que tinham habitualmente início na idade adulta, começam agora a ter o seu início na idade pediátrica.

São inúmeras as complicações que ocorrem em idade pediátrica na exclusiva dependência da obesidade (Ibidem: 143).

Segundo Moreira, Padez, Mourão e Rosado (2005), o diagnóstico da obesidade pode ser delimitado através de uma avaliação corporal para definir a percentagem de tecido adiposo no organismo. São vários os métodos e técnicas de diagnóstico para a deteção do excesso de peso, obesidade e estado nutricional, os quais se podem dividir em métodos de diagnóstico quantitativo e qualitativo da obesidade.

O tratamento da obesidade pode envolver três formatos distintos: tratamento comportamental, farmacológico e cirúrgico. O tratamento comportamental, com orientação dietética, aumento da atividade física e mudança de hábitos de vida é a primeira escolha na abordagem da obesidade infantil e, na maioria dos casos, é totalmente eficaz. A nível farmacológico, existe atualmente muita terapêutica em fase experimental, sendo que a intenção inicial não deverá passar por recomendar o tratamento farmacológico para a obesidade infantil. Do mesmo modo quanto ao tratamento cirúrgico, semelhante ao tratamento farmacológico, há que considerar a sua utilização em casos graves de obesidade e que não são passíveis de controlo através da abordagem multifatorial já referida anteriormente.

A obesidade, nesta fase de desenvolvimento, conduz a conotações negativas acarretando importantes sequelas psicossociais, especialmente no que respeita à imagem corporal (Fonseca e Matos, 2005).

Para Rodrigues, Fisberg, e Cintra (2005), o desejo dum corpo semelhante aos exibidos pelos meios de comunicação social, onde a magreza ou baixo peso é tido como padrão de beleza, atratividade e sucesso pode ser associado a alterações do padrão alimentar. Freitas e Carvalho (2006) referem que principalmente mulheres jovens, adolescentes e atletas podem modificar o seu comportamento alimentar admitindo transtornos alimentares associados à perceção corporal, comprometendo, deste modo, a sua saúde e qualidade de vida.

Os transtornos “do comportamento alimentar surgem em qualquer período da vida da criança e do jovem, sendo as mais frequentes e as mais significativas do ponto de vista da psicopatologia, as que surgem na primeira infância e na adolescência” (Gonçalves e Marques, 2008: 176). Estes, resultam de múltiplos fatores que afetam os adolescentes, e apesar de se terem começado a manifestar há séculos, a conotação patológica que hoje adquire é relativamente recente.

Os transtornos do comportamento alimentar afetam adolescentes, interferindo e deteriorando diversos aspetos da sua vida pessoal: vida social, familiar, biológica, psicológica e muitas vezes também o percurso escolar, afetando o progresso natural do desenvolvimento até ao adulto saudável (López, 2003). Segundo Pinto, “a presença de doença crónica durante a adolescência pode, independentemente das manifestações próprias da doença, interferir directamente no comportamento dos jovens” (2008: 226).

Segundo Marques e Cepêda (2009), dentro das perturbações do comportamento alimentar, e especialmente na adolescência, evidenciam-se dois quadros clínicos, pela sua potencial gravidade: a anorexia nervosa e a bulimia nervosa.

Para Claudino e Borges (2002), a anorexia e a bulimia são dois tipos de transtornos alimentares, que estão estreitamente relacionados por apresentarem em comum uma psicopatologia: uma exagerada preocupação com o peso e com a imagem corporal, que induz a procura de um corpo idealizado através de métodos inadequados. As preocupações com a imagem corporal são, apenas, um dos diversos sintomas apresentados por quem possui algum tipo de transtorno alimentar. O início da anorexia pode ocorrer desde a idade escolar até à adolescência, enquanto a bulimia surge com uma faixa etária mais ampla, sendo mais frequentes em países desenvolvidos e classe social média-alta (Ibidem).

A anorexia nervosa “é um distúrbio alimentar caracterizado por recusa em manter um peso corporal minimamente normal e por intensa perda de peso na ausência de causas físicas óbvias” (Winkelstein, 2006b: 533).

Quando estabelecida na pré-puberdade, a anorexia nervosa pode originar um atraso na maturação sexual, desenvolvimento físico, crescimento e estatura abaixo da média esperada (Vilela, Lamounier, Dellaretti, Barros e Horta, 2004). Segundo Dunker e Philippi (2003), a anorexia nervosa é caracterizada por medo intenso de engordar, distorção da imagem corporal e diminuição significativa de peso como resultado da restrição dietética. Sendo a idade “média de início é de 13 anos, mas o transtorno pode ocorrer já com 10 anos de idade” (Winkelstein, 2006b: 534). A doença começa pela restrição dos alimentos mais calóricos e posteriormente estende-se a outros tipos de alimentos. Pode originar sequelas devido à restrição alimentar conduzindo à desnutrição, desidratação, infertilidade, hipotermia, complicações cardiovasculares, entre outras (Vilela et al., 2004). Ainda de acordo com Winkelstein (2006b: 533), os portadores de anorexia nervosa “são descritos como perfeccionistas, com grande desempenho acadêmico, fiéis às normas e que agem conforme a consciência. Tipicamente, têm altos níveis de energia, mesmo com caquexia acentuada”.

A bulimia nervosa “é um distúrbio alimentar caracterizado por repetidos episódios de compulsão alimentar” (Ibidem: 535), e é representada por uma enorme e descontrolável ingestão de alimentos num único momento, acompanhada de métodos de compensação inadequados como: vômitos auto induzidos, uso excessivo de laxantes e/ou diuréticos, inibidores de apetite, dietas desajustadas e prática excessiva de exercício físico (Diniz, 2007). As sequelas mais frequentes da bulimia nervosa são: erosão do esmalte dentário, hipotensão, distúrbios eletrolíticos, diminuição da taxa do metabolismo basal (Vilela et al., 2004), além das queixas de fraqueza, cansaço fácil e diarreia causada pelo uso de laxantes.

De acordo com Winkelstein (2006b), a etiologia de ambas as doenças é multifatorial sendo que, ainda não está claramente definida. O diagnóstico baseia-se essencialmente em avaliações psicológicas e comportamentais e geralmente utilizam-se questionários autoaplicáveis, entrevistas clínicas e instrumentos de autoavaliação para averiguar a imagem corporal onde descrevem também atitudes que realizam (Freitas, Gorenstein e Appolinário, 2002). O tratamento destas doenças consiste, principalmente, na terapia comportamental. A grande parte dos adolescentes

(...) é tratada ambulatorialmente, mas aqueles com desnutrição grave ou desequilíbrios eletrolíticos ou psiquiátricos (depressão grave ou ideias suicidas) exigem hospitalização. Uma equipe interdisciplinar de nutricionistas, médicos, enfermeiras e conselheiros oferece as intervenções (Winkelstein, 2006b: 534).

Gonçalves e Marques (2008: 177-178) afirmam que, as recidivas são frequentes “embora, a longo prazo, haja tendência para o desaparecimento das perturbações alimentares. Em cerca de 15 a 20% dos casos há evolução para formas crônicas com limitações psicológicas e físicas importantes”.

Em Portugal, num dos primeiros estudos, com uma população adolescente, realizado em Coimbra por Bento, Saraiva, Pereira, Azevedo e Santos (2011) verificou a existência de atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais. O estudo realizado em 997 inquéritos válidos, numa amostra com média de idades de 16 anos, revelou que 86,6% dos alunos apresentavam valores de IMC dentro dos valores de peso normal, 2,5% baixo peso, 8,8% excesso de peso e 2,1% obesidade. Verificou-se, também, “que 40 alunos (4%) apresentaram atitudes e comportamentos alimentares com elevada probabilidade de serem disfuncionais (5,9% das raparigas e 1,7% dos rapazes)” (Ibidem: 26). Estes resultados obtidos

(...) confirmam a já conhecida presença de atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais em estudantes do ensino secundário, principalmente no sexo feminino. (...)

Estudos em países não ocidentais (...) revelam que a prevalência de atitudes alimentares disfuncionais situa-se entre os 4,6 e 20%, enquanto que, em países ocidentais, situa-se entre os 7,5 e 30% (Ibidem: 26).

Embora os resultados encontrados ainda assumam um valor baixo, confirmam desde logo a existência de transtornos no comportamento alimentar dos adolescentes portugueses.

Por sua vez, López, (2003) afirma que, não é de estranhar que os adolescentes se comecem a preocupar desde cedo com o seu peso e formas corporais, pois as mudanças corporais somadas às pressões sentidas pelo meio social, familiar e dos pares vão criando lentamente a consciência da importância de uma imagem corporal cuidada para conseguir alcançar o êxito. Neste sentido a preocupação com a obesidade assume papel importante na vida do adolescente, não só pelas eventuais complicações de saúde, mas fundamentalmente pela sua imagem corporal.

3 - AUTO PERCEÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

A auto percepção define-se como a percepção que o indivíduo tem de si próprio (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2012) e desde tenra idade que se começa a adquirir esta capacidade quando, a criança se reconhece frente ao espelho. Quando existem problemas a nível psicológico, pode estar alterada a percepção da imagem corporal do indivíduo, sendo que existem alguns estudos acerca da percepção da dimensão corporal, onde demonstram que indivíduos obesos sobrestimam o seu tamanho corporal (Schwartz e Brownell, 2004).

De acordo com Castilho (2001) o corpo concretiza a existência do indivíduo, sendo a partir dele, que se percebe, é percebido e interage com o mundo que o rodeia. Deste modo, a construção e percepção da imagem corporal é um processo dinâmico, sujeito a mudanças constantes, dependendo da vivência do sujeito. Aprende-se a avaliar o seu próprio corpo através da interação com o ambiente, e deste modo, a sua autoimagem é desenvolvida e reavaliada continuamente ao longo da vida inteira. O modo de pensar, sentir e agir perante a percepção de características físicas influencia na formação da personalidade do indivíduo (Ibidem).

O conceito de imagem corporal refere-se a uma ilustração mental do tamanho, forma e imagem do corpo, moldados de acordo com os sentimentos, que se adquirem, relacionados com essas características específicas (Slade 1994). Sendo uma construção de carácter cognitivo e individual, está em constante mudança devido à interação com o ambiente que o rodeia. Schilder (1999) apresenta a definição de imagem corporal como a figura do próprio corpo, que se forma na mente do indivíduo e o modo pelo qual o corpo aparece para si mesmo, acrescentando ainda que cada emoção modifica a imagem corporal. Deste modo, na construção da imagem corporal há uma interação e inter-relação entre fatores pessoais (fisiológicos e psicológicos), sociais e emocionais, e que para a construção da autoimagem é necessário outros corpos em redor, além disso, a imagem corporal não é apenas uma construção cognitiva, mas também um reflexo de desejos, emoções e interação com os outros (Ibidem).

A importância concedida à imagem corporal tem vindo a adquirir um espaço predominante na sociedade de hoje, passando de uma preocupação relativa para uma preocupação evidente. A imagem corporal e todas as preocupações envolventes converteram-se no cerne da vida contemporânea, entendendo assim que essas preocupações não sejam apenas de carácter individual mas comuns a toda a sociedade atual (Grande, 1997 cit. por Pereira, 1999). Ainda de acordo com Pereira (1999), o corpo tornou-se num dos valores mais importantes, muito valorizado e difundido na nossa sociedade, através dos meios de comunicação social.

De acordo com Fonseca e Matos (2005) também a obesidade na adolescência traz consigo conotações negativas conduzindo a sequelas psicossociais importantes, além das complicações médicas subjacentes à obesidade. Os adolescentes obesos tornam-se desde muito cedo alvos de discriminação sistemática por parte dos colegas, e são restringidos a pequenos grupos de amigos (Ibidem). Além disso, eles são mais propensos a desenvolver uma autoimagem negativa, que parece persistir na idade adulta (Stunkard, 1967 cit. por Ibidem), assim como uma baixa autoestima, solidão, tristeza, nervosismo, e depressão, estando mais propensos a envolverem-se em comportamentos de alto risco, tais como fumar ou consumir álcool (Strauss, 2000 cit. por Fonseca e Matos (2005). O descontentamento com

(...) a imagem corporal na infância e na adolescência pode também ser factor de risco para o desenvolvimento de algumas alterações do comportamento alimentar. A bulimia, a anorexia nervosa e em certo contexto a obesidade são doenças do comportamento alimentar que se manifestam pelo aumento de ansiedade e perturbações da personalidade inseridas nas transformações culturais da sociedade (Silva, Rego, Camila, Azevedo e Guerra, 2008: 8).

A insatisfação com a imagem corporal é muito frequente na adolescência e pode afetar a saúde do adolescente, mais tarde adulto, física ou psicologicamente, assim como a relação consigo próprio e com os outros, diminuindo a qualidade de vida. Ter uma adequada percepção e interpretação da sua imagem corporal é o primeiro passo para conseguir alcançar um *corpo são em mente são*. Avaliar a imagem corporal e o grau de satisfação que o adolescente possui com o seu corpo poderá eventualmente, ser um primeiro passo para o despiste de alguns transtornos alimentares.

3.1 - AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

A forma de como um indivíduo se reconhece e se descreve a si próprio é denominada de autoconceito o qual engloba,

(...) todas as noções, crenças e convicções que constituem o autoconhecimento de um indivíduo e que influenciam as relações desse indivíduo com os outros. Não está presente no nascimento, mas se desenvolve gradualmente (...). Contudo, o autoconceito de um indivíduo pode ou não refletir a realidade (Hockenberry et al., 2006: 90).

A imagem corporal é um elemento fundamental no autoconceito, uma vez que o indivíduo se apercebe do seu próprio corpo e do seu aspeto físico.

Durante a adolescência, a imagem corporal, admite particular importância no molde da identidade, uma vez que,

(...) qualquer desvio real ou percebido da “norma” (...) é motivo de preocupação. (...) A adolescência é a idade na qual a criança se torna mais preocupada com o seu “eu” físico. (...) O adolescente enfrenta conflitos entre o que ele vê e o que imagina como a estrutura corporal ideal. (...) sendo um aspecto da crise psicossocial da adolescência (Ibidem: 91).¹¹

As escalas de silhuetas são vulgarmente utilizadas para avaliar distorções na imagem corporal, pois permitem avaliar as diferenças entre o corpo real e o ideal, além da percepção da imagem corporal que o indivíduo tem de si próprio (Thompson e Gray, 1995). Segundo Fonseca (2012: 135), “muitas vezes, apesar de ser tipicamente uma idade em que é dada muita importância à imagem corporal, o adolescente não está consciente do seu grau de excesso de peso”, tornando-se necessário auxiliá-lo a tomar consciência do seu IMC.

Para a avaliação da percepção da imagem corporal real e ideal, utiliza-se

(...) o esquema de **silhuetas** do “**Body Silhouette Chart**”, (Collins, 1991), (...). O esquema é constituído por sete silhuetas de crianças, masculinas e femininas, numeradas de 1 a 7, que corresponde ao *score* de cada figura. Foi originalmente utilizado por Collins, (1991), para auto-avaliação em pré-adolescentes com doenças do comportamento alimentar, medindo o seu grau de insatisfação com a imagem corporal, (discrepância entre a percepção da auto-imagem e a imagem real) (Aparício et al., 2011: 103)¹².

Na utilização do esquema de silhuetas (Figura 1), é solicitado que assinalem a silhueta com a qual se identificam (percepção real) e também a silhueta que gostariam de ter (percepção ideal), sendo que o resultado obtido traduz a diferença entre a percepção corporal real e a ideal. Um score positivo ou negativo indica uma percepção distorcida da imagem corporal real em relação à imagem corporal ideal. Segundo Aparício et al. (2011: 103), um “score 0 indica não haver discrepância de percepção” entre imagem corporal real e a ideal.

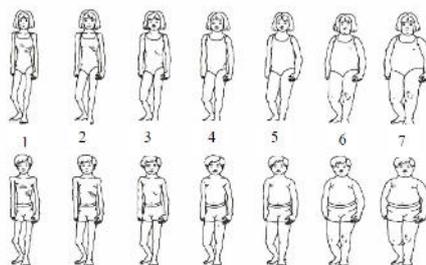


Figura 1 - Esquema de Silhuetas da Imagem Corporal, segundo Collins (1991)

Fonte: Aparício et al. (2011: 104)

De acordo com Fonseca (2012: 135-136), “o número um corresponde à magreza extrema, o número dois à magreza relativa, os números três, quatro e cinco à normalidade, o seis ao excesso de peso e o sete à obesidade”.

¹¹ Aspas utilizadas pelos autores.

¹² Aspas, itálico e negrito, usados pela autora.

Segundo Jacob (1994), existe uma relação entre a imagem corporal e a autoestima pois, a imagem corporal avaliada compreende competência e autoconfiança reforçando a autoestima do indivíduo. A definição de autoestima compreende, autorrespeito e autoaceitação, sendo “o valor que um indivíduo coloca em si mesmo e se refere a uma avaliação geral de si (...). A autoestima é descrita como o componente cognitivo” (Hockenberry et al., 2006: 91).

De acordo com Becker (1999), uma imagem corporal com avaliação negativa pode estabelecer o aparecimento de autoestima diminuída e depressão ou seja, sofrimento. Por sua vez, Richardson (1997), afirma que a relação entre uma baixa autoestima com uma imagem corporal distorcida é evidente. Para Fonsenca (2012), a dificuldade em aceitar e compreender os sentimentos perturba o desenvolvimento de respostas adaptativas além disso, foi provado que

(...) uma maior proporção de emoções negativas (nomeadamente, uma maior reatividade ao stresse), uma autoconsciência pobre (dificuldade em identificar e distinguir estados emocionais e sentimentos) e uma dificuldade em controlar os impulsos constituíam fatores etiológicos importantes para o desenvolvimento de distúrbios que vão desde a anorexia à obesidade (Ibidem: 152).

Para Blasco, García-Mérita, Atienza, e Balaguer (1997) a satisfação ou insatisfação com a imagem corporal pode estar relacionada ao sexo. A imagem corporal é muito mais controversa para as raparigas do que para os rapazes, Jacob (1994) afirma que há maior propensão para que o sexo masculino esteja mais satisfeito com a imagem corporal do que o sexo feminino, na mesma faixa etária. Por outro lado, Batista (1995) após realizar um estudo, na região do Porto, com 629 adolescentes entre os 11 e 17 anos, revelou que existe uma diminuição da satisfação com a imagem corporal à medida que o peso corporal aumenta e que “quer a actividade física quer a autoestima surgem significativamente associadas (...) à satisfação com a imagem corporal” (Batista, 1995: 209). Deste modo, a atividade física e a autoestima surgem como condicionantes da satisfação com a imagem corporal. Enquanto “a actividade física, pela riqueza de vivências que proporciona, parece gerar maior satisfação corporal, a forma como o indivíduo se sente consigo mesmo parece também desempenhar um importante papel nos aspectos da satisfação com a imagem corporal” (Ibidem: 215). Deste modo,

(...) a redução do tempo sedentário, o aumento da atividade física e da aptidão cardiorrespiratória dos jovens (...) deve constituir como a resposta da sociedade ao difícil problema de prevenir o excesso ponderal dos jovens e respetivos problemas de natureza social, psicológica e biológica (Sardinha, 2012: 179).

A valorização da prática regular de atividade desportiva, segundo Vilas-Boas (1997), parece estar relacionada com as preocupações crescentes com a saúde e, sobretudo, com a imagem corporal e redução do IMC.

Em Portugal, num estudo realizado, em Évora, em 2007 com 52 crianças e adolescentes dos 7 aos 12 anos de idade, revela que “70,8% avaliaram erradamente a sua imagem corporal, a

maioria (80,5%) subvalorizando-a; 70,8% estavam insatisfeitos com a sua imagem corporal” (Salvado e Silva, 2009: 13). Outro estudo, envolvendo 53 adolescentes dos 10-12 anos, no Hospital São João menciona que, a globalidade

(...) das crianças/adolescentes apresenta obesidade nutricional, e identificam-se predominantemente com a imagem F6 (M=54% e F=57%), independentemente do sexo. Em ambos os sexos a maioria das crianças/adolescentes (M=54% e F=50%) gostaria de ter uma imagem F4, considerada pela escala aplicada como a imagem ideal (Silva et al., 2008: 7).

De referir que, o estudo mencionado anteriormente, no Hospital de São João, avalia a imagem corporal em adolescentes que se encontravam na consulta de obesidade, razão pela qual se pensa que, por este motivo, conseguem reconhecer e admitir o seu excesso de peso.

Numa tentativa de perceber como é que os alunos do segundo ciclo do ensino básico percecionam a sua imagem corporal surgiu este estudo, que de seguida será apresentado e, com o qual se pretende caraterizar a auto percepção da imagem corporal dos alunos do segundo ciclo do ensino básico, de uma escola de Castelo Branco e compará-la com o estado nutricional avaliado.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

1 - METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

2 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1 - METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

Segundo Fortin (2003), a metodologia é a estratégia que permite delinear as diferentes opções para o estudo que se está a planear, não sendo os dados obtidos na pesquisa indiferentes à sua forma de obtenção. Deste modo, é essencial em qualquer estudo, assegurar a validade e credibilidade científica nos resultados que se pretendem obter, pelo que, para o garantir, é necessário apresentar previamente os procedimentos que se pretendem vir a desenvolver durante as várias etapas, para se alcançar os objetivos propostos.

O processo de investigação compreende três fases principais: a fase conceptual, a fase metodológica e a fase empírica. Estas fases não são independentes mas interrelacionam-se entre si, de forma a proporcionar uma sequência lógica em qualquer trabalho de investigação (Ibidem). Após a fase de conceptualização, onde se define um tema ou domínio de investigação, segue-se a fase em que é necessário tomar decisões metodológicas. Neste capítulo apresenta-se a fase metodológica que, para Polit, Beck, e Hungler (2004), consiste na determinação das estratégias adotadas para desenvolver informações precisas, objetivas e passíveis de interpretação. De acordo com Fortin (2003), na fase metodológica o investigador irá determinar os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação formuladas, definirá a população em estudo, e os instrumentos mais apropriados para efetuar a colheita dos dados. A fase empírica, ou fase de execução, implica a recolha dos dados no terreno, organização e tratamento, utilizando-se “técnicas estatísticas descritivas e inferenciais ou, segundo os casos, análise de conteúdo. Em seguida, passa-se à interpretação, depois à comunicação dos resultados. A partir destes resultados, podem-se propor novas vias de investigação e formular recomendações” (Ibidem: 41).

1.1 - TIPO DE ESTUDO

A abordagem ou tipo de estudo escolhido depende, essencialmente, dos objetivos definidos e questões de investigação. De acordo com o objetivo deste estudo, *Caraterizar a auto percepção da imagem corporal, dos alunos do segundo ciclo do ensino básico, de uma escola de Castelo Branco, e compará-la com o estado nutricional avaliado*, esta investigação dirige-se para um estudo quantitativo, na medida em que se pretende relacionar o valor do IMC apresentado

com a auto percepção da imagem corporal, consistindo em “atribuir valores numéricos aos objectos ou acontecimentos segundo certas regras de medida ou de correspondência” (Fortin, 2003: 221).

O método “de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis” (Ibidem: 222) e baseia-se na observação de factos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. De acordo com a mesma autora o método de investigação quantitativo permite o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, oferecendo a possibilidade de fazer generalizações dos resultados.

Borch e Arthur, citados por Franco (2001) referem que a abordagem quantitativa permite a realização de um estudo com grandes amostras representativas seguindo um estilo de investigação linear. Para ambos os autores a abordagem quantitativa tem um poder bastante relevante, com a construção de um conhecimento estruturado, com validade interna, podendo permitir a generalização e a previsibilidade a um baixo custo.

Tendo em conta as questões de investigação formuladas, esta investigação insere-se no tipo de estudo não experimental, dado que identifica relações entre variáveis, sem controlo manipulativo das variáveis independentes, e estudo descritivo porque a sua finalidade é observar, descrever e relacionar aspetos de uma situação ou fenómeno (Polit et al., 2004). Por outro lado, considerando a dimensão tempo em que decorre o estudo, este é transversal, pois procura precisar a natureza de uma situação num determinado momento. Este estudo é ainda de análise qualitativa, dado que utiliza a análise dos dados, permitindo através de dados numéricos, fornecer conhecimentos objetivos no que concerne às variáveis em estudo, refletindo o ponto de vista dos participantes, observando-se a sua validade pela representatividade no conjunto de elementos que constituem o conceito a medir (Fortin, 2003), e simultaneamente utiliza a análise de conteúdo, enquanto método, a qual é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2009).

1.2 - OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Qualquer trabalho de investigação deve conter objetivos que, do ponto de vista científico, o caracterizem. Para Cardoso (1998), a essência de um bom trabalho de investigação, depende, em muito, da forma como se estabelece o objetivo do estudo. O autor acrescenta que, os objetivos devem ser poucos, bem definidos, claros e mensuráveis de modo a satisfazer os propósitos do estudo. Fortin (2003) realça que o objetivo de investigação enuncia de forma

precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às questões traçadas inicialmente.

Neste contexto, é objetivo geral do estudo: *Caraterizar a auto percepção da imagem corporal, dos alunos do segundo ciclo do ensino básico, de uma escola de Castelo Branco, e compará-la com o estado nutricional avaliado.*

Os objetivos específicos do estudo são:

- Caraterizar a população em estudo, quanto às caraterísticas pessoais e familiares;
- Avaliar o estado nutricional dos alunos;
- Analisar a auto percepção da imagem corporal dos alunos;
- Comparar a auto percepção da imagem corporal com o estado nutricional avaliado.

Ao longo deste trabalho, procura-se responder a algumas questões gerais de investigação, as quais dizem respeito às inquietações que dão origem a qualquer estudo e funcionam como ponto de partida e orientação de todo o trabalho. Segundo Fortin (2003: 51) “uma questão de investigação é um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”. Para este estudo, são definidas as seguintes questões de investigação:

Questão 1 - Quais as caraterísticas pessoais e familiares dos alunos em estudo?

Questão 2 - Qual o estado nutricional dos alunos?

Questão 3 - Como reconhecem os alunos a sua imagem corporal?

Questão 4 - A auto percepção da imagem corporal coincide com o estado nutricional avaliado?

Para responder às questões de investigação foi selecionada uma população para o estudo, o qual decorreu numa escola do ensino básico na cidade de Castelo Branco.

1.3 - POPULAÇÃO EM ESTUDO

Uma das etapas do processo de investigação é especificar o grupo, sobre o qual vai incidir o estudo, denominado de população ou universo. Segundo Polit et al. (2004), a população é uma agregação de casos que satisfazem um conjunto específico de critérios e pelos quais o investigador tem interesse. Por outro lado, Lakatos e Markoni (1996) conceituam universo ou população como um conjunto de seres com pelo menos uma caraterística em comum. De todo o universo de casos existentes, distinguem-se dois tipos de população: população alvo e população acessível. A população alvo “refere-se à população que o investigador quer estudar e para a qual deseja fazer generalizações” (Fortin, 2003: 41), enquanto a população acessível “compreende os casos da população alvo que estão acessíveis ao pesquisador como um grupo de

sujeitos” (Polit et al., 2004: 224). A população proposta para este estudo foi a totalidade dos alunos do segundo ciclo do ensino básico, de uma escola de Castelo Branco, num total de 233 alunos.

Antes de se proceder à recolha de dados, foi necessário solicitar autorização formal ao diretor do agrupamento da escola onde decorreu o estudo (APÊNDICE I), referindo os objetivos do estudo e o período de tempo em que decorreria a investigação na escola. O consentimento por parte do diretor foi dado de imediato, a 7 de maio 2012, dando autorização para o início do estudo na referida escola e fornecendo as listas das dez turmas de alunos do segundo ciclo do ensino básico e contactos dos respetivos diretores de turma.

Posteriormente, através dos diretores de cada turma, foi entregue para todos os alunos um consentimento informado dirigido aos encarregados de educação (APÊNDICE II), onde era dado a conhecer o estudo e solicitada a autorização necessária para que o seu educando pudesse participar. Aquando a recolha da autorização dos encarregados de educação, o diretor de turma indicava o(s) dia(s) e hora mais propícios à aplicação do estudo na respetiva turma. Mediante a disponibilidade pessoal, laboral e também do material disponível (balança e estadiómetro) requerido à ESALD (APÊNDICE III), a avaliação foi realizada à população em estudo, a qual foi submetida aos seguintes critérios de inclusão:

- Alunos do segundo ciclo do ensino básico;
- Alunos com autorização do encarregado de educação para participarem no estudo;
- Alunos com condições para permitirem a avaliação dos parâmetros necessários.

Após respeitar todos os critérios de inclusão, o estudo incidiu em 140 alunos do segundo ciclo, os quais foram avaliados, em sala de aula e na presença de um professor da turma, no período de 21 de maio a 8 de junho 2012.

1.4 - VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Numa investigação, quando um conceito é colocado em ação toma o nome de variável. Fortin (2003: 36) define variáveis como “qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação”. Como cada pessoa possui qualidades, propriedades e características diferentes, a variável assume para os diversos casos, valores diferentes. As variáveis “são assim denominadas por seus traços variarem de uma pessoa para outra” (Polit et al., 2004: 226), podendo tomar diferentes valores numéricos para exprimir graus, quantidades e diferenças. Uma variável é “uma propriedade observável que varia e à qual são atribuídos valores” (Fortin, 2003: 216), podendo ser ou não mensurável.

As variáveis mensuráveis, tais como o peso, altura, idade ou ano de escolaridade denominam-se variáveis quantitativas, podendo ainda subdividir-se em contínuas (compostas por números fracionários) ou discretas (expressas por números inteiros).

As variáveis não mensuráveis, tais como a cor do cabelo, naturalidade, características psicológicas ou outras qualidades que não podem ser mensuráveis numericamente também se subdividem em ordinais (isto é, podem ser ordenadas por uma hierarquia) ou nominais (não podem ser ordenadas). No caso das variáveis nominais, os seus valores são expressos por atributos, como por exemplo o sexo (masculino ou feminino), deste modo, os dados nominais são agrupados em categorias permitindo apenas uma classificação qualitativa. As variáveis qualitativas são também chamadas de categóricas ou de atributos.

Existem quatro escalas de medida que permitem qualificar e/ou quantificar determinada variável, sendo que, as mais utilizadas são as escalas nominais e as ordinais. No entanto, existem outras escalas não menos importantes, como as escalas de intervalo e as escalas de rácio (Hill e Hill, 2000).

A escala nominal consiste num conjunto de categorias de resposta qualitativamente diferentes e mutuamente exclusivas, é utilizada para a classificação de variáveis qualitativas de forma a agrupá-las de acordo com determinadas categorias ou características, enquanto as escalas ordinais admitem uma ordenação numérica das suas categorias, estabelecendo uma relação de ordem entre elas, não permitindo no entanto medir a magnitude das diferenças entre as categorias (Hill e Hill, 2000). Segundo Fortin (2003) este tipo de escala pode ser aplicado tanto às variáveis qualitativas como às variáveis quantitativas. A escala intervalar é já considerada uma escala de mensuração pois permite uma quantificação real das variáveis, apesar de ter como característica fundamental a ausência de zero absoluto, ou seja admite valores negativos. Nesta, as diferenças entre valores numéricos adjacentes na escala indicam diferenças iguais na quantidade da variável medida (Hill e Hill, 2000). Por fim, as escalas de rácio têm todas as características das escalas de intervalo, mas neste caso o zero representa um valor real (Ibidem). Quando existem variáveis ordinais, os dados podem ser distribuídos em categorias com uma ordem natural, como por exemplo o nível de escolaridade, percepção do peso, faixa etária, entre outras características.

De acordo com os objetivos e finalidades de uma investigação as variáveis podem ainda ser classificadas de diferentes maneiras, podendo umas ser manipuladas e outras controladas. Fortin (2003: 37) classifica-as em “1) as variáveis independentes e dependentes, 2) as variáveis atributo, e 3) as variáveis estranhas”.

As variáveis independentes e dependentes são normalmente utilizadas nos estudos do tipo experimental já que uma influencia a outra, a variável independente é aquela que se

pretende mensurar os efeitos sobre a variável dependente e, por sua vez, a variável dependente sobre um efeito esperado o qual o investigador pretende conhecer e descrever (Ibidem). As variáveis atributo ou organísmicas são definidas por Fortin (2003: 37) como “as características dos sujeitos num estudo” que nos leva a conhecer o perfil desses mesmos sujeitos após a recolha de dados. As variáveis estranhas, são denominadas como aquelas que podem alterar os resultados de uma investigação levando a efeitos inesperados. Estas estão presentes em todos os estudos podendo influenciar tanto as variáveis dependentes como as independentes e nas quais se incluem as variáveis do ambiente físico e social, variáveis demográficas e as diferentes características individuais (Ibidem).

A definição das variáveis e sua operacionalização é fundamental para o desenrolar da investigação empírica, dado que definem de forma clara e objetiva não só o seu significado conceptual mas essencialmente as características que permitem ao investigador medir/manipular a variável (Lakatos e Marconi, 1996).

A **variável dependente** é a aquela que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente (Fortin, 2003). Neste estudo apresenta-se, como variável dependente, a auto percepção da imagem corporal referida pelos alunos do segundo ciclo da escola do ensino básico.

A variável dependente foi medida através de uma escala de silhuetas corporais, denominada “Body Silhouette Chart” do autor Collins. Esta escala é constituída por sete silhuetas corporais, masculinas e sete femininas, que evoluem gradualmente da magreza (baixo peso) para a obesidade, e onde o adolescente seleciona a imagem com a qual se identifica (imagem real) e a imagem que gostaria de ter (imagem desejada) (Aparício et al., 2011).

A **variável independente** é aquela que influencia, determina ou afeta uma outra variável; sendo fator determinante, condição ou causa para certo resultado, efeito ou consequência (Lakatos e Marconi, 1996). Neste estudo são avaliadas as características dos pais e as características dos alunos.

As caraterísticas dos pais permitem-nos simultaneamente uma caracterização sociodemográfica da população em estudo, sendo avaliada a idade dos pais, o estado civil, habilitações literárias, profissão e situação profissional no momento.

A idade define-se pelo número de anos que a pessoa conta desde o seu nascimento até a um determinado momento, neste caso maio 2012 altura em que se realizou a colheita de dados. A idade, do pai e mãe, é referida pelo aluno (no questionário) colocando a idade dos pais, a qual é posteriormente agrupada por classes de idades com amplitude de dez anos, para mais fácil análise dos dados.

O estado civil diz respeito à situação conjugal, sendo dada como opções de resposta: solteiro(a); casado(a); separado(a) (vivem em separação, mas ainda não obtiveram o divórcio); divorciado(a) ou viúvo(a); para o aluno identificar a situação referente ao pai e à mãe.

As habilitações literárias, de ambos os pais, também são avaliadas e referem-se às qualificações académicas dos pais. Nesta questão são dadas opções de escolha: sem escolaridade; 1º ciclo (1º ao 4º ano); 2º ciclo (5º e 6º ano); 3º ciclo (7º ao 9º ano); ensino secundário (10º ao 12º ano); ensino superior (que inclui bacharelato, licenciatura, mestrado ou doutoramento), e onde o aluno seleciona as opções adequadas aos seus pais.

Como profissão, entende-se a atividade que permite ao pai e/ou mãe um meio de subsistência do seu agregado familiar. Apesar de se efetuar uma pergunta de resposta aberta, destinada à profissão do pai e mãe, as respostas foram categorizadas com base na Classificação Portuguesa das Profissões (CPP), elaborada a partir da Classificação Internacional Tipo de Profissões de 2008 pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), e de onde se destacam 10 grandes grupos profissionais: Grupo 0 - Profissões das Forças Armadas; Grupo 1 - Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos; Grupo 2 - Especialistas das atividades intelectuais e científicas; Grupo 3 - Técnicos e profissões de nível intermédio; Grupo 4 - Pessoal administrativo; Grupo 5 - Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores; Grupo 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta; Grupo 7 - Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices; Grupo 8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem e; Grupo 9 - Trabalhadores não qualificados (INE, 2011).

Por fim, avalia-se a situação profissional dos pais, isto é, a situação em que se encontram perante a profissão referida anteriormente sendo dadas como possibilidades de resposta: reformado; profissão ativa; não trabalha ex.: doméstica; ou desempregado; e onde o aluno coloca a opção que se adequa ao seu pai e /ou mãe. É indispensável admitir que a influência da classe socioeconómica não pode ser descurada e que, “as relações familiares podem ser mais fortes entre alguns grupos étnicos ou culturais do que em outros. No entanto (...) a classe socioeconómica está ligada aos níveis económicos e educacionais da família” (Hooke, 2006: 58).

No que respeita às caraterísticas dos alunos, estas são avaliadas quanto ao sexo, idade, tipo de família, número de irmãos, zona de residência, hábitos alimentares, prática desportiva e opinião em relação ao seu aspeto físico.

É categorizado o sexo dos alunos (masculino ou feminino), assim como a idade (data de nascimento), sendo dados importantes para posteriormente se realizar a avaliação do IMC e caraterização do estado nutricional.

A composição do agregado familiar, isto é, o tipo de família também é avaliada, considerando que existem diversas composições do agregado familiar. A família é entendida como um grupo (pai e mãe) necessários para criar a criança, sendo que na sociedade, a definição de família, é entendida como um conjunto de pessoas, que vivem juntas, cuidam uns dos outros e propiciam orientação para os seus membros dependentes Wong (1997). O tipo de família é caracterizado mediante a sua composição, deste modo consideram-se diversos tipos de família, tais como: família “nuclear constituída por pai, mãe e filhos; alargada quando além dos elementos da família nuclear coabitam outros elementos como avós, tios, etc; monoparental constituída só pelo pai ou pela mãe e irmão se os houver” (Jorge, 2004: 114) e ainda a ausência de família, isto é, institucionalizados. Em qualquer momento da vida a composição da família pode ser modificada sendo que,

(...) a composição da família assumiu novas configurações nos últimos anos, com a família de pais solteiros e as famílias do primeiro casamento se tornando proeminentes. Não é raro que as crianças pertençam a vários grupos familiares distintos durante suas vidas (Wong, 1997: 56).

Deste modo, para a operacionalização do tipo de família nuclear é considerada também a família mista ou reconstituída que, “é a recomposição de duas famílias nucleares primitivas. Consiste num dos progenitores e num padrasto/madrasta (...), activamente envolvidos na educação da criança” (Opperman e Cassandra, 2001: 36) e eventualmente irmãos, de um segundo casamento, que não compartilham o pai ou mãe biológica.

Segundo Murray (2006), os filhos únicos têm a vantagem dos pais lhes dedicarem, exclusivamente, mais tempo, “no entanto, os pais também exercem maior pressão para um comportamento maduro e de conquista em idade prematura” (Ibidem: 40). A existência de irmãos e cumplicidade entre eles pode ser uma “ajuda ao outro em relação aos problemas da infância, dão apoio para lidar com os pais ou outras pessoas alheias à família, e podem promover a introdução em novos grupos de amigos” (Ibidem: 39). Os irmãos assumem papel importante no seio familiar uma vez que contribuem no processo de socialização, ajudando a estabelecer e manter as normas, promovendo o desenvolvimento da educação familiar, por isso também se avaliou o número de irmão que o aluno tem. Segundo Wong (1997: 60) “A maioria das crianças possui pelo menos um irmão ou irmã. (...) muitas pessoas acreditam que as crianças desenvolvem-se melhor dentro da companhia de outras crianças”. De acordo com Murray (2006) em famílias pouco numerosas

(...) existe mais participação democrática das crianças do que em famílias grandes. Os adolescentes de famílias pequenas identificam-se mais fortemente com seus pais e confiam neles para os conselhos. Eles têm controles internos autônomos bem desenvolvidos em contraste com os adolescentes de famílias grandes, que acreditam mais na autoridade do adulto. (...) os adolescentes de uma família grande são mais orientados pelos colegas do que pela família (Ibidem: 38).

Outra característica sociodemográfica a ser avaliada é a zona de residência, avaliando-se o número de alunos que vivem em zona urbana (na cidade de Castelo Branco) ou num meio rural próximo uma vez que a escola em estudo tem uma zona de abrangência de quinze freguesias e, segundo Pretti et al. (2007, cit. por Bento, 2011), “a residência em meio urbano é considerada um fator epidemiológico de risco para a adoção de atitudes alimentares disfuncionais”.

Os hábitos alimentares dos alunos são avaliados em duas perguntas diferentes ao longo do questionário. Avalia-se as refeições habituais, que o aluno faz durante o dia, sendo dadas como opções de resposta: pequeno-almoço; lanche da manhã; almoço; lanche da tarde; jantar e ceia. Avalia-se também, se o aluno evita comer algum alimento devido à sua imagem corporal, sendo ainda pedido para discriminar, em caso afirmativo, qual o alimento que evita e o motivo. Tratando-se de uma pergunta de resposta aberta, foram agrupadas as respostas dadas pelos alunos após análise de conteúdo e de acordo com as unidades de contextualização.

A avaliação da prática desportiva também é analisada, sendo subdividida em vários pontos, de acordo com as características do desporto praticado. É questionado se pratica ou não desporto; qual o desporto que pratica (agrupados os diferentes desportos também, após análise de conteúdo e de acordo com as unidades de contextualização), o local onde realiza a sua prática desportiva (escola/ atividades de tempos livres, rua/casa ou zona desportiva), sendo a zona específica ou não para o efeito e se tem a presença de um professor/treinador; questiona-se ainda a frequência semanal e o motivo que o leva à prática, isto é, se aluno pratica exercício físico com a intenção de reduzir o seu peso.

Na avaliação do aspeto físico é questionado ao aluno se considera que o seu peso está normal, acima do normal ou abaixo do normal; e se ele se sente bem com o seu aspeto físico. Além destas questões é ainda indagado, ainda, qual a parte do corpo que o aluno mais gosta em si, qual a parte do corpo que menos gosta, e se pudesse, o que mudaria em si, sendo três perguntas de resposta aberta, também estas, sujeitas a análise de conteúdo. Por fim, após preenchimento de todo o questionário por parte do aluno, foi realizada pela investigadora a avaliação antropométrica, com avaliação do peso e estatura, dados necessários para a classificação do estado nutricional do aluno. Optou-se por realizar a avaliação apenas no final do preenchimento do questionário, com o objetivo de não influenciar a análise corporal realizada pelo aluno, uma vez que o peso observado poderia influenciar na decisão sobre a sua percepção corporal.

Após identificação de todas as variáveis em estudo é essencial a sua operacionalização, ou seja, traduzi-las em conceitos mensuráveis para se proceder ao tratamento estatístico dos dados. A definição operacional de uma variável permite que esta possa ser medida ou

manipulada numa situação concreta. “Medir consiste em atribuir números a objectos, acontecimentos ou pessoas, segundo certas regras, de maneira a representar um atributo específico” (Nunally cit. por Ibidem: 216). Segundo Ribeiro (2005: 5) “Há dois princípios fundamentais a respeitar quando se relaciona a variável com a escala a que pertence (...) o da universalidade e da exclusividade”. O princípio da universalidade diz que a escala se deverá aplicar a todos os indivíduos da população ou da amostra; o princípio da exclusividade refere que dentro da mesma escala o indivíduo só poderá pertencer a um nível, valor ou classe diferente (Ibidem).

A operacionalização da variável dependente neste estudo (auto percepção da imagem corporal) é efetuada, como já foi referido anteriormente, através da escala composta por sete silhuetas corporais para rapaz e para rapariga, na pergunta número 20 do questionário. Por sua vez, a operacionalização das variáveis independentes é sintetizada no Quadro 1, que apresenta as variáveis independentes a serem avaliadas neste estudo, respetivo número da questão do questionário e a sua operacionalização.

Quadro 1- Operacionalização das variáveis independentes em estudo

	Variável	Questão	Operacionalização
Caraterísticas dos pais	Idade dos pais	6	Idade dos pais categorizada em intervalos com amplitude de 10 anos
	Estado civil	7	Solteiro(a); casado(a); separado(a); divorciado(a) ou viúvo(a)
	Habilitações literárias	8	Sem escolaridade; 1º ciclo; 2º ciclo; 3º ciclo; ensino secundário; ensino superior
	Profissão	9	10 Grupos profissionais segundo a CPP (INE, 2011)
	Situação profissional	10	Reformado; profissão ativa; não trabalha; desempregado
Caraterísticas dos alunos	Sexo	1	Masculino ou feminino
	Idade	2	Data de nascimento (dd/mm/aaaa)
	Tipo de família	3	Nuclear, alargada, monoparental, institucionalizados
	Número de irmãos	4	0, 1, 2, 3, 4, 5 ou +
	Zona de residência	5	Urbana / Rural
	Hábitos alimentares	11	Refeições que faz (pequeno almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar, ceia);
		15	Alimento que evita comer devido à sua imagem corporal (não/sim); qual e porquê
	Prática desportiva	13	Pratica desporto (não/sim); qual o desporto que pratica; onde pratica; quantas vezes por semana; porquê pratica;
		14	Pratica exercício físico com intenção de reduzir o seu peso (não/sim)
	Avaliação do seu aspeto físico	12	Considera o seu peso (normal, acima ou abaixo do normal);
		16	Sente-se bem com o seu aspeto físico (não/sim);
17		Qual a parte do corpo que mais gosta;	
18		Qual a parte do corpo que menos gosta;	
	19	Se pudesse, o que mudaria em si	
Avaliação antropométrica	21	Avaliação do peso e estatura	

Para a recolha dos dados necessários ao estudo, foi elaborado um questionário o qual foi preenchido pelos alunos, em sala de aula, e posteriormente à análise antropométrica foi codificado de modo a ser possível a sua identificação apenas pela investigadora.

1.5 - PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS

O processo da recolha de dados é a fase da pesquisa onde se obtêm dados reais através da aplicação de algumas técnicas. Segundo Polit et al. (2004), é a natureza do problema de investigação que determina o tipo de técnica de recolha de dados a utilizar. A escolha de determinado método é efetuada de acordo com as variáveis do estudo, a sua operacionalização e a estratégia da análise estatística selecionada.

Uma recolha de dados bem efetuada é crucial para a apresentação de conclusões fidedignas (Barros e Lehfeld, 1986). “O processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada juntos dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim” (Fortin, 2003: 261). A mesma autora considera como principais métodos de recolha de dados, as medidas objetivas, que não deixam lugar a interpretações e as medidas subjetivas que são fornecidas pelos sujeitos do estudo ou pelo investigador, das quais fazem parte, entre outros, a entrevista e o questionário.

A construção do instrumento de colheita de dados é uma das etapas do processo de pesquisa mais exigente e desafiadora. A sua importância é realçada por Polit et al. (2004), referindo que sem métodos para a colheita de dados, a precisão e força das conclusões da pesquisa são facilmente desafiadas.

Na escolha do instrumento de recolha de dados são tidos em consideração os seguintes fatores: os objetivos do estudo; o nível de conhecimento sobre as variáveis; a possibilidade da sua mensuração; a fidelidade e a validade dos instrumentos de medida, bem como, o custo e o tempo necessários para a sua aplicação (Fortin, 2003). Por conseguinte, o instrumento de recolha de dados deve adequar-se ao tipo e forma de obtenção das informações, aos objetivos da pesquisa e às características da mesma.

Existem dois tipos de métodos de recolha de dados, os estruturados e os não estruturados ou semiestruturados (Ibidem). Segundo a autora os primeiros são usados no caso de existir conhecimento prévio sobre os fatores em análise, pretendendo-se fazer descrição desses mesmos fatores em determinada realidade. Os segundos são usados quando o conhecimento científico sobre o fenómeno é incipiente e se pretende identificar fatores relacionados com esse

mesmo fenómeno. A utilização de métodos estruturados permite dirigir a pesquisa para os objetivos pretendidos, eliminando assim a dispersão desnecessária.

Neste estudo avaliou-se o peso e estatura dos alunos, visando a sua classificação nutricional, e analisou-se a auto percepção da imagem corporal com recurso ao esquema de Collins (1991) constituído por uma sequência de sete silhuetas masculinas e sete femininas, tendo sido utilizado um questionário para a recolha dos dados necessários ao estudo.

O questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos da investigação, sendo preenchido por eles, permitindo a colheita de informações de modo rigoroso e sem enviesamentos (Fortin, 2003). Neste estudo, a recolha de informação foi efetuada diretamente aos alunos através do questionário elaborado para o efeito (APÊNDICE IV) o qual permitiu recolher, em sala de aula, as informações necessárias para a concretização dos objetivos propostos. O questionário utilizado é um questionário misto, composto por perguntas de resposta fechada e de resposta aberta, comportando questões concretas e orientadas para responder às questões de investigação.

O questionário utilizado foi constituído por 21 perguntas, distribuídas do seguinte modo:

- as perguntas 1, 2, 3, 4 e 5, caracterizam o aluno quanto ao sexo, idade, tipo de família, número de irmãos e zona de residência, respetivamente;

- as perguntas 6, 7, 8, 9 e 10, caracterizam os pais dos alunos quanto à faixa etária, estado civil, habilitações literárias, profissão e sua situação profissional atual;

- as perguntas seguintes, 11 a 19, avaliam os hábitos do aluno quanto à sua alimentação (refeições que faz diariamente e alimentos que evita comer e porquê), quanto à prática desportiva (qual o desporto que faz, local, frequência semanal, e o motivo da prática desportiva) e a sua avaliação do aspeto físico (como considera o seu peso, sente-se bem com o seu aspeto, qual a parte do seu corpo que mais gosta, a que menos gosta e o que mudaria em si);

- a pergunta 20 analisa a auto percepção da imagem corporal, sendo apresentado o esquema de 7 silhuetas corporais para rapazes e raparigas, onde os alunos referem a imagem que corresponde a si na realidade e a imagem que gostariam de ter;

- finalmente, na pergunta 21 realiza-se a avaliação antropométrica do aluno sendo avaliado, ainda em sala de aula, o peso e estatura. Esta é a única questão preenchida pela investigadora, no final do preenchimento de todas as outras questões por parte do aluno. No momento da entrega pessoal do questionário, pelo aluno à investigadora, este é codificado de modo a permitir a sua identificação apenas pela investigadora. Do mesmo modo, o preenchimento dos valores de peso e altura é feito de modo confidencial de modo a que o aluno não se sinta intimidado perante os colegas de turma.

Na realização do questionário foi ainda tido em consideração que ele fosse acessível à compreensão dos alunos, sendo utilizada uma linguagem simples e disponibilizando ajuda no

esclarecimento de dúvidas durante o seu preenchimento. Foi também tido em consideração que o questionário não fosse muito longo e fosse apresentado numa só folha, de modo a evitar tanto quanto possível, provocar algum tipo de reação negativa por parte dos alunos.

A validação do questionário foi realizada previamente, no início do mês de maio 2012, numa outra escola da cidade de Castelo Branco, também a alunos do segundo ciclo, após autorização do diretor da escola para a realização do pré-teste. Para Lakatos e Marconi (1996), com a realização de um pré-teste pode-se verificar se o questionário oferece: fiabilidade, validade e operacionalidade. A aplicação do questionário foi realizada em sala de aula, na presença de um professor da turma, e o tempo médio que os alunos demoraram a responder foi de vinte minutos. Após a realização do questionário, os alunos entregavam-no pessoalmente à investigadora e eram avaliados os parâmetros antropométricos necessários para o estudo. Terminada a realização do pré-teste do questionário, e não existindo dúvidas na sua utilização por parte dos alunos, posteriormente, o questionário foi aplicado à população em estudo.

De acordo com Lakatos e Marconi (1996), a utilização do questionário, tal como todos os instrumentos de recolha de dados tem vantagens e desvantagens. Neste estudo, a principal vantagem da utilização do questionário foi a redução do tempo necessário para a recolha de dados, direcionando a pesquisa para os aspetos contidos no referido instrumento. Como principal desvantagem desta técnica refere-se o facto de em alguns casos se tornar impossível obter a informação pretendida (devido à ausência de resposta ou à falta de honestidade nas respostas dadas).

A recolha de dados para este trabalho foi efetuada apenas pela investigadora, o que também “promove a padronização de procedimentos e técnicas e permite a recolha de dados precisos e válidos” (Rito e Breda, 2011a: 12), evitando recorrer a terceiros e conseqüente formação dos mesmos para o efeito. Foi tido em consideração que, para a medição dos indicadores biológicos é necessário respeitar critérios definidos. Deste modo, os parâmetros antropométricos, peso e estatura, sendo medidas selecionadas principalmente por permitirem um rápido e fácil diagnóstico do estado nutricional dos adolescentes, foram avaliados de acordo com os requisitos mencionados por Rito e Breda (2011a).

Para uma avaliação antropométrica correta torna-se indispensável ter em consideração certos aspetos fundamentais, tais como a adequação do espaço físico onde decorre a avaliação e uma preparação adequada dos avaliadores.

Segundo Rito e Breda (2011a: 11) a “avaliação antropométrica, ao nível individual ou comunitário, necessita de um local próprio e reservado, que deve, idealmente, corresponder aos seguintes requisitos mínimos:”

- Local físico com boas condições de trabalho e com o mínimo ruído possível;

- Espaço suficiente para permitir a liberdade de movimentos durante as avaliações;
- Organização da sala de modo a que os equipamentos (ex. balanças) e mobiliário (ex. mesas), permitam a movimentação (do profissional e adolescente) e facilite as medições;
- Iluminação adequada para correta percepção dos dígitos avaliados;
- Temperatura ambiente agradável, se possível entre os 21 e 23°C;
- Ausência de correntes de ar;
- Piso em plano horizontal;
- Parede em ângulo reto (90°C) com o piso;
- Espaço para retirar excesso de roupa e adereços em privacidade;
- Local para lavagem das mãos.

Preferencialmente as avaliações antropométricas deverão ser realizadas de manhã, antes da hora de almoço e pedindo aos alunos para urinar antes da avaliação (Ibidem).

Na recolha dos dados em estudo é de extrema importância preservar os “princípios de confidencialidade, privacidade e objectividade durante todo o processo” (Ibidem: 11). Do mesmo modo não deverá ser demonstrada a interpretação do peso por palavras como magreza, baixo peso, excesso de peso ou obesidade, uma vez que os mais jovens são suscetíveis a esta questão. De acordo com Duarte (2012: 92),

(...) o peso das crianças deve ser sempre considerado como um importante indicador de saúde, e na vigilância da saúde da criança a avaliação do seu estado nutricional deve ser um objetivo a cumprir. Só assim será possível que as crianças cresçam e se desenvolvam de forma saudável e não sejam doentes no futuro.

A avaliação do **peso**, sendo a medida antropométrica mais frequentemente avaliada, é geralmente bem analisado devido à facilidade de obtenção, no entanto, pode ser avaliado com precisão se cumprirem com atenção certos detalhes na técnica de medição. Para determinar o peso aos adolescentes neste estudo, foram respeitadas as recomendações atuais pelo que, foi utilizada uma balança eletrónica de leitura digital, marca SECA, a qual tem uma construção sólida e durável, é calibrada com medições de precisão até 0,1 Kg (100g) e com capacidade de pesar até 150 Kg. A balança utilizada está sujeita a uma correta manutenção, de modo a que o instrumento de pesagem se mantenha fiável. Para tal acontecer é, respeitado um cuidado armazenamento num local seco e protegido do calor, transportada cuidadosamente e com todas as partes devidamente encaixadas nos respetivos lugares e, manuseada cautelosamente tendo em atenção uma limpeza cuidada. Outro aspeto a ter em consideração, para a preparação da pesagem, é a utilização de uma roupa padrão. Neste estudo foi indicado aos alunos que retirassem casacos ou segundas camisolas, ficando apenas com uma t-shirt ou camisa e calças

ou saia, tendo os bolsos vazios, sem adornos, e permanecendo descalços durante a avaliação. Após avaliação, o peso foi registrado em Kg até ao decígrama mais próximo (0,1 Kg).

Rito e Breda (2011b: 18) também recomendam que, “em caso de dúvida sobre a medição do peso corporal,” se repitam os procedimentos de avaliação.

“Como qualquer medida antropométrica, o valor obtido para o peso não deve ser interpretado isoladamente mas sim posicionado numa Tabela de Percentis que consta no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil” (Ibidem: 21), de acordo com o sexo e idade.

A **estatura** é outra importante medida que expressa o processo de crescimento e permite, também, definir o perfil nutricional.

Para medir a estatura deve utilizar-se um estadiómetro, montado num ângulo de 90°C entre o nível do chão e uma superfície vertical fixa. Um bom instrumento de medição (...) deve ser feito de material suave, resistente à humidade, como madeira lisa e resistente (...) ou o plástico. As peças verticais devem ser firmemente ajustadas em ângulos rectos. Uma peça móvel serve para (...) colocar a cabeça quando se está a medir a estatura (Ibidem: 22-23).

Do mesmo modo que a balança utilizada está sujeita a uma correta utilização e manutenção, também o estadiómetro exige cuidados idênticos para que se mantenham os instrumentos fiáveis. Os “estadiómetros portáteis são robustos e precisos se forem manuseados com cuidado. Devem ser sempre transportados com as partes móveis (plataforma e cursor) bem fixas” (Ibidem: 23).

A avaliação da estatura decorre na sequência da avaliação do peso, onde o adolescente ainda se apresenta com as peças de roupas reduzidas e se encontra descalço e sem adornos no cabelo que possam falsear os resultados. “A boa compreensão da técnica de medição (...) é determinante do sucesso da mesma” (Ibidem: 25).

A recomendação de Rito e Breda (2011c) é que a estatura seja medida em centímetros e a sua leitura seja realizada até ao milímetro mais próximo (0,1 cm). Os procedimentos são, como já foi referido, idênticos aos procedimentos para avaliação do peso: superfície plana e estável, roupa leve, sem adornos, descalços e explicar previamente o procedimento. É também fundamental, auxiliar o adolescente a posicionar-se corretamente na plataforma do estadiómetro,

(...) com os pés bem assentes no chão e ligeiramente afastados fazendo um ângulo de 60° e os calcanhares encostados à superfície vertical (...) Certificar-se que os ombros estão nivelados e os braços se mantêm posicionados ao longo do corpo.

A parte de trás da cabeça, as omoplatas, as nádegas e os calcanhares devem tocar a superfície vertical. As pernas devem estar direitas (Ibidem: 26).

A técnica de avaliação da estatura deve, também, respeitar o Plano de Frankfort, isto é, o posicionamento da cabeça de modo que o olhar se mantenha na horizontal, sendo que por vezes é necessário apoiar o queixo do adolescente com o dedo indicador e o polegar de forma a manter a posição correta. Poderá ainda ser “necessário, empurrar ligeiramente o abdómen para

ajudar (...) a manter-se posicionada na vertical, na sua altura máxima, pedindo para inspirar enquanto se faz a leitura” (Ibidem: 26).

À semelhança do peso, mediante o sexo e idade, o “valor obtido para o comprimento ou estatura deve ser posicionado na Tabela de Percentis que consta no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil” (Ibidem: 27).

Durante a avaliação dos parâmetros antropométricos, na sala de aula, as recomendações referidas anteriormente foram respeitadas, com exceção do local para lavagem das mãos (inexistente nas salas de aula) e como alternativa foi utilizado gel alcoólico para desinfeção das mãos da investigadora entre as avaliações.

Para calcular o **IMC** foi utilizada a fórmula: peso/altura², (expresso em Kg/m²), posteriormente foi tido em consideração a classificação do estado nutricional segundo critério do CDC (2000). Este critério de classificação define “baixo peso, excesso de peso e obesidade como IMC/idade < P 5; ≥ P 85 e ≥ P 95, respetivamente” (Rito et al., 2012: 20).

Após a colheita dos dados, torna-se imprescindível realizar o tratamento estatístico e respetiva análise dos dados.

1.6 - TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O objetivo final das investigações descritivas é o de dar conhecer uma perspetiva global da população em estudo, sendo que as variáveis medidas são descritas com a ajuda de análise descritiva. O tratamento dos dados permite verificar ou não a importância e significado do estudo. “Os dados, por si só não respondem às indagações da pesquisa” (Polit et al., 2004: 35) e para que as questões da investigação tenham respostas significativas, é importante que a recolha de dados seja processada e analisada de forma coerente e ordenada para que os resultados sejam fiáveis.

No plano estatístico, foram utilizadas estatísticas descritivas “que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis” (Ibidem: 277), este tipo de estatísticas, servem também para caracterizar as relações entre as variáveis em estudo.

Para a recolha de dados foi utilizada a avaliação das medidas antropométricas e um questionário misto, composto por perguntas de resposta aberta e fechada, foram utilizadas para o tratamento das respostas a estatística descritiva, que inclui a distribuição de frequências absolutas e respetivas percentagens, e medidas de tendência central. Para as perguntas de resposta aberta foi utilizada a análise de conteúdo na perspetiva de Bardin, a qual consiste num

“(…) conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.” (Bardin, 2009: 42).

Para melhor visualização e análise dos resultados estes foram apresentados em tabelas, quadros ou em gráficos onde foi apresentada a frequência absoluta de cada uma das categorias ou a percentagem correspondente.

O tratamento e análise dos dados recolhidos, através do questionário, foram inseridos e tratados estatisticamente no programa Microsoft Office Excel 2007 e no programa SPSS 19.0, com recurso a tabelas de frequência, quadros ou gráficos para mais fácil interpretação, sendo posteriormente analisados o que permitiu a discussão dos resultados deste estudo.

Sendo respeitada a fase metodológica do estudo, é também importante considerar os aspetos éticos da investigação.

1.7 - ASPETOS ÉTICOS

Toda a investigação científica, que tem por base o ser humano exige a consideração de questões morais e éticas. Segundo Winkelstein (2006a), os valores morais podem abranger: autonomia (direito de ser autónomo), não maleficência (obrigação de evitar dano), beneficência (obrigação de promover o bem estar), e justiça (conceito de imparcialidade). Para Fortin (2003) e Polit et al. (2004) a ética é um aspeto que não pode ser descurado, mesmo que em certas situações as exigências morais entrem em conflito com o rigor da investigação. Na investigação, a perspectiva da ética

(…) abrange todas as etapas do processo de investigação, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios estabelecidos. Do princípio ao fim do estudo, desde a pertinência do problema à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento, da escolha da metodologia adequada aos instrumentos e processos de colheita de dados, da existência de resultados anteriores às regras de publicação e divulgação dos resultados (Nunes, 2013: 5).

Deste modo, delimitado o problema, questões de investigação, escolha do tipo de estudo, definição das variáveis, seleção da população, escolha do método e instrumento de recolha de dados, foi necessário, salvaguardar os direitos e liberdades dos indivíduos implicados nesta investigação, sendo salvaguardado, segundo Nunes (2013), o direito ao conhecimento sobre o estudo, autodeterminação, intimidade, anonimato e à confidencialidade. O direito de anonimato, é respeitado se a identidade do sujeito não for associada à informação obtida, e deste modo, os dados pessoais dos alunos não foram associados à sua identificação real, tendo sido

utilizados nomes fictícios quando necessário ao longo do estudo. A garantia de confidencialidade e anonimato foi assegurada, pois nenhuma informação que permita identificar o aluno em questão foi utilizada, para tal todos os questionários foram identificados com um código que através do qual apenas a investigadora consegue identificar o aluno que respondeu ao questionário em questão. Realizar investigação na área da saúde

(...) e em enfermagem implica, muitas vezes, estudar uma população constituída por indivíduos fragilizados física ou psicologicamente, de uma forma temporária ou permanente: por isso, devem ser alvo de cuidados redobrados atendendo ao dever de protecção daqueles que estão mais fragilizados e vulneráveis (Nunes, 2013: 9).

Considerados os aspetos éticos, os dados obtidos através do questionário, depois de tratados estatisticamente, são apresentados e analisados no capítulo seguinte o que permitirá a discussão dos resultados deste estudo e a resposta às questões de investigação colocadas.

2 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Analisando as respostas dadas ao questionário realizado torna-se possível caracterizar a população em estudo, quanto às características pessoais e familiares. Deste modo, além da caracterização sociodemográfica da população em estudo, descobrem-se as soluções para as questões de investigação definidas no início deste percurso. De seguida, são expostos os resultados das respostas dadas a cada pergunta do questionário e realizada a sua interpretação, de acordo com a variável em estudo.

Caraterísticas dos pais:

- idade dos pais;
- estado civil;
- habilitações literárias;
- profissão;
- situação profissional.

A idade dos pais dos alunos é categorizada em intervalos com amplitude de 10 anos, sendo que a grande maioria se encontra entre os 40-50 anos de idade, resultado semelhante para ambos os progenitores, 83 pais (64,84%) e 72 mães (52,94%), verificados no Gráfico 1. A mãe mais nova apresenta 28 anos de idade, e a mais velha 53 anos. O limite de idade para os pais é um pouco mais alargado, sendo que o pai mais novo apresenta 30 anos e o pai mais velho 74 anos de idade, existindo 3 pais com idade superior a 60 anos.

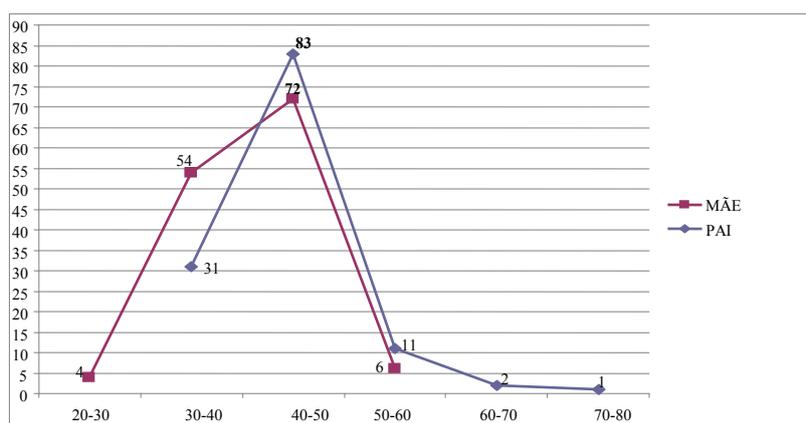


Gráfico 1- Distribuição dos pais pela faixa etária

Para a identificação do estado civil dos pais, os alunos escolhem entre as opções de resposta disponíveis: solteiro(a); casado(a); separado(a); divorciado(a) ou viúvo(a), verificando-se, no entanto, que existiram 11 respostas em branco. Observa-se que a grande maioria dos pais

correspondem ao estado civil de casado(a), 111 pais (79,29%) e 109 mães (77,86%), o que equivale, a uma grande percentagem de famílias nucleares (Gráfico 2).

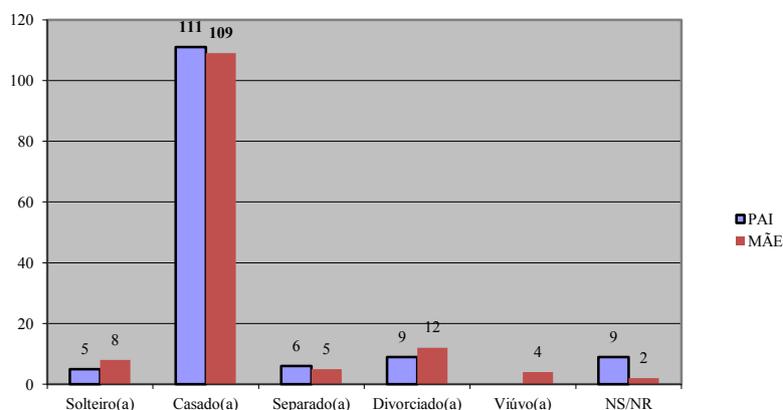


Gráfico 2 - Distribuição dos pais pelo estado civil

Na avaliação das habilitações literárias dos pais verificaram-se 44 respostas em branco pois, os alunos referiam desconhecer o grau de escolaridade dos pais (25 alunos = 17,86% não responde quanto à escolaridade do pai e 19 alunos = 13,57% não responde quanto à mãe), de fato esta foi das questões que suscitou mais dúvidas durante o preenchimento do questionário e onde os alunos solicitavam auxílio para optar entre as opções de resposta: sem escolaridade; 1º ciclo; 2º ciclo; 3º ciclo; ensino secundário; ensino superior. Verificam-se que 33 pais apresentam, como habilitações literárias o ensino secundário (23,57%), situação idêntica a 41 mães (29,29%). De referir ainda que são as mães (24,29%), que possuem habilitações literárias de nível superior, em maior número, quando comparadas com os pais (Gráfico 3).

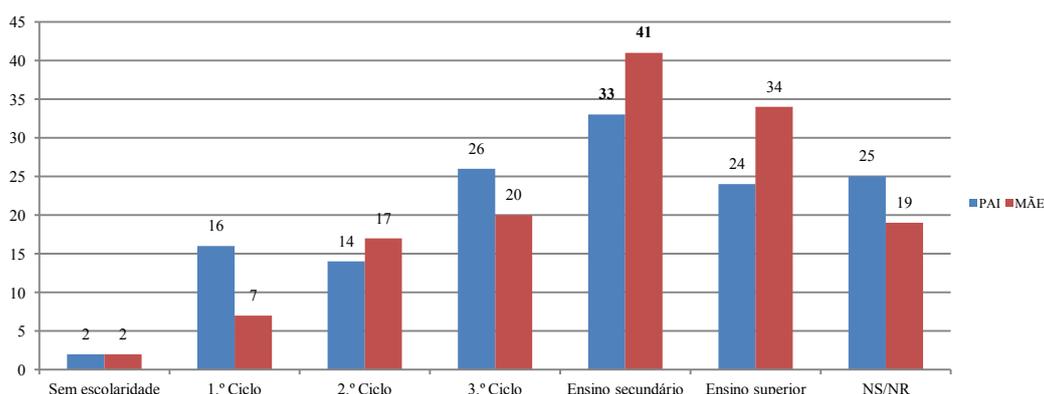


Gráfico 3 - Distribuição dos pais pelas habilitações literárias

A profissão dos pais é categorizada mediante os 10 Grupos profissionais referidos pela CPP (INE, 2011), nomeadamente:

Grupo 0 - Profissões das Forças Armadas;

Grupo 1 - Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos;

Grupo 2 - Especialistas das atividades intelectuais e científicas;

Grupo 3 - Técnicos e profissões de nível intermédio;

Grupo 4 - Pessoal administrativo;

Grupo 5 - Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores;

Grupo 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta;

Grupo 7 - Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices;

Grupo 8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem;

Grupo 9 - Trabalhadores não qualificados.

Segundo a classificação utilizada, foram analisadas as respostas referentes à profissão dos pais obtendo-se os resultados apresentados no Gráfico 4, para ambos os progenitores.

Pode observar-se que o grupo profissional do pai com maior número é, o grupo 7, que inclui 33 trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices, o que por sua vez também coincide com o nível de habilitações literárias dos pais (nível secundário). Referente às mães, observa-se que o grupo com maior número é o grupo 2, sendo que existem 34 mães especialistas das atividades intelectuais e científicas, comparando-se também ao elevado número de mães com habilitações a nível do ensino superior, e elevado número também de mães (32) pertencentes ao grupo 5, isto é, trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores.

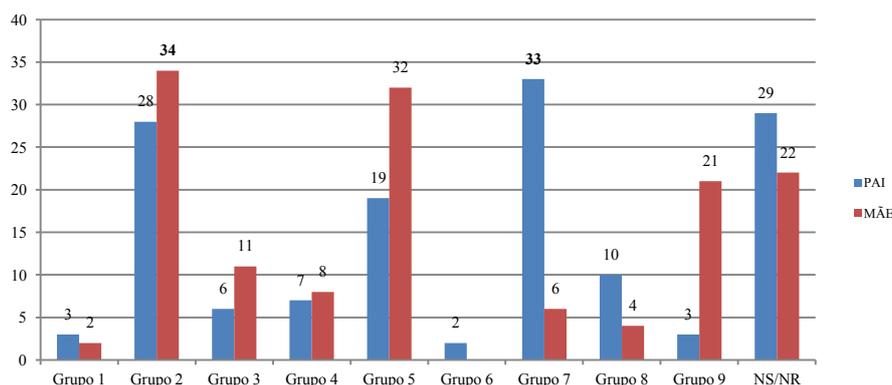


Gráfico 4 - Distribuição dos pais pelo grupo profissional

Ainda relativamente ao gráfico anterior destaca-se, um elevado número questionários não respondidos a esta questão, tais números elevados justificam-se pelo facto de alguns alunos colocarem nesta resposta a situação desempregado(a) e não se considerar, nesta situação, nenhum grupo profissional segundo a CPP (INE, 2011).

Por fim, a última variável relativa aos pais a ser avaliada é a situação profissional dos pais, no momento atual. Observa-se no Quadro 2, que a grande maioria se encontra numa situação profissional ativa, tendo-se constatado 105 pais, que correspondem a 75%, e 95 mães (67,86%) que se encontram na referida situação, no entanto 27,86% de mulheres não têm uma situação profissional ativa, sendo consideradas domésticas. Nesta questão verificaram-se 12 respostas em branco para a situação profissional do pai, e 5 para a situação da mãe.

De salientar ainda a gravidade da situação sociofamiliar atual, quando se deteta ambos os pais na situação de desemprego, o que se verifica em 11 dos 140 alunos (7,86%). Destes, verificou-se que 3 alunos apresentam excesso de peso.

Quadro 2 - Distribuição dos pais pela situação profissional

Situação profissional	Mãe		Pai	
	F	%	F	%
Reformado(a)	1	0,71	4	2,86
Profissão ativa	95	67,86	105	75,00
Não trabalha/ Desempregado(a)	39	27,86	19	13,57
NS/NR	5	3,57	12	8,57
Total	140	100,00	140	100,00

Quanto às **caraterísticas dos alunos**, são avaliadas as seguintes variáveis:

- sexo;
- idade;
- tipo de família;
- número de irmãos;
- zona de residência;
- hábitos alimentares;
- prática desportiva;
- avaliação do seu aspeto físico;
- avaliação antropométrica.

Quanto ao sexo, dos 140 alunos que participaram, foram avaliados 71 rapazes e 69 raparigas que corresponde a 50,71% do sexo masculino e 49,29% do sexo feminino (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de alunos segundo o sexo

Sexo	F	%
Masculino	71	50,71
Feminino	69	49,29
Total	140	100,00

A idade dos alunos, além da caraterizar, é também um dado importante para posterior avaliação do estado nutricional. Os 140 alunos que participaram possuem idades entre os dez e

quinze anos, com média de idades de 12 anos, sendo que 107 alunos (76,43%) apresentam onze e doze anos de idade tal como se representa na Tabela 3, facto que não revela qualquer surpresa uma vez que se trata de um grupo de alunos do segundo ciclo do ensino básico.

Tabela 3 - Distribuição de alunos segundo idade

Idade	F	%
10	1	0,71
11	42	30,00
12	65	46,43
13	19	13,57
14	12	8,57
15	1	0,71
Total	140	100,00

Avaliando as diferentes composições do agregado familiar, caracteriza-se o tipo de família dos alunos. Neste estudo, a maior percentagem do tipo de família encontrada foi a família nuclear ou reconstituída, representando 76,47% da população, como se pode observar na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos alunos segundo o tipo de família

Tipo de família	F	%
Nuclear ou reconstituída	107	76,47
Alargada	12	8,56
Monoparental	18	12,84
Institucionalizados	3	2,13
Total	140	100,00

Quanto ao número de irmãos, analisado na Tabela 5, dois alunos não responderam pelo que se obteve o resultado com base em 138 respostas dadas, dos quais 81 alunos (58,69%) referem que têm um(a) irmão(ã), valor que é incluído no tipo de família nuclear ou reconstituída.

Tabela 5 - Distribuição dos alunos pelo número de irmãos

Número de irmãos	F	%
0	27	19,57
1	81	58,69
2	21	15,22
3	4	2,90
4	5	3,62
Total	138	100,00

A zona de residência questiona se o aluno vive na cidade (zona urbana) ou numa aldeia próxima (meio rural), uma vez que a escola tem uma zona de abrangência de 15 freguesias próximas à cidade. Nesta questão existiram 3 alunos que não deram qualquer resposta, dos 140 alunos, 117 vivem na cidade de Castelo Branco representando 83,57% do grupo avaliado (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos alunos pela zona de residência

Zona de residência	F	%
Urbana	117	83,57
Rural	20	14,29
NS/NR	3	2,14
Total	140	100,00

Quanto aos hábitos alimentares, questiona-se o número de refeições que o aluno faz diariamente, obtendo-se os resultados descritos na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos alunos pelo número de refeições diárias

Número refeições diárias	F	%
Duas	3	2,14
Três	10	7,14
Quatro	33	23,57
Cinco	67	47,86
Seis	27	19,29
Total	140	100,00

No que diz respeito ao número de refeições, 47,86% dos alunos realizam 5 refeições por dia, o que se encontra dentro do preconizado para uns hábitos alimentares saudáveis.

Analisando individualmente o número de refeições que realizam verifica-se, no Quadro 3, que 97,1% dos alunos toma pequeno-almoço; 67,9% toma lanche a meio da manhã, 99,3% refere almoçar, 86,4% toma lanche a meio da tarde, 99,3% janta e apenas 25,7% refere tomar ceia antes de deitar. Dos 140 alunos um deles refere não almoçar e outro aluno refere não jantar, apesar de ambos mencionarem a ingestão de outras refeições, são também quatro os alunos (2,9%) que vão para a escola sem tomar o pequeno-almoço em casa.

Quadro 3 - Distribuição dos alunos pela toma de refeições diárias

Toma refeição	Pequeno-almoço		Lanche da manhã		Almoço		Lanche da tarde		Jantar		Ceia	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	136	97,1	95	67,9	139	99,3	121	86,4	139	99,3	36	25,7
Não	4	2,9	45	32,1	1	0,7	19	13,6	1	0,7	104	74,3
Total	140	100,0	140	100,0	140	100,0	140	100,0	140	100,0	140	100,0

Cruz et al. (2003) realizou um estudo aos hábitos alimentares de 656 adolescentes com idades entre os 12 e os 19 anos, no concelho de Lisboa e revelou que

(...) 16% não tomam pequeno-almoço e que, além disso, esta refeição é geralmente nutricionalmente inadequada. Por outro lado, 28% dos adolescentes não têm um almoço minimamente satisfatório, (...). O mesmo estudo revelou que 18% dos rapazes e 19% das raparigas não têm um jantar minimamente satisfatório. (...). Em relação às refeições intercalares (...), a merenda da manhã, tomada geralmente nos bufetes escolares, é, paradoxalmente, a refeição em que os adolescentes consomem bolos com maior frequência (33% dos rapazes e 31% das raparigas), à semelhança do que é referido noutros estudos portugueses (Cruz et al., 2003: 69).

Associado a estes resultados revela-se também uma elevada prevalência de excesso de peso/obesidade de 19% nos rapazes e 16% nas raparigas (Ibidem).

Questiona-se, também, se o aluno evita comer algum tipo de alimento devido à sua imagem corporal. Neste caso 35 alunos respondem afirmativamente (25%) e 99 alunos não evitam qualquer tipo de alimento devido à imagem corporal (70,71%) tal como é observado na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição dos alunos que evitam comer algum tipo de alimento

Evitam comer algum tipo de alimento	F	%
Sim	35	25,00
Não	99	70,71
NS/NR	6	4,29
Total	140	100,00

Dos 35 alunos que evitam comer algum tipo de alimento, 60% são rapazes e 40% raparigas conforme se pode constatar na Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição dos alunos que evitam comer algum tipo de alimento, segundo o sexo

Evitam comer algum tipo de alimento	F	%
Rapazes	21	60,00
Raparigas	14	40,00
Total	35	100,00

Após a resposta afirmativa, é questionado quais os alimentos que evitam e porquê.

Tratando-se de uma pergunta de resposta aberta as respostas, dadas pelos alunos, foram agrupadas após análise de conteúdo e de acordo com as unidades de contextualização, surgindo os seguintes grupos de alimentos:

- Doces (bolos, guloseimas e chocolates);
- Gorduras (fritos, molhos e batatas fritas);
- Fastfood (pizza, hambúrguer e lasanha);
- Outros (polvo, camarão, brócolos, ervilhas e bacalhau), sendo estes alimentos que os

alunos referem não gostar.

Apesar de existirem 35 alunos que evitam comer algum tipo de alimento devido à sua imagem corporal, nesta questão apresenta-se um total de 40 alunos devido a existirem respostas duplas. Pode observar-se que os alunos, identificam os alimentos mais prejudiciais ao aumento de peso e, referem que os alimentos mais evitados são o grupo dos doces (45%) e também o das gorduras (37,5%), como se pode observar na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição dos alunos pelo grupo de alimentos que evitam

Grupo de alimentos que evitam	F	%
Doces	18	45,0
Gorduras	15	37,5
Fastfood	4	10,0
Outros	3	7,5
Total	40	100,0

Para estes 35 alunos, que evitam comer algum tipo de alimento devido à sua imagem corporal, a justificação dada, por 37,5%, para evitarem estes alimentos reside no facto de alterar o peso corporal e 25% refere questões de saúde (Tabela 11). Nesta questão, também, seleccionaram mais do que uma só opção pelo que o total de respostas dadas é de 56.

Tabela 11 - Distribuição dos alunos pelo motivo para evitarem os alimentos

Motivo para evitarem os alimentos	F	%
Peso	21	37,50
Saúde	14	25,00
Não gosta	3	5,36
NS/NR	18	32,14
Total	56	100,00

Os alunos que responderam afirmativamente, que evitam comer determinados alimentos, justificam-no principalmente pela alteração de peso, como é o caso da *Daniela* que evita comer “batatas fritas (...) porque engordam muito”, do *David* que evita comer “muito chocolate (...) engorda”, ou mesmo do *Eduardo* que evita comer “chocolates, guloseimas, batatas fritas (...)” acrescentando ainda que, “não quero ficar gordo como as pessoas que aparecem na televisão”. A *Eva* reconhece o seu peso acima do normal, e refere evitar “batatas fritas e chocolates (...) porque estou muito gorda”. De facto o seu estado nutricional corresponde à obesidade, apresentando um percentil de IMC = 98,7.

Outros alunos referem que evitam alimentos alegando motivos de saúde, tal como afirma o *Francisco* que evita “comida plástica” porque prejudica a saúde, o *Guilherme*, que também refere questões de saúde por ser diabético, ou ainda a *Filipa* que evita “chocolates e doces porque faz mal à saúde”. Existem ainda alguns alunos que afirmam evitar certos alimentos, não pela questão do peso ou saúde mas porque não gostam dos alimentos referidos, como é o caso do *Henrique* que evita “polvo e camarão (...)” referindo que “odeio o sabor” ou o *Carlos* que evita “ervilhas, bróculos, bacalhau” porque não gosta.

Estas respostas são reforçadas por Sousa (2012) que refere que as adolescentes

(...) apesar de estarem com um peso adequado ou abaixo do peso ideal, têm tendência para se sentir gordas ou desproporcionais, e nestes casos estamos perante distorção da imagem corporal (...). Em relação ao sexo feminino, com o aumento da idade, há a tendência em querer perder peso, ao passo que no sexo masculino, essa vontade diminui pois existe o desejo de ganhar peso para obter um corpo atlético (Ibidem: 19).

Quanto à realização de atividade física e/ou desporto, apesar de existirem diferenças entre atividade física/desporto como já foi referido anteriormente, foram consideradas todas as respostas dadas pelos alunos, onde se obtém que 104 alunos (74,29%) referem que realizam atividade física e/ou desporto (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição dos alunos pela prática de atividade física/desporto

Prática de atividade física/desporto	F	%
Sim	104	74,29
Não	36	25,71
Total	140	100,00

Dos 104 alunos que realizam atividade física e/ou desporto, verificam-se 60 rapazes e 44 raparigas (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição dos alunos pela prática de atividade física/desporto, segundo o sexo

Prática de atividade física/desporto	F	%
Rapazes	60	57,69
Rapariga	44	42,31
Total	104	100,00

Ferreira (2010) num estudo com adolescentes portugueses que frequentavam o 6º, 8º e 10º ano de escolaridade, com idades compreendidas entre os 11 e os 16 anos, refere dados concordantes com os resultados deste estudo, uma vez que,

- a) 71,9% dos jovens praticavam actividade física para além das aulas de educação física;
- b) 84,8% dos rapazes e apenas 39,5% das raparigas referiram praticar actividade física;
- c) Os jovens mais novos (10-13 anos) referiram (76,7%) mais frequentemente praticar actividade física do que os mais velhos (14-17 anos) (32,7%) (Matos, 2001 cit por Ibidem: 39-40).

Salienta-se a importância de incentivar os adolescentes a participar em atividades físicas agradáveis e variadas na oferta, pois “aqueles que participam em actividade física com maior frequência têm um peso dentro do normal comparativamente com os adolescentes com excesso de peso” (Ibidem: 44).

Questiona-se também qual o desporto praticado, numa pergunta de resposta aberta, sendo as respostas dadas pelos alunos sujeitas a análise de conteúdo e permitindo agrupar nos diferentes desportos: equitação; voleibol; dança desportiva (ballet, dança); kickboxing, judo ou jui-jitsu; andebol; basquetebol; ciclismo; ténis, ténis de mesa ou badminton; atletismo; ginástica (aeróbica, acrobática, musculação, rítmica); natação; e futebol ou futsal. Apresenta-se discriminado na Tabela 14, os diferentes desportos referidos pelos alunos. A referir que o número de prática de desporto é de 142, em virtude de alguns alunos referirem a prática de mais do que um desporto, constatando-se que 52 alunos praticam futebol ou futsal e 17 alunos a natação, entre outros desportos.

Tabela 14 - Distribuição dos alunos pelos desportos praticados

Desporto	F	%
Equitação	1	0,70
Voleibol	2	1,41
Dança desportiva (ballet, dança)	3	2,11
Kickboxing, Judo ou Jui-jitsu	4	2,81
Andebol	5	3,53
Basquetebol	6	4,23
Ciclismo	9	6,34
Ténis, Ténis de mesa ou Badminton	12	8,46
Atletismo	15	10,56
Ginástica (aeróbica, acrobática, musculação, rítmica)	16	11,26
Natação	17	11,97
Futebol ou futsal	52	36,62
Total	142	100,00

Quanto ao local onde realizam as atividades referidas anteriormente, obtiveram-se 121 respostas, verificando-se que a maior parte dos alunos (42,98%) realiza a sua prática desportiva em zona adequada para o efeito e na companhia de um professor/treinador, conforme apresentado na Tabela 15.

Tabela 15 - Distribuição dos alunos pelo local da prática desportiva

Local da prática desportiva	F	%
escola/ atividades de tempos livres	31	25,62
rua/casa	38	31,40
zona desportiva	52	42,98
Total	121	100,00

Quanto à frequência da realização das referidas atividades, 45 alunos (43,27%) referem praticar atividade física/desporto duas vezes por semana (Tabela 16), sendo o mais comum das atividades extra curriculares, referidas anteriormente, tais como o futebol ou a natação.

Tabela 16 - Distribuição dos alunos pela frequência semanal da prática desportiva

Frequência semanal	F	%
Um dia	15	14,43
Dois dias	45	43,27
Três dias	14	13,46
Quatro dias	7	6,73
Cinco dias	7	6,73
Todos os dias da semana	14	13,46
NS/NR	2	1,92
Total	104	100,00

Perante o motivo para praticar atividade física/desporto (Tabela 17), observa-se que 71 alunos (63,96%) referem praticar desporto porque gostam ou por diversão, como é o caso do *André* que afirma “porque gosto”; 19 alunos referem que é saudável, tal como demonstrado pelo *Bruno* que pratica desporto porque “faz bem”; e 12 alunos têm como intenção a boa forma

física, tal como refere a *Ana* “pratico desporto para manter a boa forma física”. Referem ainda 6 alunos, que é com o objetivo de perder peso, e 2 alunos para não engordar, tal como afirmado pelo *Carlos* e pela *Beatriz* “para emagrecer” ou pela *Catarina* “para manter o meu peso saudável”.

Tabela 17 - Distribuição dos alunos pelo motivo de praticar atividade física/desporto

Motivo de praticar atividade física/desporto	F	%
Gosto/diversão	71	63,96
Saudável	19	17,12
Perder peso	6	5,41
Não engordar	2	1,80
Boa forma física	12	10,81
NS/NR	1	0,90
Total	111	100,00

Questionando ao aluno se ele pratica atividade física/desporto com intenção de reduzir o peso, responderam negativamente 91 alunos, responderam afirmativamente 45 alunos (65%), isto é, praticam desporto com intenção de reduzir o seu peso corporal e 4 alunos não deram resposta (Tabela 18).

Tabela 18 - Distribuição dos alunos pela intenção de reduzir o peso com a prática de atividade física/desporto

Intenção de reduzir o peso com a prática de atividade física/desporto	F	%
Sim	45	65,00
Não	91	32,14
NS/NR	4	2,86
Total	140	100,00

Dos 45 alunos que praticam desporto com intenção de reduzir o seu peso corporal, observam-se que 60% são rapazes e 40% são raparigas (Tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição dos alunos pela intenção de reduzir o peso com a prática de atividade física/desporto, segundo o sexo

Intenção de reduzir o peso com a prática de atividade física/desporto	F	%
Rapazes	27	60,00
Raparigas	18	40,00
Total	45	100,00

Quanto à avaliação do seu aspeto físico e a auto perceção do peso corporal, é questionado ao aluno se considera que o seu peso está: normal, acima do normal ou abaixo do normal. Dos 140 alunos avaliados, 100 alunos (71,43%) referem ter peso normal, 10 alunos referem ter peso abaixo do normal (7,14%), 23 alunos reconhecem-se como acima do normal (16,43%), e 7 alunos não responderam à questão (5,00%), conforme se pode verificar na Tabela 20.

Tabela 20 - Distribuição dos alunos pela auto percepção do peso corporal

Auto percepção do peso corporal	F	%
Normal	100	71,43
Acima do normal	23	16,43
Abaixo do normal	10	7,14
Sem resposta	7	5,00
Total	140	100,00

Ao aluno é ainda questionado se ele se sente bem com o seu aspeto físico, neste caso o aluno auto percebe a sua imagem corporal e avalia a sua satisfação com o próprio corpo.

Nesta questão, 114 alunos respondem afirmativamente, isto é, sentem-se bem com a sua imagem corporal o que corresponde a 81,43% dos alunos em estudo, conforme se pode verificar na Tabela 21.

Tabela 21 - Distribuição dos alunos que se sentem bem com o seu aspeto físico

Sentem bem com o seu aspeto físico	F	%
Sim	114	81,43
Não	22	15,71
NS/NR	4	2,86
Total	140	100,00

Situação oposta encontra-se num estudo idêntico realizado em 2007, em Évora, a um grupo de crianças com idades entre os 7 e 12 anos (n=52), onde 38,4% apresentavam excesso de peso, dos quais 19,2% apresentavam pré-obesidade e 19,2% obesidade. Neste estudo “dos indivíduos inquiridos, 70,8% estavam insatisfeitos com a sua imagem corporal” (Salvado e Silva, 2009: 15), também o estudo de Sousa (2012) refere que “no que concerne ao desejo de ter outro peso, observou-se que 50,3% (164) dos inquiridos não desejavam ter outro peso, ou seja, estão contentes com o peso que possuem actualmente, ao passo que 48,5% (158) referiram desejar ter outro peso” (Ibidem: 37).

Avaliando ainda a satisfação com a imagem corporal, questiona-se o aluno sobre qual a(s) parte(s) do seu corpo que ele mais gosta. Observa-se que 26 raparigas (32,10%) referem gostar mais da cara (face, olhos, lábios), exemplo a *Guida* que responde “o meu cabelo e a minha cara”; enquanto 24 rapazes (25,80%) gostam mais das suas pernas e 18 deles (19,35%) dos braços, como é o caso do *Ivo* que à questão responde “das pernas e os braços” ou o *Jorge* que refere “Eu gosto mais dos braços”. Os dados referidos anteriormente podem ser analisados no Gráfico 5, sendo relevante mencionar que alguns alunos referem mais do que uma parte do corpo, pelo que o total de respostas dadas é superior ao número de alunos em estudo.

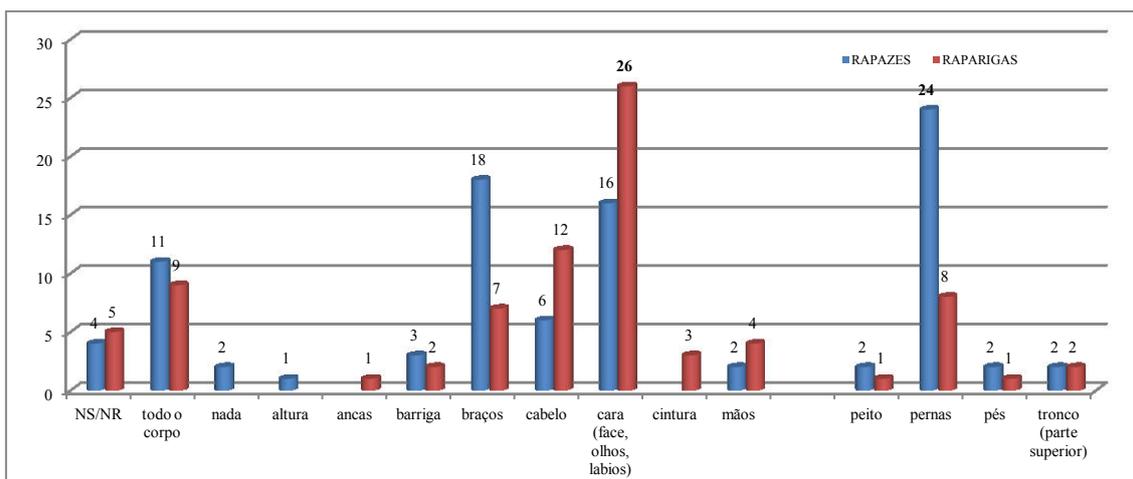


Gráfico 5 - Distribuição dos alunos, de acordo com as partes do corpo/aspectos que mais gostam

Paralelamente à análise da parte do corpo que mais gosta, avalia-se também, qual a(s) parte(s) do corpo que o aluno menos gosta. Nesta questão, analisada no Gráfico 6, ambos os sexos são coincidentes na resposta mais votada, referindo que o que menos gostam no seu corpo é da barriga, sendo referida por 20 raparigas (26,67%) e 17 rapazes (22,37%). A *Eva* (com percentil de IMC = 98,7) refere que a parte do corpo que menos gosta é “a barriga e as pernas”, assim como a *Beatriz* ou o *André* que também respondem “a barriga” ideia reforçada com um valor de percentil de IMC = 96,3 (no rapaz). Os alunos nomeiam aspetos da sua imagem, tais como altura, borbulhas, pêlos, entre outros, que não sendo consideradas partes do corpo são denominadas como outras referências.

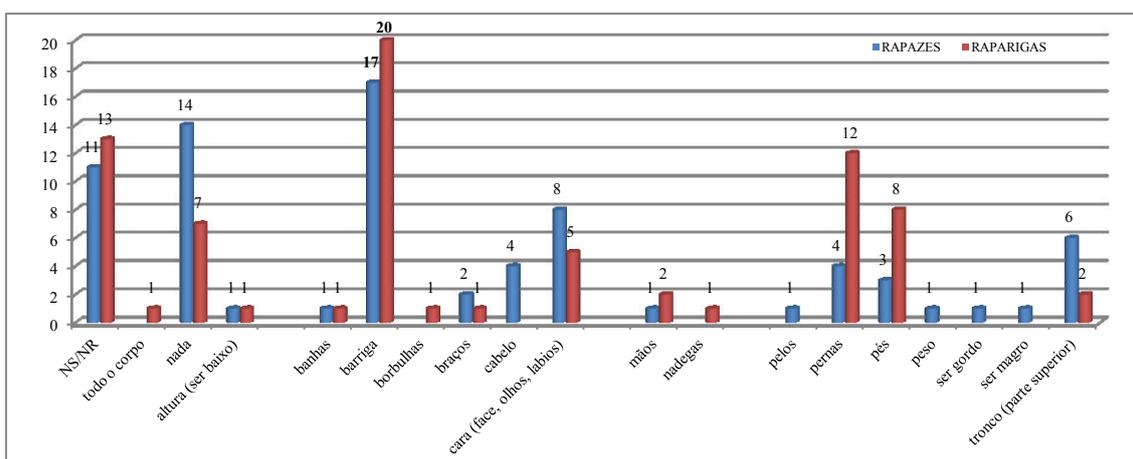


Gráfico 6 - Distribuição dos alunos, de acordo com as partes do corpo (/outras referências) que menos gostam

Quando se questiona ao aluno sobre o que mudaria no seu corpo, se pudesse, os resultados também são coincidentes. Apesar de terem partes do corpo ou outras referências de que gostam menos, 22 rapazes (29,33%) e 24 raparigas (30,77%) não mudava nada no seu

corpo. Tomamos como exemplo o *Luís* que apesar de referir que a parte de que gosta menos são as “pernas”, quando questionado o que mudava nele próprio a resposta é “nada”, ou o *Manuel* que apesar de gostar menos da “barriga” também não mudava “nada”. As raparigas também apresentam a mesma situação, como é o caso da *Helena* que, apesar de gostar menos da “barriga”, à questão sobre a mudança corporal responde que não mudava “nada”. No Gráfico 7 analisa-se a distribuição dos alunos pelas partes do corpo que, se pudessem, mudariam.

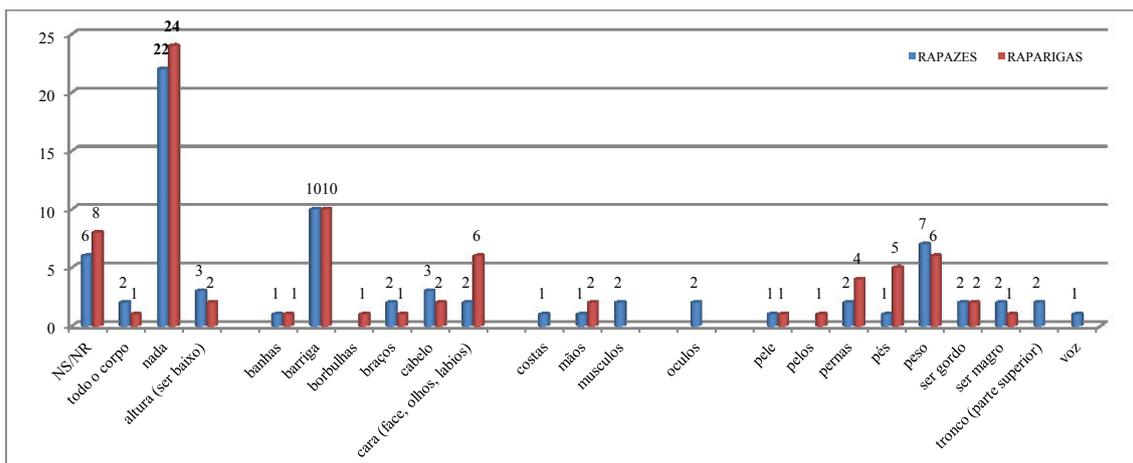


Gráfico 7 - Distribuição dos alunos pelas partes do corpo (/outras referências) que, se pudessem, mudariam

Sendo apresentado, ao aluno, um esquema de sete silhuetas da imagem corporal, mediante o sexo, foi-lhe pedido que observe as silhuetas e considerasse qual a mais semelhante à sua imagem corporal e também qual a imagem corporal que gostaria de ter.

Relativamente à imagem com que se identificam, no Quadro 4, observa-se que dos 71 rapazes em estudo, 38 identificam-se com a imagem corporal número 4 (normal), o que corresponde a 53,52% dos rapazes, 15 rapazes identificam-se com a silhueta 3 e 14 deles com a silhueta 5, perfazendo um total de 67 alunos (94,37%) que se identificam com silhuetas de imagem corporal normal. No que concerne à silhueta de magreza (ou baixo peso) apenas um rapaz se identifica com a silhueta 2. Perante a pré-obesidade são dois os rapazes que se identificam com a silhueta 6, e um deles com a silhueta que 7 que identifica a obesidade.

No que diz respeito à questão da imagem corporal desejada, constata-se que 56,34%, isto é 40 rapazes, gostariam de ter a silhueta 4, 18 deles a silhueta 3 e dez a silhueta 5, completando um total de 68 rapazes (95,77%) que se identificam com silhuetas de imagem corporal normal. Dois alunos desejam a silhueta 2 (magreza) e nenhum deles ambiciona as silhuetas 6 ou 7 referentes ao excesso de peso.

Quadro 4 - Distribuição dos alunos pela imagem real e desejada, segundo o esquema de sete silhuetas corporais segundo Collins (1991)

Silhuetas corporais	Rapazes				Raparigas			
	Imagem real		Imagem desejada		Imagem real		Imagem desejada	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Silhueta 1	-	-	-	-	1	1,45	-	-
Silhueta 2	1	1,41	2	2,82	6	8,69	-	-
Silhueta 3	15	21,13	18	25,35	11	15,94	11	15,94
Silhueta 4	38	53,52	40	56,34	30	43,48	54	78,26
Silhueta 5	14	19,72	10	14,08	18	26,09	2	2,90
Silhueta 6	2	2,81	-	-	1	1,45	-	-
Silhueta 7	1	1,41	-	-	1	1,45	-	-
NS/NR	-	-	1	1,41	1	1,45	2	2,90
Total	71	100,00	71	100,00	69	100,00	69	100,00

As mesmas questões são colocadas às raparigas, com silhuetas correspondentes ao sexo feminino, sendo que 30 raparigas identificam-se com a silhueta número 4, o que corresponde a 43,48% do conjunto de raparigas, 11 delas com a silhueta 3 e 18 com a silhueta 5, perfazendo um total de 59 alunas (85,51%) que se reconhecem com as silhuetas de imagem corporal normal (Quadro 4). Perante as imagens de magreza (ou baixo peso) são 7 raparigas as que utilizam as silhuetas 1 ou 2, e diante as silhuetas de excesso peso apenas duas raparigas se identificam, uma com pré-obesidade (silhueta 6) e outra com obesidade (silhueta 7). De referir ainda que, uma aluna não respondeu a esta questão.

No que diz respeito à imagem desejada para raparigas, verifica-se uma grande percentagem de raparigas que gostariam de ter a silhueta corporal correspondente ao número 4 (78,26%), sendo 54 raparigas das 69 avaliadas. Nenhuma delas deseja as silhuetas 1 ou 2 alusivas a magreza, assim como também nenhuma delas deseja as silhuetas referentes ao excesso de peso. Duas alunas não responderam a esta questão, todas as outras 67 raparigas referem que gostariam de ter as silhuetas (3, 4 e 5) correspondentes à normalidade, tal como é representado no Gráfico 8.

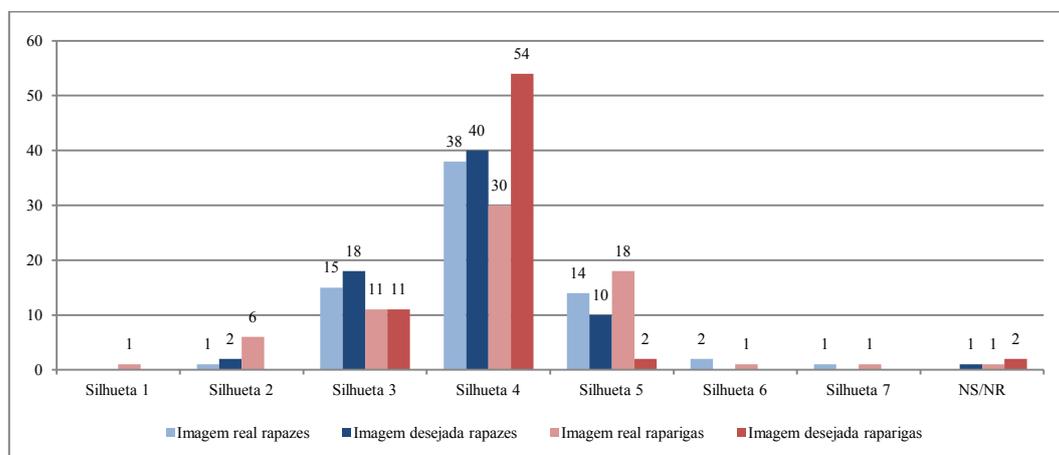


Gráfico 8 - Distribuição dos alunos pela imagem real e desejada, segundo o esquema de sete silhuetas corporais segundo Collins (1991)

Segundo Mirza (2005, cit. por Silva, Rego, Valente, et al. 2009: 28) a “insatisfação corporal e o desejo de ser mais magro é uma constante nos dois sexos, pois a selecção de uma imagem corporal ideal é bem aceite socialmente, tornando-se ainda mais evidente em (...) adolescentes com excesso de peso/obesidade”.

No estudo de Silva et al. (2008), onde se avaliou “a auto-imagem de crianças/adolescentes obesos e seus progenitores” (Silva et al., 2008: 7) a 53 adolescentes dos 10 aos 12 anos, concluiu-se que

(...) ambos os sexos a maioria das crianças/adolescentes (M=54% e F=50%) gostaria de ter uma imagem F4, considerada pela escala aplicada como a imagem ideal (...). Comparativamente aos indivíduos normoponderais, os obesos subestimam ou distorcem as suas dimensões corporais e são mais insatisfeitos e preocupados com a sua aparência física (Ibidem: 7-9).

Do mesmo modo, um estudo realizado em 2007, em Évora, a um grupo de crianças com idades entre os 7 e 12 anos (n=24), observou-se “a existência de discrepância entre a imagem corporal percebida e a real em 70,8% dos casos. A maioria (87,5%) atribuiu-se uma imagem corporal correspondente a um IMC inferior ao que na realidade tem” (Salvado e Silva, 2009: 14). Não se determinou “nenhuma relação de dependência entre a discrepância na percepção da imagem corporal e o género (...). Todas as crianças com peso excessivo para a idade queriam ter um IMC menor” (Ibidem: 15-16). Concluindo que, neste estudo as “crianças entre os 7 e os 12 anos com excesso de peso/obesidade tem consciência da não adequação do seu peso, mostram-se insatisfeitas quanto a ele e desejam emagrecer” (Ibidem: 17). Outro estudo

(...) realizado com adolescentes em 24 países da Europa (...) verificou que a insatisfação com a imagem corporal era significativamente superior nas raparigas que nos rapazes (sendo o valor mais baixo de 34,1% na Holanda e o mais alto de 61,8% na Republica Checa, no género feminino) e nos obesos comparativamente aos normoponderais (sendo o valor mais baixo de 54,0% na Ucrânia e o mais alto de 85,4% na Dinamarca, nos obesos). Os resultados de Portugal, apontam para uma prevalência de insatisfação com a imagem corporal de 23,9% no género masculino e 44,0% no feminino, 26,4% nos normoponderais e 63,1% nos obesos (Oliveira, 2013: 158-159).

Estes resultados, descritos anteriormente, vêm de encontro aos resultados obtidos neste estudo, uma vez que as raparigas se revelam insatisfeitas com a sua imagem corporal em número superior aos rapazes, e quase a totalidade dos alunos com excesso de peso ambicionam uma imagem normoponderal. De acordo com “Mirza e col., (...) valores da insatisfação corporal podem predizer sintomas de depressão, baixa auto-estima e alterações do comportamento alimentar” (Silva, Rego, Valente, et al. 2009: 28).

Após resposta às questões colocadas no questionário, aquando a sua entrega, os alunos retiraram o excesso de roupa (casacos, camisolas extra, sapatos, relógio, conteúdos dos bolsos e adornos de cabelo), tal como recomendado para se realizar uma adequada avaliação antropométrica, a qual foi efetuada e registada pela enfermeira investigadora, tal como já foi

referido anteriormente. O peso médio dos alunos avaliados foi de 40,98kg, verificando-se valores limites de 24,3 kg e 74,9 kg, enquanto a altura média foi de 147,21 cm, com valores limites de 127,5 cm e 171 cm (Quadro 5). Os valores de peso e altura são fundamentais para posteriormente se calcular o valor de IMC de cada aluno e respetivo percentil, avaliando-se deste modo o estado nutricional dos alunos em estudo, neste estudo, o valor médio de IMC foi de 18,77 cujo percentil corresponde ao valor de 53,65, isto é, peso normal. Por sua vez, os valores limites do percentil de IMC variam de 0,30 a 99,40.

Quadro 5 - Distribuição dos valores estatísticos dos parâmetros antropométricos dos alunos

Dados estatísticos	Peso (kg)	Altura (cm)	IMC
Média	40,98	147,21	18,77
Mediana	39,65	147,75	17,90
Valor mínimo	24,30	127,50	13,40
Valor máximo	74,90	171,00	34,30
Alunos avaliados	140	140	140

Quanto à classificação do estado nutricional, segundo os critérios da IOTF, dos 140 alunos avaliados 75% apresentam um estado nutricional normal, cujo percentil de IMC é ≥ 5 e < 85 . Verificam-se 5% dos alunos com baixo peso, 15% dos alunos com pré-obesidade e 5% com obesidade (ver Quadro 6 na página 85).

Ferreira (2010) encontrou em 1699 alunos do 2º ciclo uma prevalência de 65,4% normoponderais, 23,7% de pré-obesidade e 10,9% obesidade.

Um outro estudo apresentado por Fernandes, Santos, Lopes, Soares e Pereira (2011) sobre a prevalência do excesso de peso e obesidade, realizado em 2010 numa escola básica na região norte de Portugal com 354 crianças e adolescentes dos 10 aos 15 anos, concluiu que 5,3% dos alunos apresentam baixo peso, 65,6% peso normal, 21,2% apresentam excesso de peso e 7,9% obesidade, valores que vêm de encontro à realidade encontrada neste estudo.

2.1 - RESPOSTA ÀS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Questão 1 - Quais as características pessoais e familiares dos alunos em estudo?

Os alunos sobre os quais incidiu este estudo, pertencem ao segundo ciclo do ensino básico de uma escola da cidade de Castelo Branco. Foram avaliados 140 alunos no total, dos quais 50,71% são do sexo masculino e 49,29% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os dez e quinze anos, sendo que 107 alunos (76,43%) apresentam onze e doze anos de idade. Da totalidade dos alunos avaliados, 117 vivem na cidade de Castelo Branco

representando 83,57% do grupo avaliado e os restantes vivem em zonas rurais próximas da cidade.

Analisando o agregado familiar dos alunos constata-se que, a maior percentagem do tipo de família encontrada foi a família nuclear, composta por pais e irmãos, representando 76,47% da população, quanto ao número de irmãos 81 alunos (58,69%) referem que têm um(a) irmão(ã).

Relativamente aos hábitos alimentares, 47,86% dos alunos realizam 5 refeições por dia, o que se encontra dentro do preconizado para uns hábitos alimentares saudáveis. A refeição menos tomada é a ceia (74,3%) e o lanche da manhã (32,1%). Perante avaliação das refeições principais, existem ainda 4 alunos que referem não tomar pequeno-almoço, um aluno não toma almoço e um outro refere não jantar. Dos alunos em estudo, 35 deles (25%) evitam comer algum tipo de alimento devido à sua imagem corporal sendo que os alimentos mais evitados são os doces (45%) e também as gorduras (37,5%). Para estes 35 alunos, que evitam comer algum tipo de alimento devido à sua imagem corporal, a justificação dada, por 37,5%, para evitarem estes alimentos reside no facto de alterar o peso corporal e 25% refere questões de saúde como é o caso de alunos diabéticos.

A realização de atividade física e/ou desporto é referida por 104 alunos (74,29%), sendo que os desportos mais praticados são o futebol e a natação, duas vezes por semana (43,27%), sendo realizada em zona adequada para o efeito e na companhia de um professor/treinador (42,98%). Quanto ao motivo para praticar atividade física/desporto, observa-se que 71 alunos (63,96%) referem praticar desporto porque gostam ou por diversão, no entanto 45 alunos (65%), referem também que praticam desporto com intenção de reduzir o seu peso corporal.

Caraterizando a auto percepção do peso corporal, 100 alunos (71,43%) referem ter peso normal, 10 alunos (7,14%) mencionam que o seu peso é abaixo do normal, e 23 alunos (16,43%) reconhecem-se com peso acima do normal. Quanto à satisfação com o próprio corpo, 114 alunos (81,43%) referem sentir-se bem com a sua imagem corporal.

Quando questionados sobre qual a(s) parte(s) do seu corpo que mais gostam, observa-se que 26 raparigas (32,10%) referem gostar mais da cara (face, olhos, lábios), enquanto 24 rapazes (25,80%) gostam mais das suas pernas e 18 deles (19,35%) dos braços. No que diz respeito à(s) parte(s) do corpo que menos gostam, ambos os sexos são coincidentes na resposta dada, referindo que o que menos gostam no seu corpo é da barriga, resposta dada por 17 rapazes (22,37%) e 20 raparigas (26,67%). Perante a questão se pudessem o que mudavam no seu corpo, os resultados também são coincidentes, 22 rapazes (29,33%) e 24 raparigas (30,77%) não mudavam nada.

Perante o esquema de sete silhuetas da imagem corporal, 67 alunos (94,37%) identificam-se com silhuetas de imagem corporal normal. Dos rapazes em estudo, apenas um (1,41%) se reconhece com a silhueta referente ao estado de baixo peso, dois (2,81%) identificam-se com a silhueta referente à pré-obesidade, e um deles (1,41%) com a silhueta que identifica a obesidade. No que diz respeito à questão da imagem corporal desejada, constata-se um total de 68 rapazes (95,77%) que se identificam com silhuetas de imagem corporal normal. Dois alunos (2,82%) ambicionam a silhueta correspondente ao estado de baixo peso e nenhum deles cobiça as silhuetas referentes ao excesso de peso.

As mesmas questões são colocadas às raparigas, sendo que 59 alunas (85,51%) se reconhecem com as silhuetas de imagem corporal normal. Perante as imagens de magreza são 7 as raparigas que se identificam (10,14%), e diante as silhuetas de excesso peso apenas 2 raparigas (2,9%) se identificam, uma com a silhueta referente à pré-obesidade e outra com a de obesidade. No que diz respeito à imagem desejada, verifica-se que 97,10% das raparigas gostariam de ter imagens corporais referentes às silhuetas de peso normal, sendo que nenhuma delas deseja as silhuetas alusivas ao estado nutricional de baixo peso, assim como também nenhuma delas deseja as silhuetas referentes ao excesso de peso.

A análise das silhuetas reais da imagem corporal é concordante com os valores antropométricos dos alunos, sendo que o peso médio dos alunos avaliados é de 40,98 kg, a altura média é de 147,21 cm, resultando num valor médio de IMC de 18,77 cujo percentil corresponde ao valor de 53,65, correspondendo ao estado nutricional normal. Como valores extremos, de percentil de IMC, observa-se valor máximo de 99,40 e mínimo de 0,30.

Quanto às características familiares dos alunos, observa-se que a média de idade dos pais se encontra entre os 40-50 anos de idade, resultado semelhante para ambos os progenitores, pai (64,84%) e mãe (52,94%). Quanto ao estado civil dos pais a grande maioria correspondem ao estado civil de casado(a), pai (79,29%) e mãe (77,86%), o que corresponde, a 76,47% de famílias nucleares. Como habilitações literárias verifica-se, o ensino secundário, em 33 progenitores do sexo masculino (23,57%), situação idêntica a 41 mães (29,29%). De referir ainda que são as mães (24,29%), que possuem mais habilitações a nível de ensino superior quando comparadas com os seus pares. Por este motivo, o grupo profissional prevalente no pai é o grupo de trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices (23,57%), enquanto que, no que diz respeito às mães observa-se que o grupo com maior número é o grupo 2 (24,29%), representado por 34 mães especialistas das atividades intelectuais e científicas. No que concerne à situação profissional dos pais, no momento atual, observa-se que 105 pais (75%) e 95 mães (67,86%) encontram-se numa situação profissional ativa.

Questão 2 - Qual o estado nutricional dos alunos?

Após avaliação das medidas antropométricas, em sala de aula, foi calculado o IMC e respectivo percentil para os 140 alunos em estudo, obtendo-se os resultados de que 75% dos alunos apresentam um estado nutricional normal, cujo percentil de IMC é ≥ 5 e < 85 . Também se verificam 5% dos alunos num estado de baixo peso (percentil IMC < 5), sendo 2,8% rapazes e 7,2% raparigas. Ainda se verifica que 20% dos alunos tem excesso de peso, sendo 22,5% dos rapazes e 17,4% das raparigas, os quais apresentam valores de percentil IMC ≥ 85 (Quadro 6). Estes resultados vêm de encontro ao estudo realizado por Ferreira et al. (2012), em adolescentes no distrito de Castelo Branco, que constatarem a prevalência de pré-obesidade 17,2% nos rapazes e 17,4% nas raparigas, enquanto 4,9% dos rapazes e 2,5% nas raparigas apresentam obesidade

Quadro 6 - Distribuição dos alunos segundo a classificação do estado nutricional

ESTADO NUTRICIONAL	Rapazes		Raparigas		Total	
	F	%	F	%	F	%
Baixo peso (percentil IMC < 5)	2	2,8	5	7,2	7	5
Peso normal (percentil IMC ≥ 5 e < 85)	53	74,7	52	75,4	105	75
Pré-obesidade (percentil IMC ≥ 85 e < 95)	13	18,3	8	11,6	21	15
Obesidade (percentil IMC ≥ 95)	3	4,2	4	5,8	7	5
Total	71	100,0	69	100,0	140	100

Analisando novamente o Quadro 6 constata-se que, dos 140 alunos avaliados, existem 7 casos de baixo peso (5% dos alunos), dos quais são 2 rapazes e 5 raparigas. O número de casos de obesidade é equitativo ao número de casos de baixo peso (5%), neste estudo foram conhecidos 7 obesos, dos quais são 3 rapazes e 4 raparigas. A este valor de obesos, associa-se os casos de pré-obesidade (15%) sendo 21 alunos com percentil IMC ≥ 85 e < 95 , dos quais se salientam 13 rapazes e 8 raparigas. Dentro dos parâmetros normais encontram-se 105 alunos, 53 rapazes e 52 raparigas, correspondendo a 75% dos alunos avaliados.

Questão 3 - Como reconhecem os alunos a sua imagem corporal?

Perante a questão colocada aos alunos sobre como consideram o seu peso: normal, acima do normal ou abaixo do normal, dos 140 alunos avaliados, 100 alunos (71,43%) referem ter peso normal, 10 alunos referem ter peso abaixo do normal (7,14%), 23 alunos reconhecem-se como acima do normal (16,43%), salientando-se ainda que, 114 alunos (81,43%) referem sentir-se bem com a sua imagem corporal. Confrontados com a análise ao esquema de sete silhuetas da imagem corporal, 90% dos alunos adotam o padrão de normalidade das silhuetas, com alguma tendência a menosprezar o excesso de peso (Quadro 7).

Quadro 7 - Distribuição dos alunos segundo a sua percepção de peso e silhueta da sua imagem corporal

Imagem corporal	Percepção de peso		Silhueta da imagem corporal	
	F	%	F	%
Abaixo do normal	10	7,14	8	5,72
Normal	100	71,43	126	90,00
Acima do normal	23	16,43	5	3,57
NS/NR	7	5,00	1	0,71
Total	140	100,00	140	100,00

Questão 4 - A auto percepção da imagem corporal coincide com o estado nutricional avaliado?

Para ser possível comparar a imagem corporal identificada pelos alunos com o estado nutricional que os alunos apresentam, torna-se fundamental confrontar através do Gráfico 9 os valores obtidos. Verifica-se que a grande maioria dos alunos se distribui pela classificação de peso normal.

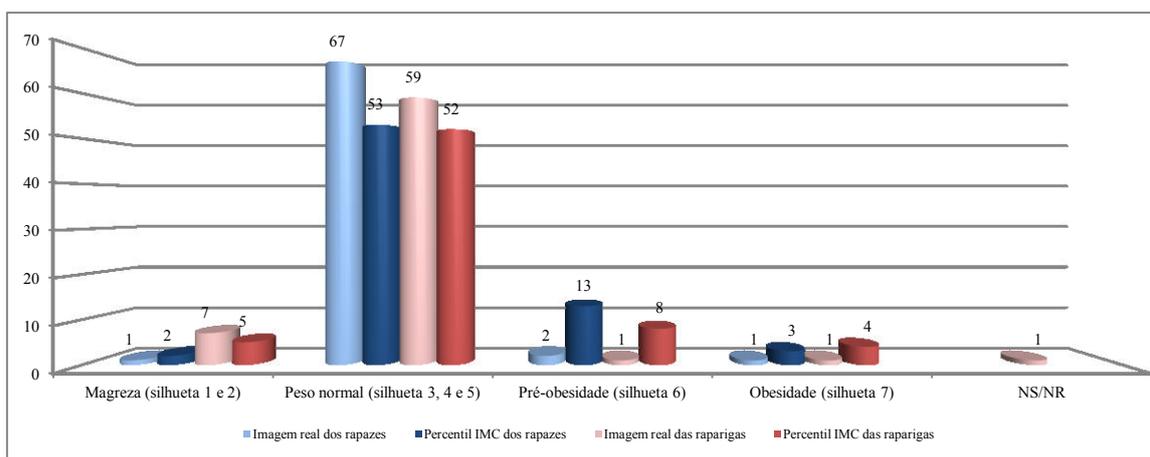


Gráfico 9 - Distribuição dos alunos segundo a imagem corporal com que se identificam e o percentil de IMC que apresentam

Analisando o Quadro 8, constata-se que alguns alunos em estudo parecem não se identificar corretamente com a sua imagem corporal, uma vez que se identificam com imagens corporais que não correspondem ao percentil de IMC que têm na realidade. Esta incorreta percepção da imagem corporal torna-se evidente nos alunos com excesso de peso, uma vez que 23 alunos (16,43%) subestimam a sua imagem corporal e referem-se como tendo peso normal quando na realidade apresentam excesso de peso. Perante o estado nutricional de baixo peso, os alunos também não se reconhecem, embora numa percentagem menos significativa (2,14%) que no caso descrito anteriormente.

Quadro 8 - Distribuição dos alunos segundo a imagem corporal com que se identificam e o percentil de IMC que apresentam

Estado nutricional/silhueta corporais	Rapazes				Raparigas			
	Imagem real		Percentil IMC		Imagem real		Percentil IMC	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Baixo peso (silhueta 1 e 2)	1	1,41	2	2,8	7	10,14	5	7,2
Peso normal (silhueta 3, 4 e 5)	67	94,37	53	74,7	59	85,51	52	75,4
Pré-obesidade (silhueta 6)	2	2,81	13	18,3	1	1,45	8	11,6
Obesidade (silhueta 7)	1	1,41	3	4,2	1	1,45	4	5,8
NS/NR	-	-	-	-	1	1,45	-	-
Total	71	100,00	71	100,0	69	100,00	69	100,0

No Quadro 9 pode-se avaliar a quantidade de alunos que realizam incorretamente a classificação do seu estado nutricional.

Quadro 9 - Distribuição de alunos que realizam incorretamente a classificação do seu estado nutricional.

Estado nutricional	Alunos incorretos		Rapazes		Raparigas	
	F	%	F	%	F	%
Baixo peso	3	2,14	1	1,41	2	2,89
Peso normal	21	15,00	14	19,72	7	10,14
Pré-obesidade	18	12,86	11	15,49	7	10,14
Obesidade	5	3,57	2	2,82	3	4,35
Total	47	32,14	28	39,44	19	27,52

Após análise dos dados pode verificar-se que 32,14% dos alunos não identifica corretamente a sua imagem corporal, sendo o resultado mais relevante dentro do grupo de rapazes (39,44%) que nas raparigas (27,52%). A classificação da pré-obesidade assume valores muito próximos à classificação do estado nutricional normal. Este facto observa-se tanto para rapazes como para raparigas, podendo-se concluir que os alunos não reconhecem bem a pré-obesidade e confundem-na com peso normal. Neste sentido é de extrema importância o papel da enfermagem, não só para despistar casos de excesso de peso como, para alertar os adolescentes/família a tomarem consciência do seu estado de saúde, incentivando desde logo a mudança de hábitos de vida nomeadamente uma alimentação saudável e o aumento de prática de atividade física/desporto. Nas restantes classificações de estado nutricional, baixo peso e obesidade, as percentagens de identificações incorretas não são tão relevantes pelo que podemos afirmar que, nestes casos, os alunos têm uma correta perceção do seu estado nutricional.

CONCLUSÕES

Apesar dos inúmeros estudos existentes sobre a obesidade, ainda não se conseguiu erradicar este problema de saúde pública sendo já considerada, pela OMS, como a epidemia do século XXI. De fato, o aumento da prevalência do excesso de peso, pode conduzir a padrões de referência os quais provavelmente, passam a constituir parte da normalidade. Reconhecer o excesso de peso é um passo imprescindível, para a motivação e aquisição de comportamentos saudáveis, no combate a este problema de saúde. Com este estudo pretendeu-se caracterizar a auto percepção da imagem corporal dos alunos do segundo ciclo do ensino básico, de uma escola de Castelo Branco e compará-la com o estado nutricional avaliado. Para tal, definiram-se quatro questões de investigação que resumidamente, se passam a explicitar.

Questão 1 - Quais as características pessoais e familiares dos alunos em estudo?

Foram avaliados 140 alunos, pertencentes ao segundo ciclo do ensino básico, sendo 50,71% rapazes e 49,29% raparigas, apresentando uma média de idade de 12 anos. Destes alunos, 83,57% vive na cidade de Castelo Branco, apresentando o tipo de família nuclear ou reconstituída (76,47%) e com um irmão (58,69% dos alunos). Quanto aos hábitos alimentares, 47,86% dos alunos admite fazer cinco refeições diárias nomeadamente: pequeno-almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar. Averiguou-se que 25% dos alunos evitam comer algum tipo de alimento devido à sua imagem corporal, destes salientam-se 60% rapazes e 40% raparigas. Após análise de conteúdo às respostas dadas, foram agrupados os alimentos em doces, gorduras, fastfood e outros, sendo os doces os mais evitados (45%), por motivos referentes ao peso corporal (37,50%). Quanto à prática de atividade física/desporto, esta é referida por 74,29% dos alunos, sendo 57,69% rapazes e 42,31% raparigas. Os desportos mais praticados são o futebol ou futsal (36,62%) e a natação (11,97%), realizados duas vezes por semana (43,27%), em zona desportiva e na presença de um professor/treinador (42,98%). A justificação dada para a realização da atividade física/desporto foi por gosto ou diversão (63,96%), no entanto, constata-se também que 65% dos alunos praticam-na com o objetivo de reduzir o seu peso, sendo 60% rapazes e 40% raparigas. Caracterizando a auto percepção do peso corporal, 71,43% dos alunos referem ter peso normal, sendo que 81,43% estão satisfeitos com o seu aspeto físico. Para 25,80% dos rapazes a parte do corpo que mais gostam são as pernas, enquanto 32,10% das raparigas gostam mais da cara. Ambos são coincidentes na parte que menos gostam do seu corpo, sendo a barriga mencionada por 22,37% dos rapazes e 26,67%

raparigas, no entanto, quando questionados sobre o que mudariam no seu corpo 29,33% dos rapazes e 30,77% das raparigas não mudava nada em si.

Quanto às características dos pais dos alunos, apresentam entre os 40-50 anos de idade (64,84% pais e 52,94% mães), sendo maioritariamente casados (79,29% pais e 77,86% mães) o que vai de encontro ao número encontrado sobre tipo de família nuclear ou reconstituída. As habilitações literárias com mais prevalência é o ensino secundário, situação mencionada para 23,57% dos pais e 29,29% das mães. Segundo a CPP, o grupo profissional do pai com maior número é, o grupo 7, que inclui 33 trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices, enquanto para as mães observa-se o grupo 2, sendo que existem 34 mães especialistas das atividades intelectuais e científicas. Constata-se ainda que, 75% dos pais e 67,86% das mães apresentam uma situação profissional ativa.

Questão 2 - Qual o estado nutricional dos alunos?

Verifica-se a existência de 5% de casos de baixo peso (2 rapazes e 5 raparigas), 5% de casos de obesidade (3 rapazes e 4 raparigas) e 15% de casos de pré-obesidade (13 rapazes e 8 raparigas). Dentro dos parâmetros normais encontram-se 105 alunos (75%), 53 rapazes e 52 raparigas.

Questão 3 - Como reconhecem os alunos a sua imagem corporal?

Perante a questão colocada, dos 140 alunos avaliados, 100 alunos (71,43%) referem ter peso normal, 10 alunos referem ter peso abaixo do normal (7,14%), 23 alunos reconhecem-se como acima do normal (16,43%), salientando-se ainda que, 114 alunos (81,43%) referem sentir-se bem com a sua imagem corporal. Confrontados com a análise ao esquema de sete silhuetas da imagem corporal, 90% dos alunos adotam o padrão de normalidade das silhuetas, com alguma tendência a menosprezar o excesso de peso.

Questão 4 - A auto percepção da imagem corporal coincide com o estado nutricional avaliado?

Verificou-se que 32,14% dos alunos não identifica corretamente a sua imagem corporal (39,44% rapazes e 27,52% raparigas). Esta incorreta percepção torna-se evidente nos alunos com excesso de peso, uma vez que 16,43% subestimam a sua imagem corporal e referem-se como tendo peso normal. Perante o estado nutricional de baixo peso, apenas 2,14% dos alunos não reconhecem a sua imagem corporal.

A classificação de excesso de peso assume valores muito próximos ao estado nutricional normal. Este facto observa-se tanto para rapazes como para raparigas, podendo-se concluir que os alunos confundem o excesso de peso com peso normal. Neste sentido, é de extrema importância o papel da enfermagem, não só para despistar casos de excesso de peso como, para alertar os adolescentes/família a tomarem consciência do seu estado de saúde, incentivando

desde logo a mudança de hábitos de vida, nomeadamente uma alimentação saudável e o aumento da prática de atividade física/desporto.

Sendo a adolescência caracterizada como um processo de transição desenvolvimental, no qual o adolescente se apresenta vulnerável às modificações a que vai estando sujeito, as intervenções de enfermagem, devem capacitá-lo acerca da situação de modo a que ele consiga adaptar-se e promover respostas saudáveis à transição vivenciada, conduzindo, deste modo, ao seu reequilíbrio e bem-estar.

Apesar de, com este estudo, não ser possível obter generalizações quanto à auto percepção da imagem corporal dos alunos do segundo ciclo do ensino básico, ele permite a transferibilidade de saberes para outras realidades com características idênticas e deixa em aberto sugestões para novos estudos.

Sugere-se, portanto, estudar a prevalência de adolescentes que evitam algum tipo de alimento devido à sua imagem corporal, podendo desde logo despistar alguns transtornos do comportamento alimentar, ou estudar a prevalência de adolescentes que praticam atividade física/desporto com objetivo de reduzir o seu peso. Outro estudo passível de se realizar diz respeito à prevalência de baixo peso em adolescentes. Apesar de não ser um problema de saúde tão preocupante como a obesidade, neste estudo verificou-se igual percentagem de casos de baixo peso e obesidade e, não foram encontrados estudos relevantes sobre esta temática.

Os resultados deste estudo podem contribuir para enriquecer o conhecimento sobre as características dos adolescentes do segundo ciclo, e permitem delinear estratégias no combate à obesidade visando a diminuição da sua prevalência na cidade de Castelo Branco.

É importante que a investigação nesta área continue, assim como os estudos sobre a insatisfação da imagem corporal em adolescentes, para ser possível uma intervenção cada vez mais eficaz na prevenção e tratamento da obesidade, determinando estratégias assertivas para a comunidade adolescente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, J. J. F. e Paixão, A. C. (2005). *Dicionário AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Amaral, J. M. V. (2008). Doenças da idade pediátrica com repercussão no adulto – Generalidades *In: Amaral, J. M. V. Tratado de Clínica Pediátrica*. (Volume I, pp. 234-243). Alfragide: Abbott.
- Antunes, A. e Moreira, P. (2011). Prevalência de Excesso de Peso e Obesidade Em Crianças e Adolescentes Portugueses. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 279-284.
- Aparício, G.; Cunha, M.; Duarte, J. e Pereira, A. (2011). Olhar dos Pais sobre o Estado Nutricional das Crianças Pré-escolares. *Millenium*, 40, 99-113.
- Barbosa, M. R. (2008). *Contextos relacionais de desenvolvimento e vivência corporal*. Dissertação de Doutoramento. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Barros, A. J. P. e Leheld, N. A. S. (1986). *Fundamentos de Metodologia – Um Guia para a Iniciação Científica*, São Paulo: Mcgraw-Hill.
- Batista, P. M. F. (1995). *Satisfação com a Imagem Corporal e Autoestima*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Becker, B. (1999). *O corpo e sua implicação na área emocional*. Acedido em abril, 27, 2012, em: <http://www.efdeportes.com/efd13/benno.htm>
- Bento, C.; Saraiva, J. M. T.; Pereira, A. T. F.; Azevedo, M. H. P. e Santos, A. J. F. M. (2011). Atitudes e comportamentos alimentares em uma população adolescente portuguesa. Artigo original. *Pediatrics*, 33(1), 21-28.
- Blasco, M.; García-Mérita, M.; Atienza, F. e Balaguer, I. (1997). Sport practice and body image. *International Society of Sport Psychology- IX World congress of sport psychology*. Julho, 5-9.
- Branco, L. M.; Cintra, I. P. e Fiberg, M. (2006). Adolescente gordo ou magro: realidade ou fantasia? *Nutrição Brasil*, 5(4), 189-194.

- Brosnan, C. A. e Upchurch, S. (2006). Cuidado de Enfermagem à Comunidade da Criança e à Família In: Hockenberry, M. J.; Wilson, D. e Winkelstein, M. L. *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (pp. 22-29). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Cardoso, S. M. (1998). *Notas Epidemiológicas*. Coimbra: Imprensa de Coimbra.
- Carmo, I. (2012). *Gorduchos e Redondinhas*. Alfragide: Livros d'hoje.
- Carmo, I; Santos, O.; Camolas, J. e Vieira, J. (2008). *Obesidade em Portugal e no Mundo*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Castilho, S. M. (2001). *A imagem corporal*. Santo André: ESETec Editores Associados.
- Centers for Disease Control and Prevention (2000). *Growth Charts*. Acedido em junho, 15, 2012, em: http://www.cdc.gov/growthcharts/cdc_charts.htm
- Claudino, A. M. e Borges, M. B. F. (2002). Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 7-12.
- Coelho, K. e Eisenstein, E. (2008). Nutrição na Adolescência In: Ruzzy, M. H.; Grosman, E. (org.). *Saúde do Adolescente: competências e habilidades*. (pp. 81-88). Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção a Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- Cole, T. J.; Bellizzi, M. C.; Flegal, K. M. e Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320, 1-6.
- Colli, A. S. (2003). Conceito de adolescência In: Marcondes, E. *Pediatria básica*. (9ª edição, pp.539). São Paulo: Sarvier.
- Coutinho, J. A. (2012). *Percentis e curvas de percentis*. Acedido em outubro, 15, 2012, em: <http://jorgezevedocoutinho.files.wordpress.com/2012/05/percentis-e-curvas-de-percentis.pdf>
- Cruz, J. A. A.; Martins, I.; Dantas, A.; Silveira, D. e Guiomar, S. (2003). Alimentação e estado nutricional de grupos da população do concelho de Lisboa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(2), 65-72.
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2012). *Autoperceção*. Acedido em novembro, 24, 2012, em: <http://www.priberam.pt/dlpo/Default.aspx?pal=autoperce%u00e7%u00e3o>
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2012). *Transição*. Acedido em julho, 26, 2013, em: <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=transi%C3%A7%C3%A3o>
- Diniz, Z. M. A. M. (2007). Transtornos Alimentares: Epidemiologia, Etiologia e Classificação. *Nutrição Profissional*, 11(1), 12-20.

Direção-Geral da Saúde (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde - Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.

Direção-Geral da Saúde (2006). *Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil: Atualização das curvas de crescimento*. Acedido em setembro, 18, 2012, em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007811.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido em julho, 6, 2013, em: <http://www.dgs.pt/?cr=24430>

Duarte, M. E. (2008). Estilos de vida familiar e peso excessivo na criança em idade pré-escolar na região da Beira Interior. *In: Carmo, I; Santos, O.; Camolas, J. e Vieira, J. Obesidade em Portugal e no Mundo*. (pp. 139-159). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Duarte, M. E. (2012). Criança em idade pré-escolar. A «escolinha». *In: Carmo, I. Gorduchos e Redondinhas*. (pp. 63-92). Alfragide: Livros d'hoje.

Duarte, M. E. B. (2011). *Estilos de Vida Familiar e Peso Excessivo na Criança em Idade Pré-Escolar*. Dissertação de Doutoramento. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Dunker, K. L. L. e Philippi, S. T. (2003). Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Revista de Nutrição*, 16(1), 51-60.

Escrivão, M. A. M. S.; Oliveira, F. L. C.; Taddei, J. A. A. C. e Lopez, F. A. L. (2000). Childhood and adolescent obesity - Obesidade exógena na infância e na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 76(3), 305-310 .

Fernandes, A. (2005). Nutrição e Desenvolvimento. *In: Silva, A. C. e Gomes-Pedro A. Nutrição pediátrica: princípios básicos*. (pp. 225-233). Lisboa: Clínica Universitária de Pediatria do Hospital de Santa Maria.

Fernandes, M.; Santos, R.; Lopes, L.; Soares, H. e Pereira, B. (2011). *Prevalência de excesso de peso e obesidade, numa escola EB 2/3 do norte de Portugal, numa perspectiva longitudinal*. Braga: Centro de Investigação em Estudos da Criança, Instituto de Educação, Universidade do Minho.

Ferreira, F.; Mota, J. A. e Duarte, D. (2012). Prevalência de excesso de peso e obesidade em estudantes adolescentes do distrito de Castelo Branco: um estudo centrado no índice de massa corporal, perímetro da cintura e percentagem de massa gorda. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 47-54.

- Ferreira, J. S. (2010). *Prevalência de obesidade Infanto-juvenil em Portugal: Associação com os hábitos alimentares, actividade física e comportamentos sedentários*. Dissertação de Doutoramento. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Fisberg, M. (2006). Obesidade na Infância e Adolescência. X Congresso Ciências do Desporto e Educação Física dos países de língua portuguesa. *Revista Brasileira Educação Física*, 20(5), 163-164.
- Fonseca, H. (2005). Nutrição do Adolescente: adolescência como Período de Risco Nutricional. In: Silva, A. C. e Gomes-Pedro A. *Nutrição pediátrica: princípios básicos*. (pp. 115-123). Lisboa: Clínica Universitária de Pediatria do Hospital de Santa Maria.
- Fonseca, H. (2012). Os adolescentes. In: Carmo, I. *Gorduchos e Redondinhas*. (pp. 129-139). Alfragide: Livros d'hoje.
- Fonseca, H. e Matos, M. G. (2005). Perception of overweight and obesity among Portuguese adolescents: an overview of associated factors. *European Journal Public Health*, 15(3), 323-328.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de Investigação, da Concepção à Realização*. (3ª edição). Loures: Lusociência.
- Franch, M. A. e Castellano, G. (2007). Conceptos generales de nutrición. Requerimientos nutricionales. In: Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. *Manual práctico de Nutrición en Pediatría*. (pp. 1-11). Madrid: Ergon.
- Franco, M. J. B. (2001). *Processo de cooperação nas empresas portuguesas*. Dissertação de Doutoramento. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Freitas, B. S. A. e Carvalho, C. R. (2006). Importantes mecanismos de perda da massa óssea nos transtornos de alimentação. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 21(2), 149-154.
- Freitas, S.; Gorenstein, C. e Appolinário, J. C. (2002). Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 34-38.
- Gaspar, N. M. S. (1999). *Estudo da Imagem Corporal na Adolescência*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Gonçalves, M. J. e Marques, M. (2008). Perturbações do Comportamento In: Amaral, J. M. V. *Tratado de Clínica Pediátrica*. (Volume I, pp. 175-178). Alfragide: Abbott.

- Guerra, A. (2005). Avaliação do Estado de Nutrição. *In: Silva, A. C. e Gomes-Pedro A. Nutrição pediátrica: princípios básicos.* (pp. 149-158). Lisboa: Clínica Universitária de Pediatria do Hospital de Santa Maria.
- Guerra, A. (2006). As novas curvas da OMS para a avaliação do crescimento do lactente e da criança. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 3(37), 109-112.
- Guimarães, D. T. (org.) (2002). *Dicionário de termos médicos e de enfermagem.* São Paulo: Rideel.
- Hill, M. M. e Hill, A. (2000). *Investigação por questionário.* Lisboa: Edições Sílabo.
- Hockenberry, M. J.; Wilson, D. e Winkelstein, M. L. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* Rio de Janeiro: Elsevier.
- Hooke, C. (2006). Influências Sociais, Culturais e Religiosas na Promoção da Saúde da Criança *In: Hockenberry, M. J.; Wilson, D. e Winkelstein, M. L. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* (pp. 55-78). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010.* Acedido em junho, 24, 2012, em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_bou_i=107961853&PUBLICACOESmodo=2
- International Association for the Study of Obesity (2008). *World map of obesity - Portugal obesity information.* Acedido em setembro, 16, 2012, em: <http://www.iaso.org/resources/world-map-obesity/?map=children>
- International Obesity Taskforce (2010). *Childhood Obesity.* Acedido em setembro, 16, 2012, em: <http://www.iaso.org/childhoodobesity.asp/>
- Jacob, J. (1994). A imagem corporal e os factores sócio-culturais, performance motora e sexo. *Horizonte*, X(60), 211-217.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança.* Loures: Lusociência.
- Katch, F. I. e McArdle, W. D. (1996). *Nutrição, exercício e saúde.* (4ª edição). Rio de Janeiro: Medsi.
- Kollar, L. M.. (2006). Promoção da Saúde do Adolescente e da Família *In: Hockenberry, M. J.; Wilson, D. e Winkelstein, M. L. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* (pp. 493-515). Rio de Janeiro: Elsevier.

- Koplan, J. P. e Dietz, W. H. (1999). Caloric imbalance and public health policy. *Jama: the Journal of the American Medical Association*, 282 (16), 1579-1581.
- Lakatos, E. M. e Marconi, M. A. (1996). *Fundamentos de metodologia científica*. (3ª edição). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Lopes, M. L. e Pina, R. (2008a). Baixa Estatura. In: Amaral, J. M. V. *Tratado de Clínica Pediátrica*. (Volume I, pp. 112-118). Alfragide: Abbott.
- Lopes, M. L. e Pina, R. (2008b). Crescimento. In: Amaral, J. M. V. *Tratado de Clínica Pediátrica*. (Volume I, pp. 104-111). Alfragide: Abbott.
- López, C. (2003). Comprensión y manejo inicial de aspectos psicológicos involucrados en los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes, In: Hospital Luis Calvo Mackenna. *XXXVIII Curso Actualidades en pediatria*. (pp. 59-68). Chile: Laboratórios Saval.
- Marques, A. M.; Prazeres, V.; Pereira, A.; Vilar, D.; Forreta, F.; Cadete, J. e Meneses, P. F. (2000). *Educação Sexual em Meio escolar – Linhas Orientadoras*. Lisboa: Ministério da Educação/Ministério da Saúde.
- Marques, C. e Cepêda, T. (2009). *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Marques, J. G. (2005). Nutrição e Imunidade. In: Silva, A. C. e Gomes-Pedro A. *Nutrição pediátrica: princípios básicos*. (pp. 234-237). Lisboa: Clínica Universitária de Pediatria do Hospital de Santa Maria.
- Meleis, A. I.; Sawyer, L. M.; Im, E.; Messias, D. K. H.; DeAnne, K. H. e Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23, 12-28.
- Ministério da Saúde (2011). *Indicadores e metas do PNS: Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 13 anos*. Acedido em julho, 7, 2013, em: <http://impns.dgs.pt/saude-escolar/cobertura-da-monitorizacao-do-estado-de-saude-dos-alunos-aos-13-anos/>
- Moreira, P.; Padez, C.; Mourão, I. e Rosado, V. (2005). Dietary calcium and body mass in Portuguese children. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59, 861-867.
- Murray, P. (2006). Influências da Família na Promoção da Saúde da Criança. In: Hockenberry, M. J.; Wilson, D. e Winkelstein, M. L. *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (pp. 30-54). Rio de Janeiro: Elsevier.

- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal.
- Odoms-Young, A. M; Zenk, S. e Mason, M. (2009). Measuring food availability and access in African-American communities: implications for intervention and policy. *American Journal Preventive Medicine*, 36(4), 145-50.
- Oliveira, L. (2013). Perceção e Insatisfação da Imagem Corporal em Adolescentes em Função do Nível de Atividade Física, Prevalência de Obesidade e Género. *Revista Gymnasium*, volume 4, 1(5), 157-170.
- Opperman, C. S. e Cassandra, K. A. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.
- Padez, C.; Mourão, I.; Moreira, P. e Rosado, V. (2005). Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 94, 1550-1557.
- Pereira, A. (1999). Academias: corolário de uma concepção de corpo. *Horizonte*, XV(90), 22-26.
- Pinto, M. C. S. (2008). Adolescência, crescimento e desenvolvimento. In: Amaral, J. M. V. *Tratado de Clínica Pediátrica*. (Volume I, pp. 216-226). Alfragide: Abbott.
- Polit, D. F.; Beck, C. T. e Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação e Utilização*. (5ª edição). Porto Alegre: Artmed editora.
- Rego, C. (2008). Obesidade. In: Amaral, J. M. V. *Tratado de Clínica Pediátrica*. (Volume I, pp. 321-328). Alfragide: Abbott.
- Rego, C. (2012). A atividade física. In: Carmo, I. *Gorduchos e Redondinhas*. (pp. 163-171). Alfragide: Livros d'hoje.
- Rego, C. e Sasseti, L. (2011). Estado Nutricional. In: Rito, A.; Breda, J. e Carmo, I. *Guia de Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil*. (pp. 37-39). Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Ribeiro, J. M. P. (2005). *Métodos Quantitativos*. Castelo Branco: Escola Superior de Saúde Doutor Lopes Dias.
- Richardson, R. F. (1997). *Neuroscience & Body Image Perception*. Acedido em outubro, 15, 2012, em: <http://www.lincolncity.com>

- Rito, A. e Breda J. (2011a). Avaliação Antropométrica - Considerações Iniciais. In: Rito, A.; Breda, J. e Carmo, I. *Guia de Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil*. (pp. 11-12). Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Rito, A. e Breda J. (2011b). Peso. In: Rito, A.; Breda, J. e Carmo, I. *Guia de Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil*. (pp. 13-21). Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Rito, A. e Breda J. (2011c). Comprimento e Estatura. In: Rito, A.; Breda, J. e Carmo, I. *Guia de Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil*. (pp. 22-27). Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Rito, A. I.; Paixão, E.; Carvalho, M. A. e Ramos, C. (2012). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: Così Portugal 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Rito, A.; Breda, J. e Carmo, I. (2011). *Guia de Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Rodrigues, A. M.; Fisberg, M. e Cintra, I. P. (2005). Avaliação do estado nutricional, prevalência de sintomas de anorexia nervosa e bulimia nervosa e percepção corporal de modelos adolescentes brasileiras. *Nutrição Brasil*, 4(4), 182 -187.
- Salvado, R. e Silva, L. A. (2009). “Não se está mesmo a ver?” Avaliação da imagem corporal por crianças dos 7 aos 12 anos. *Nascer e Crescer: Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, XVIII(1), 13-18.
- Sampaio, D. (1994). *Inventem-se novos pais*. (12ª edição). Lisboa: Caminho.
- Sampaio, D. A. F. (2010). Imagem Corporal e Excesso de Peso em Adolescentes. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências.
- Sardinha, L. B. (2012). Sedentarismo, atividade física e aptidão cardiorrespiratória na prevenção da obesidade juvenil. In: Carmo, I. *Gorduchos e Redondinhas*. (pp. 173-202). Alfragide: Livros d’hoje.
- Sardinha, L. B.; Santos, R.; Vale, S.; Silva, A. M.; Ferreira, J. P.; Raimundo, A. M.; Moreira, H.; Baptista, F. e Mota, J. (2010). Prevalence of overweight and obesity among Portuguese youth: A study in a representative sample of 10–18-year-old children and adolescents. *International Journal of Pediatric Obesity*. Acedido em junho, 24, 2013, em: http://www.onocop.pt/conteudos/documentos/Sardinha_2010.pdf
- Schilder, P. (1999). *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. (3ª edição). São Paulo: Martins Fontes.

- Schwartz, M. e Brownell, K. (2004). Obesity and body image. *Body image*, 1(1), 43-56.
- Silva, D.; Rego, C. M.; Valente, A.; Faria, M.; Dias, C.; Azevedo, L. F.; Martins, C. e Guerra, A. (2009). Avaliação da insatisfação corporal e da auto-estima em crianças e adolescentes com diagnóstico de obesidade vs uma comunidade escolar. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 1, 23-31.
- Silva, D.; Rego, C.; Camila, C.; Azevedo, L. F. e Guerra, A. (2008). Imagem corporal de crianças/adolescentes obesos entre os 7-12 anos e seus progenitores. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 1, 7-16.
- Slade, P. D. (1994). What is body image?. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 497-502.
- Soares, H. M. (2008). *O Acompanhamento da Família no seu Processo de Adaptação e Exercício da Parentalidade: Intervenção de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Sousa, P. G. B. (2012). *Prevalência e Sintomatologia Associada a Doenças do Comportamento Alimentar em Adolescentes*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Escola Superior de Altos Estudos, Instituto Superior Miguel Torga.
- Thompson, J. e Gray, J. (1995). Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personality Assessment*, 64, 258-69.
- Vale, M. C. (2008). Desenvolvimento. In: Amaral, J. M. V. *Tratado de Clínica Pediátrica*. (Volume I, pp. 120-123). Alfragide: Abbott.
- Vicario, I. H. e Bartrina, J. A. (2007). Alimentación en la adolescência. In: Comité de Nutrición de la AEP. *Manual práctico de Nutrición en Pediatría*. (pp. 107-119). Madrid: Ergon.
- Vilas-Boas, J. P. (1997). Hidroginástica: considerações biomecânicas acerca de formas alternativas de fruir no meio aquático. *Horizonte*, XIII(78), 9-11.
- Vilela, J. E. M.; Lamounier, J. A.; Dellaretti, M. A. F.; Barros, R. J. e Horta G. M. (2004). Transtornos alimentares em escolares. *Jornal de Pediatria*, 80(1), 49-54.
- Winkelstein, M. L. (2006a). Perspectivas da Enfermagem Pediátrica. In: Hockenberry, M. J.; Wilson, D. e Winkelstein, M. L. *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (pp. 1-21). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Winkelstein, M. L. (2006b). Problemas de Saúde das Crianças em Idade Escolar e dos Adolescentes. In: Hockenberry, M. J.; Wilson, D. e Winkelstein, M. L. *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (pp. 516-548). Rio de Janeiro: Elsevier.

Winkelstein, M. L. (2006c). Promoção da Saúde da Criança em Idade Escolar e da Sua Família. *In: Hockenberry, M. J.; Wilson, D. e Winkelstein, M. L. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* (pp. 472-492). Rio de Janeiro: Elsevier.

Wong, D. L. e Whaley, L. F. (1997). *Enfermagem Pediátrica Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva.* (5ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

World Health Organization (2012). *Obesity and overweight.* Acedido em setembro, 17, 2012, em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

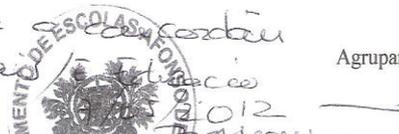
Ying, M. K. (1988). Nutrição na segunda infância e na adolescência. *In: Kelts, D. G. e Jones, E. G. Manual de nutrição infantil.* (pp. 80-93). Rio de Janeiro: Guanabara.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Pedido de autorização formal ao agrupamento da Escola Afonso de Paiva

Castelo Branco, Maio 2012

Autorizo, desde que seja
garantida a confidencialidade
do 2º ciclo da escola Afonso de Paiva



Exmo. Senhor Presidente do
Agrupamento da Escola Básica Afonso de Paiva

Cláudia Isabel Custódio Roque Isca, Enfermeira na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico da Guarda pretende desenvolver, no âmbito da execução do trabalho de investigação do referido Curso, um estudo aos alunos do 2º ciclo (5º e 6º anos) da Escola Básica Afonso de Paiva. O objetivo geral do estudo é caracterizar a auto percepção da imagem corporal, dos alunos do 2º ciclo da escola Afonso de Paiva, e relacioná-la com o estado nutricional avaliado. Para efetuar o trabalho de investigação pretendia avaliar, em sala de aula, o peso e altura dos adolescentes do 2º ciclo da Escola Básica Afonso de Paiva, sendo necessário retirar alguma roupa e sapatos, conjuntamente com o preenchimento pelos alunos de um questionário de modo a caracterizar a auto percepção da imagem corporal.

Este trabalho de investigação tem a orientação da Profª Doutora Ana Maria Jorge, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde / Instituto Politécnico da Guarda e Co-orientação da Profª Maria Emília Bengala Duarte, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias / Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Para a realização do trabalho, venho solicitar a V. Exª a autorização necessária, para o acesso a uma hora de aula em cada turma do 2º ciclo desta escola para a recolha necessária dos dados em estudo, após pedido de autorização aos Encarregados de Educação dos alunos.

A garantia de confidencialidade e anonimato serão assegurados, pois nenhuma informação que permita identificar o aluno em questão será utilizada.

Na certeza que compreenderá a importância do estudo e a importância da autorização para a realização do mesmo agradeço a atenção dispensada, esperando um bom acolhimento.

Com os melhores cumprimentos,

Cláudia Isabel Custódio Roque Isca
Cláudia Isabel Custódio Roque Isca

Qualquer esclarecimento poderá ser prestado através do número de telemóvel: 964562661
ou através do e-mail: claudiaisca@sapo.pt

APÊNDICE II - Consentimento informado aos encarregados de educação dos alunos envolvidos no estudo

Castelo Branco, Maio 2012

Exmo. Encarregado de Educação,

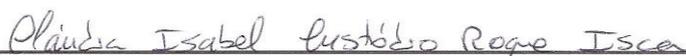
Cláudia Isabel Custódio Roque Isca, Enfermeira na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico da Guarda pretende desenvolver, no âmbito da execução do trabalho de investigação do referido Curso, um estudo aos alunos do 2º ciclo (5º e 6º anos) da Escola Básica Afonso de Paiva. O objetivo geral do estudo é caracterizar a autoperceção da imagem corporal, dos alunos do 2º ciclo da escola Afonso de Paiva, e relacioná-la com o estado nutricional avaliado.

Para efetuar o trabalho de investigação pretendia avaliar, em sala de aula, o peso e altura dos adolescentes do 2º ciclo da Escola Básica Afonso de Paiva, sendo necessário retirar alguma roupa e sapatos, conjuntamente com o preenchimento pelos alunos de um questionário de modo a caracterizar a autoperceção da imagem corporal.

Este trabalho de investigação tem a orientação da Profª Doutora Ana Maria Jorge, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde / Instituto Politécnico da Guarda e Co-orientação da Profª Maria Emília Bengala Duarte, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias / Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Para a realização do trabalho, venho solicitar que permita a participação do seu educando no referido estudo de investigação, devendo assinar e devolver a autorização com a maior brevidade possível. A garantia de confidencialidade e anonimato serão assegurados, pois nenhuma informação que permita identificar o aluno em questão será utilizada.

Na certeza que compreenderá, a importância do estudo e a necessidade da sua autorização para a realização do mesmo, agradeço a atenção dispensada, com os melhores cumprimentos,


Cláudia Isabel Custódio Roque Isca

Qualquer esclarecimento poderá ser prestado através do número de telemóvel: 964562661

ou através do e-mail: claudiaisca@sapo.pt

_____ recortar e devolver _____

Autorizo a participação do meu educando _____ nº _____

turma: _____ Ano: _____ no estudo: "Autoperceção da Imagem Corporal dos Alunos do 2º Ciclo"

Encarregado de Educação: _____

Data: _____/Maio/2012

APÊNDICE III - Requisição de material para avaliação antropométrica à Escola Superior de Saúde Doutor Lopes Dias



Claudia Isca <claudiaisca@gmail.com>

pedido de material

1 mensagem

Claudia Isca <claudiaisca@gmail.com>
Para: esald@ipcb.pt

18 de maio de 2012 09:53

Exma Sr^a Diretora da ESALD,

Cláudia Isabel Custódio Roque Isca, Aluna do **mestrado de Saude Infantil e Pediatria na Escola Superior de Saude da Guarda**, a realizar a dissertação de mestrado "Autoperceção da imagem corporal dos alunos do 2º ciclo", com a **co-orientação da Prof^a Maria Emília Bengala Duarte**, após sugestão do material pela Prof^a Emília, **vem por este meio requerer o empréstimo de balança eletrónica SECA e estadiómetro portátil SECA**, para avaliação do IMC dos alunos do 2º ciclo na Escola Afonso de Paiva em dias a destinar posteriormente, segundo combinado com a Eng^a Cândida Tavares.

Para formalização do pedido entregue à Eng^a Cândida o modelo da esald devidamente preenchido.

Com os melhores cumprimentos,

Claudia Isca

(964562661)



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE ESPAÇOS

N.º _____/20____

Ex.mo(a) Senhor(a),
Director(a) da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

NOME _____ *Cláudia Isabel Custódio Roque Isca* _____ Cód. ALUNO _____
CURSO _____ *Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria* _____ ANO _____

Solicita a V. Ex.ª autorização para a utilização de espaço(s) da ESALD, conforme discriminado:

ESPAÇO A UTILIZAR	N.º DE PESSOAS	DIA DE UTILIZAÇÃO (dia/mês/ano)	HORÁRIO DE UTILIZAÇÃO	NOME DO RESPONSÁVEL

EQUIPAMENTO / MATERIAL A UTILIZAR	QUANTIDADE
BALANÇA ELECTRÓNICA SECA	1
ESTADIÓMETRO PORTÁTIL SECA	1
ROLO DE PAPEL	1

FINALIDADE
 AVALIAÇÃO DE IMC NOS ALUNOS DO 2º CICLO DA ESCOLA AFONSO DE PAIVA, CASTELO BRANCO, NO ÂMBITO DA REALIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado "AUTOPERCEÇÃO DA IMAGEM CORPORAL DOS ALUNOS DO 2º CICLO", REALIZADA COM A CO-ORIENTAÇÃO DA PROFESSORA MARIA EMÍLIA BENGALA DUARTE

DATA 18-05-2012 _____
(Assinatura legível)

PARECER DO RESPONSÁVEL PELO ESPAÇO

DATA ____/____/20____ _____
(Assinatura legível)

DESPACHO DA DIRECÇÃO

DATA ____/____/20____ _____
(Assinatura legível)

A PREENCHER NO(S) DIA(S) DE UTILIZAÇÃO

ENTRADA						SAÍDA		
DIA	HORA	CARTÃO	CHAVE	ASSINATURA (pessoa que levantou cartão/chave)	ASSINATURA (pessoa que facultou cartão/chave)	HORA	ASSINATURA (pessoa que entregou cartão/chave)	ASSINATURA (pessoa que recebeu cartão/chave)

Mod.ESALD.EX.01.01

APÊNDICE IV - Questionário de auto percepção da imagem corporal dos alunos do 2º ciclo da Escola Afonso de Paiva

Código:

--	--	--	--

**QUESTIONÁRIO DE AUTOPERCEÇÃO DA IMAGEM CORPORAL DOS ALUNOS DO 2º
CICLO DA ESCOLA AFONSO DE PAIVA**

Responde às questões colocando uma cruz ou completando os espaços em branco:

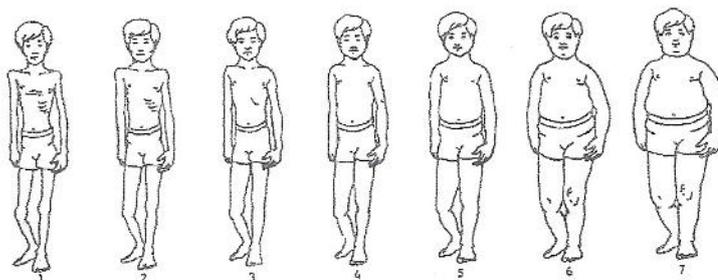
1. Sexo a) Masculino b) Feminino
2. a) Data de nascimento ____/____/____
3. Com quem vives? a) Pai b) Mãe c) Irmã(o) d) Avós e) outro quem: _____
4. Quantos irmãos tens? a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 f) 5 ou +
5. Onde vives? a) na cidade de Castelo Branco b) numa aldeia nos arredores de Castelo Branco
6. Qual a idade dos teus pais? a) Pai _____ anos b) Mãe _____ anos
7. Qual o estado civil dos teus pais? a) Pai _____ b) Mãe _____
Ex: Solteiro(a); Casado(a); Separado(a) (vivem em separação, mas ainda não obtiveram o divórcio); Divorciado(a) ou Viúvo(a)
8. Qual a escolaridade dos teus pais? a) Pai _____ b) Mãe _____
Ex: Sem escolaridade; 1º ciclo (1º ao 4º ano); 2º ciclo (5º e 6º ano); 3º ciclo (7º ao 9º ano); ensino secundário (10º ao 12º ano); ensino superior (bacharelato, licenciatura, mestrado ou doutoramento).
9. Qual a profissão dos teus pais? a) Pai _____ b) Mãe _____
10. Qual a situação profissional dos teus pais, neste momento?
a) Pai _____ b) Mãe _____
Ex: Reformado; profissão ativa; não trabalha ex: doméstica; desempregado
11. Habitualmente quais as refeições que fazes?
a) Pequeno Almoço b) Lanche da manhã c) Almoço
d) Lanche da tarde e) Jantar f) Ceia
12. Consideras que o teu peso está: a) Normal b) Acima do normal c) Abaixo do normal
13. Praticas desporto? a) Não b) Sim
13.1 - Qual desporto que praticas? _____
13.2 - Onde praticas? _____
13.3 - Quantas vezes por semana? _____
13.4 - Porquê praticas desporto? _____
14. Praticas exercício físico com intenção de reduzir o teu peso? a) Não b) Sim
15. Evitas comer algum tipo de alimento devido à tua imagem corporal? a) Não b) Sim
Caso tenhas respondido que sim, qual o(s) alimento(s) que evitas comer?
_____ e porquê? _____
16. Sentes-te bem com o teu aspeto físico? a) Não b) Sim
17. Qual a(s) parte(s) do teu corpo que mais gostas? _____
18. Qual a(s) parte(s) do teu corpo que menos gostas? _____
19. Se pudesses, o que mudavas em ti? _____

Muito obrigada pela tua participação!

Código:

20. Nos seguintes esquemas de imagens observa as silhuetas e considera qual a mais semelhante à tua imagem corporal:

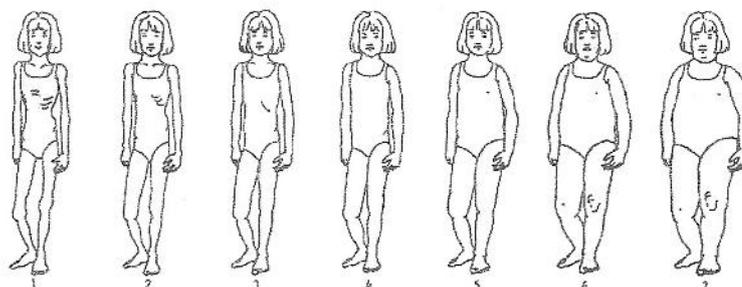
Imagem para os rapazes:



Collins ME (1991)

- a) Qual ao número da imagem com que te identificas?
- b) Qual o número da imagem corporal que gostarias de ter?

Imagem para as raparigas:



Collins ME (1991)

- a) Qual ao número da imagem com que te identificas?
- b) Qual o número da imagem corporal que gostarias de ter?

Terminaste o questionário, podes fazer a entrega para em seguida se avaliar o teu peso e altura.

(a preencher pela enfermeira no final)

21. a) Peso: _____ kg

b) Altura: _____ cm

Muito obrigada pela tua participação!