



Artigo Original

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM ADOLESCENTES COM EXCESSO DE PESO

NURSING DIAGNOSES IN OVERWEIGHT ADOLESCENTS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN ADOLESCENTES CON SOBREPESO

Raphaela Santos do Nascimento Rodrigues¹, Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti², Telma Marques da Silva³

Objetivou-se identificar diagnósticos de enfermagem em adolescentes de escolas públicas com excesso de peso, segundo a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem. Estudo transversal de base populacional que investigou aspectos sócio-demográficos, comportamentais e psicológicos de adolescentes de 10 a 14 anos. Foram estabelecidos 11 diagnósticos de enfermagem: "Risco para Obesidade"; "Risco de desenvolvimento do adolescente comprometido"; "Risco de insegurança no desempenho do Papel Parental"; "Risco para Capacidade da família para gerir o regime dietético comprometida"; "Risco para Capacidade para gerir o regime dietético comprometida"; "Risco para Déficit de conhecimento sobre o regime dietético"; "Risco de ingestão de alimentos excessiva"; "Auto-imagem negativa"; "Risco para auto-estima baixa"; "Risco de bem-estar social comprometido"; "Padrão de exercício comprometido". Os mesmos refletem o caráter multifatorial da obesidade, ressaltando-se a necessidade de articulação interdisciplinar e intersectorial da enfermagem nas intervenções de prevenção e controle do excesso de peso.

Descritores: Obesidade; Sobrepeso; Adolescente; Diagnósticos de Enfermagem.

This study aimed to identify nursing diagnoses in overweight adolescents from public schools, according to the International Classification for Nursing Practice. A population-based cross-sectional study that investigated the socio-demographic, behavioural and psychological characteristics of adolescents aged from 10 to 14 years. 11 nursing diagnoses were identified: "Risk of overweight", "Risk of impaired adolescent development", "Risk of insecurity in parental role performance", "Risk of the family impaired ability to manage diet regime", "Risk of impaired ability to manage diet regime", "Risk of lack of knowledge of dietary regime", "Risk of excess food intake", "Risk of negative self-image", "Risk of low self-esteem", "Risk of impaired social well-being" and "Impaired exercise pattern". These diagnoses reflect the multifactorial nature of obesity, highlighting the need for interdisciplinary and intersectoral articulation of nursing interventions for prevention and control of overweight.

Descriptors: Obesity; Overweight; Adolescent; Nursing Diagnosis.

El objetivo fue identificar los diagnósticos de enfermería en adolescentes de escuelas públicas con exceso de peso, de acuerdo con la Clasificación Internacional de la Práctica de Enfermería. Estudio transversal de población, investigó socio-demográficos, conductuales y psicológicos de adolescentes de 10 a 14 años. Se establecieron 11 diagnósticos de enfermería: "Riesgo para la Obesidad", "Riesgos de desarrollo adolescente comprometida", "Riesgo de inseguridad en el rendimiento papel de los padres", "Riesgo para la capacidad de la familia para gestionar el régimen dietético comprometido", "Riesgo de capacidad para gestionar el régimen dietético comprometido", "Riesgo de Déficit de conocimientos sobre la dieta", "Riesgo de ingesta excesiva de alimentos", "Imagen negativa de sí", "Riesgo para la autoestima", "Riesgo Bienestar comprometida", "Estándar ejercicio comprometido". Reflejo de la naturaleza multifactorial de la obesidad, destacando la necesidad de interdisciplinaria e intersectorial de prevención y control de sobrepeso.

Descritores: Obesidad; Sobrepeso; Adolescente; Diagnóstico de Enfermería.

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Brasil. E-mail: raphaela67@hotmail.com.

²Enfermeira. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Brasil. E-mail: anapopita@gmail.com.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE e Membro colaborador do Programa de Pós-Graduação do Curso de Mestrado em Enfermagem pela UFPE. Brasil. E-mail: telmarques@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada a morbidade não transmissível com maior aumento de prevalência em todo o mundo desde a década de 1990, apresentando-se em proporções epidêmicas e tornando-se um dos principais problemas de saúde pública da sociedade moderna⁽¹⁾.

Esta situação é resultado das mudanças dos hábitos de vida determinadas pela urbanização, que transformou o perfil de vida e de saúde das populações, incluindo a adoção de hábitos alimentares pouco saudáveis e a redução da prática de atividades físicas na rotina diária⁽¹⁻²⁾.

Nas crianças e adolescentes, este aumento é particularmente preocupante, uma vez que a presença da obesidade nesta faixa etária é fator de risco para a permanência da obesidade na vida adulta⁽²⁾. Uma revisão sistemática da literatura confirma que a probabilidade de persistência de sobrepeso na vida adulta é moderada para os jovens com excesso de peso e obesidade⁽³⁾.

A obesidade na adolescência pode resultar em aumento na pressão arterial, dislipidemias, diabetes, além de distúrbios psicológicos, emocionais e de relacionamento; e maior morbimortalidade na idade adulta, especialmente pelo desenvolvimento de doenças cardiovasculares⁽²⁻³⁾.

A Organização Mundial de Saúde determina que medidas efetivas para o controle da obesidade devem incluir a abordagem preventiva e de promoção da saúde na infância e adolescência a fim de evitar a sua permanência ou agravamento na idade adulta⁽¹⁾.

Para tanto, os diagnósticos de enfermagem (DE) representam uma importante ferramenta da enfermagem que permite o reconhecimento da realidade através da identificação dos riscos/necessidades de saúde do indivíduo, possibilitando o planejamento de

intervenções de cuidado no âmbito individual, familiar e/ou comunitário, e em todos os níveis de atenção à saúde – básica, secundária ou terciária⁽⁴⁾.

Dessa forma, este estudo teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem em adolescentes com excesso de peso segundo a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, realizado partindo-se da utilização do banco de dados de um estudo de base populacional que subsidiou uma tese de doutorado⁽⁵⁾, composto por características antropométricas, sócio-demográficas, comportamentais e psicossociais dos escolares; o qual foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo N.º 414146/2006-5 Ed. 02/2006).

A população do referido banco de dados incluiu alunos de 10 a 14 anos inclusive, de ambos os sexos, de escolas públicas e privadas da cidade do Recife, estado de Pernambuco, que ofereciam do 6º ao 9º ano do ensino fundamental no período de outubro a dezembro de 2007.

O tamanho amostral (n) foi calculado a partir da fórmula $[n = z^2 \cdot p \cdot (1-p) / d^2]$, onde "z" representa o nível de confiabilidade desejada (95%), "p" a prevalência estimada de excesso de peso de 19,5%⁽⁶⁾ e "d" a margem de erro aceitável de 3%.

O processo de seleção da amostra foi do tipo poli-etapas, cujas unidades amostrais foram a escola (1º conglomerado), turno (2º conglomerado), turma (3º conglomerado) e escolar (4º conglomerado). O "n" amostral foi ajustado pelo efeito do desenho do estudo, mediante o uso de um fator de correção amostral da ordem de 2,1 totalizando um número mínimo de 1403 escolares. Para corrigir eventuais perdas ou recusas,

1507 escolares participaram do banco de dados, incluindo alunos de escolas públicas e privadas.

A amostra da pesquisa originadora do banco de dados foi obtida a partir da seleção dos conglomerados e escolares por meio do uso de uma tábua de números aleatórios e respeitando-se o limite mínimo de 40 unidades amostrais por escola.

A seleção de 29 escolas públicas e 11 privadas foi por amostragem aleatória estratificada, levando-se em consideração a proporcionalidade do número de escolas públicas e privadas da cidade do Recife, resultando no número de 1507 escolares, sendo 1074 escolares da rede pública e 433 da rede privada.

Foram excluídos aqueles escolares que, embora matriculados, não estavam frequentando regularmente as atividades letivas; com deficiência física que interferisse na avaliação antropométrica; que necessitavam fazer dieta especial por problema de saúde; ou cujas famílias adotavam uma forma especial de dieta, culturalmente diversa da adotada nesta região geográfica.

A amostra do presente estudo foi composta por todos os escolares da rede pública de ensino da cidade do Recife participantes do estudo supracitado que deu origem ao banco de dados, resultando em um total de 1074 adolescentes. A opção em estudar esta parcela da população foi estabelecida considerando-se que no Brasil, o aumento da prevalência da obesidade é proporcionalmente mais elevado entre as famílias de baixa renda, e que os hábitos de vida e fatores comportamentais podem apresentar-se diferentemente em extratos sócio-econômicos distintos⁽⁷⁾. Optou-se por trabalhar com a população economicamente menos favorecida, que em sua maioria é usuária da rede pública de ensino na cidade do Recife.

O Sobrepeso foi definido quando o IMC (Índice de Massa Corpórea) – peso dividido pela altura ao quadrado - esteve situado entre os percentis 85 e 95; e a obesidade quando o IMC era igual ou estava acima do

percentil 95 segundo a classificação de Cole⁽⁸⁾. Os indivíduos com sobrepeso foram agrupados aos obesos, sendo classificados na categoria de excesso de peso, considerada variável dependente.

As variáveis independentes referem-se a aspectos sócio-demográficos (idade, sexo, existência de irmãos, número de irmãos, posição na ordem de nascimentos, escolaridade do pai e da mãe), comportamentais (realização de dieta anterior, comer sem fome, comer até sentir desconforto abdominal, consumo de bebidas alcoólicas, preferência ao realizar as refeições, troca de refeições por lanches, frequência da prática de educação física na escola, frequência da prática de esportes fora do horário de aulas), e psicossociais (percepção do peso corporal dos pais, satisfação com a imagem corporal).

A coleta das informações para a construção do banco de dados foi realizada através de entrevista por uma equipe formada por profissionais da área da saúde que foi treinada e capacitada para a aplicação de um questionário e aferição de medidas antropométricas, sob a supervisão de um pesquisador do projeto. Cerca de 20% dos questionários foram re-testados por supervisores, para avaliar a consistência dos dados e reprodutibilidade das informações.

Na verificação do peso, foi utilizada uma balança digital eletrônica, da marca Plenna-MEA-03140, com capacidade de até 150 kg e precisão de 100g. Os escolares foram pesados descalços, sem objetos nas mãos ou bolsos e sem adornos na cabeça. A altura foi determinada com fita métrica Stanley-milimetrada, com precisão de 1 mm e exatidão de 0,5 cm. A fita foi afixada na parede e os escolares colocados em posição ereta, descalças, com os membros superiores pendentes ao longo do corpo, os calcanhares, o dorso e a cabeça tocando a parede, e olhando para frente.

Cada indivíduo teve suas medidas aferidas em duplicata, sendo desprezadas quando o erro de aferição inter-avaliadores foi maior que 100g para peso e 0,5cm

para altura. O valor resultante das aferições foi a média entre elas.

Procedeu-se o cálculo da prevalência de excesso de peso e a descrição do perfil epidemiológico deste grupo. Para análise das variáveis qualitativas foi calculada a frequência percentual e construída a distribuição das frequências. Para avaliar os fatores estatisticamente associados com o excesso de peso foram calculados a razão de prevalência e seu respectivo intervalo de confiança. Para a idade dos adolescentes também foram calculados a média e o desvio padrão.

A partir da identificação dos fatores estatisticamente associados ao excesso de peso, foi realizada uma busca entre os diagnósticos de enfermagem disponíveis na Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE) Versão 2⁽⁹⁾ que apresentavam relação com os fatores associados.

A utilização de um banco de dados que não teve o objetivo inicial de identificar diagnósticos de enfermagem poderia acarretar em limitação na acurácia dos diagnósticos de enfermagem, já que não foi construído a partir da realização de consultas de enfermagem. Entretanto, os dados utilizados apresentam evidências clínicas suficientes para a

identificação de diagnósticos de enfermagem. Todavia, considerou-se mais prudente acrescentar o juízo de risco aos diagnósticos, salvo quando não fosse exigido mais de uma evidência clínica para que os mesmos fossem estabelecidos.

A pesquisa que deu origem ao banco de dados foi submetida e aprovada pelo comitê de ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE – 0203.0.172.000-06).

RESULTADOS

A prevalência de excesso de peso encontrada na amostra foi de 18,6% (n = 200). A caracterização das variáveis sociodemográficas dos adolescentes com excesso de peso revelou que a média de idade foi de 11,5 anos, maioria do sexo feminino (58,5%), com irmãos (92,5%), dos quais a maioria possuía 01 ou 02 irmãos (64,9%), eram primogênitos (41,2%), possuía pai e mãe com nível de escolaridade fundamental (respectivamente 56,2% e 60,9%). Destas, apenas o fato de ser primogênito apresentou associação como excesso de peso quando comparado com os que nasceram na quarta ou maior posição (IC95% RP = 1,15 - 3,07).

Tabela 1 - Distribuição de adolescentes de 10 a 14 anos de escolas públicas, segundo peso corporal e aspectos sociodemográficos e comportamentais. Recife, PE, Brasil, 2007

| Variáveis | Com excesso de peso | Sem excesso de peso | RP | IC95%(RP) |
|-----------------------|---------------------|---------------------|------|-------------|
| Idade (anos) | | | | |
| 10 | 55 (27,5%) | 196 (22,4%) | 1,66 | 0,99 – 2,77 |
| 11 | 52 (26,0%) | 235 (26,9%) | 1,37 | 0,82 – 2,30 |
| 12 | 48 (24,0%) | 177 (20,3%) | 1,61 | 0,96 – 2,72 |
| 13 | 29 (14,5%) | 161 (18,4%) | 1,15 | 0,66 – 2,03 |
| 14 | 16 (8,0%) | 105 (12,0%) | 1,00 | - |
| Total | 200 (100%) | 874 (100%) | - | - |
| Média ± Desvio Padrão | 11,5 ± 1,2 | 11,7 ± 1,3 | - | - |
| Sexo | | | | |
| Masculino | 83 (41,5%) | 384 (43,9%) | 1,00 | - |
| Feminino | 117 (58,5%) | 490 (56,1%) | 1,08 | 0,84 – 1,40 |
| Total | 200 (100%) | 874 (100%) | - | - |
| Existência de irmãos | | | | |
| Sim | 185 (92,5%) | 836 (95,7%) | 1,00 | - |
| Não | 15 (7,5%) | 38 (4,3%) | 1,56 | 1,00 – 2,44 |
| Total | 200 (100%) | 874 (100%) | - | - |
| Número de irmãos | | | | |
| 1 | 55 (29,7%) | 225 (26,9%) | 1,42 | 0,95 - 2,10 |
| 2 | 65 (35,2%) | 254 (30,5%) | 1,46 | 1,00 - 2,15 |
| 3 | 32 (17,3%) | 152 (18,1%) | 1,26 | 0,80 - 1,96 |
| 4 ou mais | 33 (17,8%) | 205 (24,5%) | 1,00 | - |
| Total | 185 (100%) | 833 (100%) | - | - |
| Posição de nascimento | | | | |
| 1º | 75 (41,2%) | 263 (31,9%) | 1,88 | 1,15 - 3,07 |
| 2º | 58 (31,9%) | 297 (36,1%) | 1,38 | 0,84 - 2,29 |
| 3º | 32 (17,6%) | 137 (16,6%) | 1,60 | 0,93 - 2,77 |
| 4º ou mais | 17 (9,3%) | 127 (15,4%) | 1,00 | - |
| Total | 182 (100%) | 824 (100%) | - | - |
| Escolaridade do pai | | | | |
| Analfabeto | 6(5,3%) | 18(3,7%) | 1,00 | - |
| Fundamental | 64(56,2%) | 312(64,9%) | 0,68 | 0,33 - 1,41 |
| Médio | 33(28,9%) | 134(27,9%) | 0,79 | 0,37 - 1,69 |
| Superior | 11(9,6%) | 17(3,5%) | 1,57 | 0,68 - 3,61 |
| Total | 114 (100%) | 481 (100%) | - | - |
| Escolaridade da mãe | | | | |
| Analfabeto | 8 (5,3%) | 28 (4,4%) | 1,00 | - |
| Fundamental | 92 (60,9%) | 419 (65,5%) | 0,81 | 0,43 - 1,53 |
| Médio | 44 (29,1%) | 172 (26,9%) | 0,92 | 0,47 - 1,78 |
| Superior | 7 (4,7%) | 21 (3,2%) | 1,13 | 0,46 - 2,73 |
| Total | 151 (100%) | 640 (100%) | - | - |

Quanto aos aspectos comportamentais e psicológicos, a Tabela 2 mostra que a maior parte dos adolescentes com excesso de peso referiu nunca ter feito dieta (62,8%), não ter o hábito de comer quando sem fome (74,5%), nem de comer até sentir desconforto abdominal (70,5%), não ingerir bebidas alcoólicas (94,5%), preferir fazer refeições acompanhado (61,5%) e não costumar trocar refeições por lanches (82%). A maioria dos escolares não praticava educação física ou o fazia com frequência

menor do que três vezes por semana (11,8 e 86,6%, respectivamente), ou seja, apenas 1,6% dos escolares com excesso de peso revelaram participar de aulas de educação física pelo menos 3 vezes por semana; e 56,0% não praticavam esportes fora da escola. Dentre as variáveis comportamentais, a única que apresentou associação com o excesso de peso foi a realização anterior de dieta quando comparado com os adolescentes que nunca haviam feito dieta (IC95% RP = 2,92-4,62).

Tabela 2 - Distribuição de adolescentes de 10 a 14 anos de escolas públicas, segundo peso corporal e aspectos comportamentais. Recife, PE, Brasil, 2007

| Variáveis | Com excesso de peso | Sem excesso de peso | RP | IC95%(RP) |
|--|---------------------|---------------------|------|--------------|
| Realização de dieta anterior | | | | |
| Sim | 74(37,2%) | 74(8,5%) | 3,68 | 2,92 - 4,62 |
| Não | 125(62,8%) | 794(91,5%) | 1,00 | - |
| Total | 199 (100%) | 868 (100%) | - | - |
| Hábito de comer sem fome | | | | |
| Nunca | 149 (74,5%) | 650 (74,4%) | 1,00 | - |
| 1 vez por mês | 9 (4,5%) | 47 (5,4%) | 0,86 | 0,47 - 1,60 |
| 1 vez por semana | 20 (10,0%) | 88 (10,0%) | 0,99 | 0,65 - 1,51 |
| Todos os dias | 22 (11,0%) | 89 (10,2%) | 1,06 | 0,71 - 1,59 |
| Total | 200 (100%) | 874 (100%) | - | - |
| Hábito de comer até sentir desconforto abdominal | | | | |
| Nunca | 141 (70,5%) | 600 (68,7%) | 1,00 | - |
| 1 vez por mês | 11 (5,5%) | 51 (5,8%) | 0,93 | 0,53 - 1,63 |
| 1 vez por semana | 23 (11,5%) | 109 (12,5%) | 0,92 | 0,61 - 1,37 |
| Todos os dias | 25 (12,5%) | 114 (13,0%) | 0,95 | 0,64 - 1,39 |
| Total | 200 (100%) | 874 (100%) | - | - |
| Ingestão de bebidas alcoólicas | | | | |
| Sim | 11 (5,5%) | 56 (6,4%) | 1,00 | - |
| Não | 189 (94,5%) | 818 (93,6%) | 1,14 | 0,66 - 1,99 |
| Total | 200 (100%) | 874 (100%) | - | - |
| Preferência para fazer refeição | | | | |
| Acompanhado | 123 (61,5%) | 525 (60,2%) | 1,57 | 0,77 - 3,21 |
| Sozinho | 70 (35,0%) | 297 (34,0%) | 1,58 | 0,76 - 3,27 |
| Indiferente | 7 (3,5%) | 51 (5,8%) | 1,00 | - |
| Total | 200 (100%) | 873 (100%) | - | - |
| Troca de refeições por lanches | | | | |
| Sim | 36 (18,0) | 169 (19,4%) | 0,93 | 0,67 - 1,29 |
| Não | 164 (82,0) | 704 (80,6%) | 1,00 | - |
| Total | 200 (100%) | 873 (100%) | - | - |
| Prática de educação física na escola por semana | | | | |
| 3 vezes | 2 (1,6) | 34 (5,3) | 1,00 | - |
| Menos de 3 vezes | 110 (86,6) | 496 (77,3) | 3,27 | 0,84 - 12,70 |
| Não pratica | 15 (11,8) | 112 (17,4) | 2,13 | 0,51 - 8,87 |
| Total | 127 (100%) | 642 (100%) | - | - |
| Prática de esporte fora da escola por semana | | | | |
| 3 vezes | 70 (35,0) | 328 (37,5) | 1,00 | - |
| Menos de 3 vezes | 18 (9,0) | 67 (7,7) | 1,20 | 0,76 - 1,91 |
| Não pratica | 112 (56,0) | 479 (54,8) | 1,08 | 0,82 - 1,41 |
| Total | 200 (100%) | 874 (100%) | - | - |

Quanto aos aspectos psicológicos investigados e descritos na Tabela 3, percebe-se que grande parte dos adolescentes com excesso de peso percebia o peso corporal do seu pai e mãe como normais (47,2% e 46,0%, respectivamente) e a maioria era insatisfeita com sua imagem corporal (69,5%). Destes aspectos, a

percepção do pai como gordo e a insatisfação corporal apresentaram associação com o excesso de peso, quando comparados com os adolescentes que percebiam seus pais com peso normal e satisfeitos com a própria imagem corporal, respectivamente (IC95%RP = 1,18 - 2,06 e 3,28 - 5,68).

Tabela 3 - Distribuição de adolescentes de 10 a 14 anos de escolas públicas, segundo peso corporal e aspectos psicológicos. Recife, PE, Brasil, 2007

| Variáveis | Com excesso de peso | Sem excesso de peso | RP | IC95%(RP) |
|----------------------------------|---------------------|---------------------|------|-------------|
| Satisfação com a imagem corporal | | | | |
| Satisfeito | 61 (30,5%) | 642 (73,5%) | 1,00 | - |
| Insatisfeito | 139 (69,5%) | 232 (26,5%) | 4,32 | 3,28 - 5,68 |
| Total | 200 (100%) | 874 (100%) | - | - |
| Percepção do Pai | | | | |
| Gordo | 67 (34,4%) | 191 (23,1%) | 1,56 | 1,18 - 2,06 |
| Magro | 36 (18,4%) | 175 (21,1%) | 1,03 | 0,72 - 1,46 |
| Normal | 92 (47,2%) | 462 (55,8%) | 1,00 | - |
| Total | 195 (100%) | 828 (100%) | - | - |
| Percepção da mãe | | | | |
| Gordo | 72 (36,0%) | 264 (30,3%) | 1,31 | 0,99 - 1,73 |
| Magro | 36 (18,0%) | 136 (15,6%) | 1,28 | 0,91 - 1,81 |
| Normal | 92 (46,0%) | 470 (54,1%) | 1,00 | - |
| Total | 200 (100%) | 870 (100%) | - | - |

A partir dos dados obtidos na construção do perfil epidemiológico e fatores que apresentaram associação estatística com o excesso de peso, foram identificados na CIPE Versão 2⁽⁹⁾, doze diagnósticos de enfermagem, descritos no Quadro 1.

A frequência semanal de atividade física não apresentou associação estatística com o excesso de

peso neste estudo. Entretanto, diante da expressiva parcela de adolescentes que relataram atividades físicas em frequência inferior a 3 vezes na semana (98,4%), e considerando-se a relevância da realização de atividade física na prevenção e tratamento do excesso de peso^(2,10), optou-se por incluir este dado na busca dos diagnósticos.

Quadro 1 – Diagnósticos de Enfermagem (CIPE 2) relacionados aos fatores associados ao excesso de peso em adolescentes da rede pública de ensino da cidade de Recife, 2007.

| Fatores associados ao excesso de peso | Diagnósticos de Enfermagem (DE) - CIPE 2 | Conceitos |
|--|--|--|
| Apresentam excesso de peso | DE1. Obesidade | Condição de peso elevado de massa corporal, habitualmente 10 a 20% acima do peso ideal |
| | DE2. Risco de desenvolvimento do adolescente comprometido | Não apresenta. |
| Primogênitos | DE3. Risco de insegurança no desempenho do Papel Parental. | Não apresenta. |
| Percepção do pai como gordo | DE4. Capacidade da família para gerir o regime dietético comprometida. | Não apresenta. |
| Realizou dieta anteriormente | DE5. Capacidade para gerir o regime dietético comprometida. | Não apresenta. |
| | DE6. Déficit de conhecimento sobre o regime dietético. | Não apresenta. |
| | DE7. Risco de ingestão de alimentos excessiva. | Não apresenta. |
| Insatisfação com a própria imagem corporal | DE8. Autoimagem negativa. | Conceito ou imagem mental de si próprio. |
| | DE9. Risco de baixa autoestima. | Opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de auto-aceitação e de autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva. |
| | DE10. Risco de bem-estar social comprometido. | Imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência. |
| Atividade física < 3X / semana | DE11. Padrão de exercício comprometido. | Não apresenta. |

Dos 11 DE identificados, apenas 02 referem-se a aspectos biológicos (DE1, DE2), 02 relacionam-se com os pais dos adolescentes (DE3, DE4), 03 associam-se a

DISCUSSÃO

O DE Risco para obesidade apresentou um conceito vago, sem definição específica com relação ao que seria considerado como "peso ideal", dificultando sua aplicação prática. De acordo com a classificação utilizada neste estudo para definir excesso de peso, a prevalência encontrada foi inferior à média nacional que é de 23,2%, considerando-se as capitais brasileiras e Distrito Federal⁽¹¹⁾.

Os estudos sobre prevalência do sobrepeso e obesidade na adolescência encontrados na literatura abordam faixas etárias e regiões geográficas distintas, tornando difícil a comparação dos resultados. Entretanto, mostram que na região Nordeste do Brasil, esta prevalência apresenta-se menor, quando comparada à região Sudeste, devido ao seu menor nível de desenvolvimento econômico⁽¹²⁻¹³⁾. Porém, quando considerado o aumento proporcional de prevalência do excesso de peso, as classes econômicas mais baixas apresentam um aumento mais expressivo quando comparadas as classes econômicas mais altas^(7,13).

Não foi encontrada a definição para o DE Risco de desenvolvimento do adolescente comprometido. Sua inclusão foi atribuída às possíveis consequências do excesso de peso que podem por em risco o desenvolvimento físico e psicológico dos adolescentes de forma saudável, como hipertensão, diabetes mellitus tipo II, complicações metabólicas, respiratórias, músculo-esqueléticas e baixa auto-estima⁽²⁾.

O Risco de insegurança no desempenho do Papel Parental foi relacionado à primogenidade. Percebe-se a importância do apoio e das orientações de saúde na preparação para o desempenho do papel parental, no sentido de construir conhecimentos e esclarecer dúvidas

questões dietéticas (DE5, DE6, DE7), 03 a aspectos psicológicos e sociais (DE8, DE9, DE10), e 01 (DE11) à atividade física.

que possam desenvolver maior segurança para o desenvolvimento deste papel.

Os pais podem apresentar maiores expectativas e exigências sobre os filhos primogênitos, que associadas à inexperiência e insegurança, podem resultar em oferecimento alimentar excessivo⁽¹⁴⁾. Pais que se avaliam mais competentes no desempenho de papel parental tendem a interagir com seus filhos de forma mais calorosa, sensível e responsiva e promover mais situações que estimulam o desenvolvimento⁽¹⁵⁾.

Outro DE vinculado aos pais dos adolescentes com excesso de peso foi o Risco para capacidade da família para gerir o regime dietético comprometida, derivado da percepção corporal do pai como gordo. Apesar de esta variável referir-se apenas à percepção dos escolares, não podendo concluir se correspondia à realidade, pois não foram coletados dados dos pais para a classificação do seu IMC, é relevante a correlação entre o sobrepeso dos pais e de seus filhos, sendo maior a chance de ocorrer excesso de peso quando ao menos um dos pais é obeso. Tal fato pode relacionar-se tanto à hereditariedade, quanto ao compartilhamento de um ambiente que favorece a adoção de hábitos de vida promotores da obesidade^(7,15).

A ocorrência do excesso de peso nos pais pode revelar que a família possui hábitos de vida e alimentares que podem contribuir para o surgimento ou permanência do excesso de peso nos adolescentes. Ações preventivas com enfoque familiar devem ser estimuladas, e devem representar o centro das atenções para o desenvolvimento de ações efetivas que visam à redução do excesso de peso^(7,16).

O acolhimento e o respeito às famílias em suas histórias é estratégia facilitadora da relação entre a família e os profissionais, na tentativa de não tornar a intervenção uma ameaça à identidade do grupo familiar, mas sim possibilitar o envolvimento e a participação das famílias no processo de mudança. As ações não devem se reduzir a cuidar da mudança de hábitos alimentares, pois representa um processo dinâmico e reconstrutivo de um novo estilo de vida familiar⁽¹⁶⁾.

A realização anterior de dieta fornece indícios de que há Risco para capacidade para gerir o regime dietético comprometida, Risco de déficit de conhecimento sobre o regime dietético e Risco de ingestão de alimentos excessiva. Fazer ou ter feito dieta para emagrecer ou apresentar comportamento alimentar restritivo apresentam associação direta com excesso de peso⁽⁷⁾. Adolescentes que têm esse comportamento limitam sua ingestão de alimentos, omitem refeições, sentem muita fome e têm baixo controle sobre sua alimentação, e por isso podem estar mais susceptíveis ao excesso de peso, sendo necessário promover a re-educação alimentar de forma que proporcione a adoção de hábitos alimentares saudáveis de forma contínua e sustentada^(7,10).

A insatisfação com a própria imagem corporal pode estar relacionada a uma Auto-imagem negativa, à Risco de auto-estima baixa e ao Risco de bem-estar social comprometido. A autopercepção e a satisfação com a imagem corporal são fatores importantes na auto-aceitação do adolescente. A insatisfação com a imagem corporal pode ser preditivo de situações depressivas, distúrbios psicossomáticos e distúrbios alimentares que podem levar ao excesso de peso⁽¹⁷⁾.

A obesidade pode estar relacionada a fatores psicológicos demandando uma investigação sistemática para subsidiar práticas de assistência. Apesar de não haver indicadores da ocorrência de problemas emocionais em maior proporção em adolescentes obesos, vale salientar que a adolescência é uma

importante etapa de transição em que, de modo geral, não há sofrimento psicológico instalado de forma evidente. Todavia, seus sinais se fazem presentes e podem emergir em etapas posteriores do desenvolvimento de forma que a atenção psicológica neste período do ciclo vital constitui-se em prática de prevenção ao agravamento de problemas emocionais⁽¹⁸⁾.

Cabe também destacar a influência da mídia e da sociedade, que divulgam e estimulam práticas alimentares de emagrecimento no intuito de se atingir um padrão estético de corpo ideal. A indústria cultural move-se articulando diferentes campos, como empresas produtoras de mercadorias, indústrias de aparelhos e equipamentos, e setores financeiros, a fim de perpetuar os paradigmas estéticos, que podem contribuir para uma perturbação na autopercepção corporal dos adolescentes⁽¹⁷⁾.

O Padrão de exercício comprometido foi relacionado à realização de atividade física nas escolas em frequência inferior a três vezes por semana. A prática regular da atividade física e a redução do sedentarismo são apontadas como poderosas promotoras de saúde e bem-estar para adolescentes⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Uma revisão sistemática de literatura sobre intervenções de atividade física na América Latina destaca as vantagens para os jovens fisicamente ativos, e recomenda a realização das aulas de educação física nas escolas, apontando-as como forte estratégia para aumentar a prática de atividade física em crianças e jovens. Entre os benefícios imediatos que a prática de atividades físicas oferece está a melhora na aptidão física relacionada à saúde, como aptidão cardiorrespiratória, força muscular e flexibilidade⁽²⁰⁾.

De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional Nº9394/96, a escola deve ser um espaço de difusão de informação para promoção de uma vida com mais saúde para crianças e jovens, devendo ressaltar a importância da prática da atividade física, a

qual é obrigatória, estimulando o interesse dos escolares pelas atividades, esportes e exercícios físicos.

Os diagnósticos de enfermagem encontrados neste estudo refletem o caráter multifatorial do excesso de peso e apontam para a necessidade de intervenções de saúde que ultrapassem aspectos nutricionais e de atividade física, devendo incluir também questões psicológicas e sociais, com o envolvimento das famílias dos adolescentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O excesso de peso pode estar associado a outros riscos de saúde e/ou morbidades que não apresentaram associação ou que não foram abordados por este estudo, sendo necessário avaliar cada caso individualmente durante o planejamento das intervenções de enfermagem para este público. Portanto, faz-se necessário o desenvolvimento de mais estudos relacionados a esta temática.

A utilização da CIPE Versão 2 permitiu uma busca rápida dos DE, entretanto alguns deles ainda não possuem conceitos, outros apresentam pouca especificidade, o que pode levar à confusão no momento de definição dos diagnósticos. São dificuldades que podem comprometer a utilização dos DE na rotina de trabalho do enfermeiro, com prejuízo para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem e do método científico.

Alguns DE não estavam associados exclusivamente ao indivíduo e sua condição biológica, mas atingiam também o sistema familiar. Em alguns casos estes diagnósticos poderiam estar presentes antes mesmo do desenvolvimento do excesso de peso nos adolescentes, contribuindo para a sua ocorrência ou permanência, e em outros casos surgiriam como consequência do excesso de peso.

Para tanto, é imprescindível a busca de parcerias interdisciplinares e intersetoriais que possam contribuir no planejamento e implementação de intervenções de saúde de abrangência individual, familiar e comunitária, que proporcionem e facilitem a adoção de hábitos de vida mais saudáveis que resultarão em melhorias na qualidade de vida.

Os resultados encontrados remetem à necessidade de se considerar o caráter multifatorial da obesidade ao realizar o planejamento destas ações, devendo a enfermagem articular-se de forma interdisciplinar e intersetorial, a fim de abranger todos os fatores envolvidos na problemática do excesso de peso.

Recomenda-se também, a aproximação da enfermagem e dos demais profissionais de saúde com as escolas, que podem e devem tornar-se importantes aliadas no desenvolvimento de ações educativas de saúde e de práticas de atividades físicas.

Os resultados obtidos neste estudo fornecem subsídios à enfermagem e outras áreas da saúde para o planejamento de ações para prevenção e controle precoces da obesidade e suas consequências.

A realização deste trabalho também poderá impulsionar o desenvolvimento de novas investigações e validação dos diagnósticos de enfermagem relacionados à obesidade e suas características definidoras, e de novos estudos epidemiológicos acerca da obesidade entre adolescentes, contribuindo para o incremento de novos conhecimentos em diversas áreas da saúde.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva; 2008. (WHO Technical Report Series no. 894.)
2. Dilley KJ, Martin LA, Sullivan C, Seshadri R, Binns HJ. Pediatric Practice Research Group. Identification of overweight status is associated with higher rates of screening for comorbidities of overweight in pediatric primary care practice. *Pediatrics*. 2007; 119(1):e148-55.
3. Singh AS, Mulder C, Twisk JWR, Van Mechelen W, Chinapaw MJM. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obes Rev*. 2008. 9(5):474-88.
4. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília; 2007.
5. Cavalcanti, AM. Transtornos do comportamento alimentar em escolares da cidade do Recife - PE [tese]. Recife(PE): Saúde da Criança e do Adolescente, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, 2010.
6. Campos LA, Leite AJM, Almeida PC. Prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes escolares do município de Fortaleza, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern infantil*. 2007. 7(1):183-90.
7. Cardoso LO, Engstrom EM, Leite IC, Castro IR. Fatores socioeconômicos, demográficos, ambientais e comportamentais associados ao excesso de peso em adolescentes. *Rev Bras Epidemiol*. 2009; 12(3):378-403.
8. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 2000. 320(1):1240.
9. Conselho Internacional de Enfermagem. CIPE® Versão 2.0. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Conselho Internacional de Enfermeiros; 2010. [citado 15 nov 2011] Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>
10. Waters E, Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, et al. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Cochrane Heart Group, n. 9, CD001871, 2012.
11. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. (BR) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE) PENSE 2009 - Avaliação do estado nutricional dos escolares do 9º ano do ensino fundamental. [citado 2011 nov 20]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1698&id_pagina=1
12. Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(2):332-40.
13. Batista FM, Souza AI, Miglioli TC, Santos MC. Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(2):247-57.
14. Araújo MF, Bezerra EP, Araújo TM, Chaves ES. Obesidade infantil: uma reflexão sobre dinâmica familiar numa visão etnográfica. *Rev Rene*. 2006; 7(1):103-8.
15. Sampaio ITA. Práticas educativas parentais, gênero e ordem de nascimento dos filhos: atualização. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2007; 17(2):144-52.
16. Tassara V, Norton RC, Marques WE. Importância do contexto sociofamiliar na abordagem de crianças obesas. *Rev Paul Pediatr*. 2010. 28(3):309-14.
17. Cavalcanti AC, Albuquerque AMC. Mídia, comportamento alimentar e obesidade na infância e

naadolescência: uma revisão. Rev Bras Nutr Clín. 2008; 23(3):199-203.

18. Cardoso LA, Carvalho AM. Avaliação psicológica de crianças acompanhadas em programa de atenção multiprofissional à obesidade. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2007; 11(22):297-312.

19. Ortega FB, Ruiz JR, Castillo MJ, Sjostrom M. Physical fitness in childhood and adolescence: a powerful marker of health. Int J Obes. 2008; 32(1):1-11.

20. Hoehner CM, Soares J, Parra Perez D, Ribeiro IC, Joshi CE, Pratt M, et al. Physical Activity Interventions in Latin America: A Systematic Review. Am J Prev Med. 2008; 34(3):224-33.

Recebido: 26/09/2012

Aceito: 31/10/2012