CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Influência dos estadios motivacionais na mudança de comportamento de adolescentes com excesso de peso

Elisabete Maria Soares da Silva

Coimbra, abril de 2019

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Influência dos estadios motivacionais na mudança de comportamento de adolescentes com excesso de peso

Elisabete Maria Soares da Silva

Orientadora: Doutora Maria de Lurdes Lopes de Freitas Lomba, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Para obtenção do grau de Mestre em

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Coimbra, abril 2019

“O primeiro grande
salto para a vida é o
nascimento.
O segundo é a
Adolescência.”

Eduardo Kalina

Para Leonor hoje criança e amanhã adolescente,
para Leonardo hoje adolescente.
Que este trabalho,
que com certeza lhes furtou
algum do meu tempo,
possa de alguma forma contribuir
para que eles se mantenham,
hoje e sempre,
felizes, saudáveis e resilientes.

AGRADECIMENTOS

Gostaria aqui de lembrar todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho, nomeadamente aos 47 adolescentes e respetivos pais que me ajudaram na realização deste projeto.

À orientadora Prof. Dr.ª Maria de Lurdes Lopes de Freitas Lomba que de forma paciente e cuidada, me foi guiando nesta caminhada. Pela motivação, disponibilidade e empenho demonstrado desde o início de todo o percurso. Pela rapidez de resposta, reflexões edificantes e indispensáveis sugestões.

À Enfermeira Chefe do Serviço de Pediatria, Marina Costa, pelo estímulo, prontidão e ânimo em tantos momentos.

Aos meus Colegas do serviço de Pediatria, pelo apoio e ajuda na aplicação dos questionários.

À Enfermeira Goreti Fontes, pela disponibilidade e partilha de conhecimentos.

Aos meus pais um agradecimento muito especial, por tudo aquilo que me deram e ensinaram a dar… Obrigada do fundo do coração pelo incentivo, pelo apoio incondicional, pela disponibilidade, pelos sorrisos e desabafos partilhados.

À minha família, e em especial à minha cunhada Raquel por todo o apoio, incentivo e carinho demonstrado.

Aos meus filhos, que são a minha fonte inspiradora. Obrigada pela vossa constante presença na minha vida!

Ao meu marido, Ricardo pelo apoio incondicional, compreensão e tolerância que sempre demonstra.

Por fim, a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para este trabalho e que a memória atraiçoa, mas o coração não esquece.

... Dirijo o meu mais sincero e profundo agradecimento.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSM - *American College of Sports Medicine*

AMA - *American Medical Association*

CDRS - *Contour Drawing Rating Scale*

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*

COSI - *Childhood Obesity Surveillance Initiative*

DGS - Direção Geral de Saúde

EPMC - Estágio de Prontidão para Mudança do Comportamento

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Et al. - entre outros

IMC - Índice massa corporal

IOTF - *International Obesity Task Force*

INSEF - Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

MTT - Modelo Transteórico de Mudança

p. - página

pp. - páginas

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

SOC-FC - *Stages of Change - Short Form*

UICISA-E - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem

UNICEF - *United Nations Children's Fund*

URICA - *University of Rhode Island Change Assessment*

WHO - *World Health Organization*

RESUMO

Enquadramento: A elevada representatividade do excesso de peso em adolescentes e o forte insucesso associado à abordagem terapêutica, leva a que a Direção Geral de Saúde (DGS) reconheça que é inadiável repensar estratégias de intervenção personalizada, que reconheça a sua situação e os incentive à mudança (DGS, 2017). Identificar o estadio de mudança possibilita saber o quanto estão motivados para mudar (Leão et al., 2015). Acredita-se assim, que a avaliação do estadio motivacional para a mudança de comportamento dos adolescentes é a pedra angular na abordagem à obesidade.

Objetivos: identificar os estadios motivacionais para a mudança de comportamento de adolescentes com excesso de peso na fase tardia da adolescência, seguidos na consulta de obesidade de um hospital distrital; Apreciar as relações existentes entre as características sociodemográficas, antropométricas e perceção da imagem corporal com os estadios motivacionais para a mudança de comportamento de adolescentes com excesso de peso na fase tardia da adolescência.

Metodologia: investigação quantitativa, descritiva, exploratória e correlacional. A amostra é constituída por 47 adolescentes que frequentaram a consulta de obesidade de um Hospital Distrital da zona centro, no período de maio a setembro de 2018. Para a realização deste trabalho foi aplicado um questionário de autopreenchimento constituído por duas escalas: *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA) instrumento de avaliação da motivação para a mudança de comportamentos, e *Contour Drawing Rating Scale* (CDRS), instrumento de identificação da silhueta, que avalia a satisfação com imagem corporal. Ambos os instrumentos estão validados e traduzidos para a língua portuguesa.

Resultados: Dos adolescentes estudados, houve uma prevalência do sexo feminino (70,2%), com uma idade média de 15,51 anos provenientes maioritariamente (79,2%) de meio rural. Na avaliação da corpulência segundo o Índice Massa Corporal (IMC), a média foi de 29,05 kg/m2 traduzindo-se numa prevalência de obesidade de 51,1%, seguido de pré-obesidade (48,9%). Relativamente à motivação para a mudança de comportamento constatou-se que a dimensão "pré-contemplação" é aquela que apresenta um valor médio mais elevado ($\overline{X}$=21,95±2,39), o que nos permite afirmar que os adolescentes que frequentam a consulta de obesidade ainda apresentam uma baixa motivação para a mudança do seu comportamento. O presente estudo permitiu verificar que a idade dos

adolescentes se correlaciona positivamente com a motivação para mudança de comportamento, nomeadamente na dimensão "pré-contemplação" (p =0,049) e "contemplação" (p =0,028). Constatou-se ainda que à medida que aumenta o número de consultas, os adolescentes que se encontram na fase de mudança "ação", tendem a evidenciar uma maior motivação para a mudança (p=0,049). Por outro lado, foi possível constatar que: género, local de residência, IMC, aparência atual versus aparência ideal não tem poder explicativo (p>0,05) sobre a motivação para a mudança de comportamento nestes adolescentes.

Conclusão: O conhecimento pelos profissionais de saúde (particularmente os enfermeiros) dos estadios motivacionais que caracterizam os adolescentes com excesso de peso é fundamental de modo a poderem adequar as suas intervenções a cada um desses estadios.

Palavras-Chave: adolescência, excesso de peso, autoimagem, motivação

ABSTRACT

Context: The high representatively of overweight in adolescents and the strong failure associated with the therapeutic approach leads the Direção Geral de Saúde (DGS) to realize that it is imperative to rethink customized intervention strategies, to recognize their situation and to encourage them to change (DGS, 2017). Identifying the stage of change makes it possible to know how much they are motivated to change (Leão et al. 2015). It is believed, therefore, that the motivational stage evaluation for the behavioral change of adolescents is the cornerstone in the approach to obesity.

Objectives: To identify the motivational stages for the behavioral change of overweight adolescents in the late stage of adolescence, followed in the obesity consultation of a district hospital; Observe the relationship between sociodemographic, anthropometric characteristics and body image perception with the motivational stages to change the behavior of adolescents with overweight in the late stage of adolescence.

Methods: Quantitative, descriptive, exploratory and correlational research. The sample consists of 47 adolescents who attended the Obesity Consultation of a District Hospital in the central region, from May to September 2018. Forthis work execution, a self-completion questionnaire consisting of two scales was applied: University of Rhode Island change Assessment (URICA) a tool for assessing motivation in order to change their behavior, and Contour Drawing Rating Scale (CDRS), a figure identification tool that assesses body image satisfaction. Both instruments are validated and translated into Portuguese.

Results: Of the adolescents studied, there was a female prevalence (70.2%), with a mean age of 15.51 years coming mainly from rural areas (79.2%). In the body mass index (BMI), the mean body mass index (BMI) was 29.05 kg / m2, reflecting a prevalence of obesity (51.1%), followed by pre-obesity (48.9%). In relation to the motivation to change behavior, it was observed that the "pre-contemplation" dimension is the one that presents a higher average value (= 21.95 ± 2.39), which allows us to affirm that the adolescents who attend the obesity consultation still have a low motivation to change their behavior. The present study showed that the age of adolescents correlates positively with the

motivation to change behavior, namely in the "pre-contemplation" dimension (p = 0.049) and "contemplation" (p = 0.028). It was also observed that as far as the number of consultations increases, adolescents who are in the "action" change stage, tend to show a greater motivation for the change (p = 0.049). On the other hand, it was possible to verify that: gender, home location, BMI, present appearance versus ideal appearance has no explanatory influence on the motivation for changing their behavior (p> 0.05).

Conclusion: The knowledge by health professionals (mainly nurses) about the motivational stages that characterize overweight adolescents is fundamental so that they can adapt their interventions to one of these stages.

Key words: adolescence, overweight, self-image, motivation

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Intervenções profissionais adaptadas a cada estadio de mudança. adaptado de prochaska et al. (2013) e dgs (2017) 54

Tabela 2 - Escala URICA, distribuição dos itens por dimensão 61

Tabela 3 - Consistência interna da escala URICA 64

Tabela 4 - Distribuição dos adolescentes segundo o género 68

Tabela 5 - Estatística descritiva referente a idade 69

Tabela 6 - Distribuição dos adolescentes segundo a idade 70

Tabela 7 - Distribuição dos adolescentes segundo o meio onde residem 71

Tabela 8 - Distribuição dos adolescentes segundo o ano de escolaridade 72

Tabela 9 - Estatística descritiva referente ao imc dos adolescentes 74

Tabela 10 - Distribuição dos adolescentes segundo o percentil IMC 75

Tabela 11 - Distribuição dos adolescentes segundo a imagem corporal atual versus ideal 78

Tabela 12 – Estatística descritiva referente ao número de consultas de obesidade frequentadas pelos adolescentes 79

Tabela 13 - Estatísticas descritivas dos resultados da escala motivação para a mudança de comportamento nos adolescentes (URICA) 81

Tabela 14 - Coeficiente de correlação de *Pearson* entre a motivação para a mudança de comportamento e a idade dos adolescentes 84

Tabela 15 - Resultado da aplicação do teste t de *student* para amostras independentes, ao género e a motivação para a mudança de comportamento dos adolescentes 85

Tabela 16 - Resultado da aplicação do teste de análise de variância anova, relativamente a motivação para a mudança de comportamento e local de residência 86

Tabela 17 - Resultado da aplicação do teste t de *student* para amostras independentes, ao percentil de IMC e a motivação para a mudança de comportamento dos adolescentes . 88

Tabela 18 - Coeficiente de correlação de *Pearson* entre a motivação para a mudança de comportamento e a perceção da imagem corporal (aparência atual versus aparência ideal) dos adolescentes..... 90

Tabela 19 - Coeficiente de correlação de *Pearson* entre a motivação para a mudança de comportamento e o número de consultas de obesidade frequentadas pelos adolescentes 94

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - A espiral da mudança, adaptado de Prochaska et al. (2013). 51
Figura 2 - Escala de silhuetas CDRS 61

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 21

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO 25

1- ADOLESCÊNCIA 27

1.1 - A ADOLESCÊNCIA E O EXCESSO DE PESO/OBESIDADE 31

1.1.1 - Etiologia do excesso de peso/obesidade 33

1.1.2 - Avaliação e diagnóstico 35

2 - SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL E A AUTOESTIMA NA ADOLESCÊNCIA 39

3 – MOTIVAÇÃO 45

3.1 - ABORDAGEM TERAPÊUTICA NO EXCESSO DE PESO/ OBESIDADE 46

3.2 - MODELO TRANSTEÓRICO DE MUDANÇA 48

3.2.1 - Os processos da mudança 51

4 - METODOLOGIA 57

4.1 - TIPO DE ESTUDO 57

4.2 –FINALIDADES E OBJETIVOS DO ESTUDO 58

4.3 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO 58

4.4 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS 59

4.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA 62

4.6 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS 63

4.7 - ASPETOS ÉTICOS 63

4.8 - ANÁLISE PSICOMÉTRICA DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS 64

4.9 - PREVISÃO DO TRATAMENTO ESTATÍSTICO 65

5 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 67

5.1- CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA 67

5.2- CARACTERIZAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DA AMOSTRA 72

5.3- CARACTERIZAÇÃO DO SEGUIMENTO EM CONSULTA DA AMOSTRA 78

5.4- CARACTERIZAÇÃO DA MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO DA AMOSTRA 79

5.5- RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS DO ESTUDO..... 82

CONCLUSÃO..... 95

BIBLIOGRAFIA..... 103

ANEXOS

ANEXO I - Autorização dos autores da escala URICA

ANEXO II - Escala URICA

ANEXO III - Autorização dos autores da escala CDRS

ANEXO IV- Escala CDRS

ANEXO V- Parecer da Comissão de Ética da UICISA-E da ESEnfC

ANEXO VI- Autorização da Comissão de Ética do Hospital

ANEXO VII - Autorização do Conselho de Administração do Hospital

APÊNDICES

APÊNDICE I – Instrumento de Colheita de Dados

APÊNDICE II – Consentimento Informado

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase de transição desenvolvimental entre a infância e a idade adulta, regulada por mudanças físicas, cognitivas e psicossociais, com início na puberdade (Papalia, Olds, & Feldman, 2001). É uma etapa do desenvolvimento caracterizada pela aceleração de crescimento e, naturalmente, pelo aumento das necessidades de energia e de todos os nutrientes. O cérebro continua a desenvolver-se e a reorganizar-se, e a capacidade de pensamento analítico e reflexivo é bastante ampliada (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2011).

Nesta altura da vida a capacidade para aprender aumenta e os hábitos adquiridos apresentam grande influência a longo prazo, na saúde e no bem-estar (Steinbeck, Baur, Cowell, & Pietrobielli, 2009). A assunção para a autonomia relacionada com os cuidados de saúde, ocorre habitualmente no final da adolescência, enquanto a autonomia para as atividades de vida diárias é conseguida durante a infância (Beacham & Deatrick, 2013).

Muito do que se consegue durante a vida, o que se engendra e o que se faz, foi compreendido ou solidificado durante a adolescência. Investir nesta faixa etária é investir no futuro, mesmo que cada adolescente tenha uma adolescência própria, diferente e exclusiva (Afonso, 2014).

Nesta fase, além das transformações fisiológicas, o indivíduo sofre importantes mudanças psicossociais, o que contribui para a vulnerabilidade característica deste grupo populacional (Enes & Slater, 2010). O excesso de peso, que inclui a pré-obesidade e a obesidade, é presumivelmente o principal problema de saúde pública em Portugal (DGS, 2017).

A obesidade, considerada a epidemia do século XXI, constitui-se uma preocupação crescente a nível mundial. Esta é considerada uma doença crónica não contagiante e ao mesmo tempo um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crónicas que constituem as principais causas de mortalidade e morbilidade (DGS, 2017).

Quando confrontados com qualquer doença, o desenvolvimento do adolescente pode ficar comprometido. O mesmo acontece com as doenças crónicas não contagiantes, como o excesso de peso, na medida em que as preocupações com a imagem corporal, com a definição da função social e as questões ligadas aos pares, e a luta coma autoestima, podem ser exacerbadas pelo desenvolvimento de uma condição crónica (World Health Organization [WHO], 2003).

O excesso de peso é uma inquietude crescente em Portugal. A evidência epidemiológica suporta de forma crescente e diligente, que a prevalência do excesso de peso tem vindo aumentar. De acordo com os resultados do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física de 2015, o excesso de peso já atinge mais de um quarto das crianças e adolescentes portugueses, na faixa etária dos 10 aos 17 anos (DGS, 2017).

A mesma entidade, no manual dedicado á obesidade, defende a otimização da abordagem terapêutica no serviço nacional de saúde, mencionando como abordagem mais eficaz, "a criação de um ambiente terapêutico promotor de decisões partilhadas (…) baseado em modelos com evidência de efetividade na mudança comportamental, nomeadamente o modelo transteórico da mudança, a teoria da autodeterminação e a entrevista motivacional" (DGS, 2017, p.31).

A utilização do Modelo Transteórico dos Estadios de Mudança de Prochaska e DiClemente (1983) tem-se mostrado vantajoso em vários estudos relativos a comportamentos de saúde, pelo que a DGS (2017) considerou que também os indivíduos com excesso de peso poderiam beneficiar da aplicação prática deste modelo. O pressuposto seria que se poderia conceber planos de intervenção mais ajustados às necessidades dos indivíduos, se se tivesse conhecimento do seu grau de motivação para a mudança.

Admitindo o estadio motivacional como fator preponderante para a mudança de comportamento em adolescentes com excesso de peso, reconhece-se a importância de desenvolver estudos destinados à sua identificação, pelo que se optou por desenvolver esta temática bastante pertinente em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, mas não ainda suficientemente desenvolvida e explorada no nosso país.

Assumindo que a adolescência é uma das etapas da vida do ser humano com características muito peculiares, esta necessita de um maior investimento e preocupação por parte dos profissionais de saúde, no que diz respeito aos cuidados de enfermagem.

É neste contexto que se pretendeu desenvolver um estudo que descreva, explore e analise esta temática em relação aos estadios motivacionais dos adolescentes com excesso de peso que frequentam a consulta de obesidade de um Hospital Distrital, de modo a contribuir para a reflexão e melhoria dos cuidados prestados a estes adolescentes, fundamentados em evidência científica.

Assim, este estudo quantitativo, descritivo, exploratório e correlacional, tem como objetivos: Identificar os estadios motivacionais para a mudança de comportamento dos adolescentes com excesso de peso na fase tardia da adolescência e; Apreciar as relações existentes entre as características sociodemográficas, antropométricas e perceção da imagem corporal com os estadios motivacionais para a mudança de comportamento desses adolescentes.

Neste sentido, pretendeu-se responder à questão de investigação formulada: Quais os estadios motivacionais dos adolescentes com excesso de peso que frequentam a consulta de obesidade de um Hospital distrital e que fatores os influenciam?

O método de amostragem é não probabilístico por conveniência, sendo a amostra do estudo constituída pelos adolescentes que respondem aos critérios de inclusão e que foram, durante o período de tempo mencionado, à consulta de obesidade no Hospital escolhido.

Este trabalho está estruturalmente organizado em duas partes essenciais. A primeira parte, respeitante ao enquadramento teórico que sustenta a pertinência do trabalho de pesquisa posteriormente desenvolvido, e que inclui uma breve abordagem a quatro temas-base: conceptualização de adolescência, satisfação com imagem corporal e autoestima do adolescente, principais mudanças e implicações do excesso de peso nesta fase do desenvolvimento e utilização do Modelo Transteórico de mudança (MTT), na abordagem terapêutica ao adolescente com excesso de peso. A fase metodológica, apresentada na segunda parte, orienta o desenho do estudo de investigação para dar lugar aos resultados, à sua análise, discussão e posterior conclusão.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- ADOLESCÊNCIA

Adolescência tal como hoje é compreendida, é um fenómeno recente e nem sempre foi considerada como uma fase peculiar na vida do ser humano. O termo adolescência tem origem na palavra latina "*adolescere*" que significa "fazer-se homem/mulher" ou "crescer na maturidade" (Muuss, 1976 como referido por Simões, 2005).

O estudo da humanidade é dinâmico, modificando-se a partir de novas descobertas.Com cada nova geração nasce uma nova construção da realidade social e o conceito de adolescência não é exceção, podendo ver-se a sua evolução ao longo da história (Afonso, 2014).

Desde o final do século XIX, onde pela primeira vez a adolescência foi autenticada como um período de desenvolvimento humano, muito se metodizou e estudou acerca destes anos do ciclo de vida do indivíduo. No entanto, ainda hoje é um conceito aberto, que não compreende uma realidade estanque (Grossman, 2010). Em Portugal, foi em meados do século XX que as questões específicas da saúde dos adolescentes começaram a ser abordadas e se fortaleceu a ideia da adolescência como uma etapa da vida dotada de características próprias, detentora de um estatuto legal e social (DGS, 2006).

Em termos históricos, até ao início do século XX, a idade dos 12 ou 13 anos era considerada o momento exato para o assumir de responsabilidades e para o desempenho de papéis ligados à vida adulta, com o início da vida profissional. Foi nesta altura que Hall, referido por Sprinthall e Collins (2003), difundiu o conceito de adolescência ao destacá-lo como essencial para a construção da identidade. A partir dos seus estudos começaram a surgir várias abordagens a este conceito, dando origem a teorias psicológicas, sociológicas e comportamentais. Estas teorias, apesar de discordantes em alguns aspetos, concordavam no fato de que com essa idade (12 anos), a maturação do indivíduo ainda não estava completa, sendo que apenas por volta dos 16-18 anos estariam preparados para desempenhar o papel de adulto (Sprinthall & Collins, 2003).

A educação pública obrigatória alargada aos anos da adolescência e a oficialização de outras definições legais de vida adulta assumidas no último século, ajudaram a definir a adolescência como distinta da idade adulta (Afonso, 2014).

É percetível a dificuldade de alguns autores, quando se trata de estabelecer em termos etários o início e o fim desta etapa específica. Os critérios que se encontram na diferente literatura são mutáveis, não se encontrando um intervalo consensual.

Definir a etapa de vida que é adolescência, pode ser uma função muito complexa, não só por ser um conceito recente na nossa história, mas principalmente porque cada indivíduo vivencia esta fase da vida de forma diferente e particular, dependendo da sua maturidade física, emocional e cognitiva, assim como de outras condicionalidades (UNICEF, 2011).

Um dos fatores que complica qualquer definição de adolescência é a larga variação nas leis nacionais que estabelecem limites mínimos de idade para participação em atividades consideradas exclusivas de adultos, entre as quais votar, casar, servir as forças armadas, possuir propriedades e consumir álcool. Em muitos países a maioridade civil é estipulada em 18 anos, que tem a virtude de estar de acordo com o limite superior da faixa etária para crianças, segundo o Artigo 1 da Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 2011).

Atualmente, a adolescência é um período ampliado, que se estende até à terceira década de vida, em que o adolescente vive com os pais. Para este facto são descritas várias causas: culturais, como a maior liberalização, aceitação e tolerância de alguns hábitos; sociais, onde se destaca o prolongamento dos estudos que leva consequentemente a uma maior dependência; e económicas, como o desemprego ou trabalho precário (Braconnier & Marcelli, 2000).

A WHO (1997) distingue os conceitos puberdade, adolescência e juventude, sem se basear apenas no critério cronológico. Ao conjunto de modificações corporais designa puberdade. Já a juventude compreende o período social entre os 15 e os 24 anos. São ainda identificados os adolescentes jovens dos 15 aos 19 anos e os adultos jovens dos 20 aos 24 anos.

A WHO (2001) define a adolescência como a segunda década de vida, o período compreendido entre os 10 e os 19 anos. No entanto, salienta que a adolescência é uma fase e não um período de tempo fixo da vida da pessoa. Em Portugal, o limite máximo deidade para atendimento a jovens nas urgências, internamentos pediátricos e centros de saúde, é 18 anos.

A WHO (2002) refere que consoante os adolescentes mudam, também mudam as suas necessidades. Assim, em termos desenvolvimentais, a adolescência é dividida geralmente em:

- Adolescência inicial, dos 10 aos 13 anos, caracterizada por um surto de crescimento e o início da maturação sexual, durante o qual os jovens começam a pensar abstratamente.
- Adolescência intermédia, entre os 14 e os 15 anos, em que as principais alterações físicas são concluídas, enquanto o indivíduo desenvolve um sentido mais forte de identidade e dá mais importância ao grupo de pares.
- Adolescência tardia, dos 16 aos 19 anos, quando o corpo assume a sua forma adulta e o jovem apresenta uma identidade distinta, ideias e opiniões assentes.

Em 2011, a WHO delimita a adolescência como o período cronológico compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade, considerando a adolescência propriamente dita, entre os 15 e os 19 anos.

A adolescência é constantemente considerada pela literatura como uma etapa de grande reorganização emocional e intensa fragilidade Nesta, ocorre a transição entre a dependência infantil e a autonomia adulta, caracterizada por processos contraditórios de transformações sociocognitivas, relacionais, afetivas, sexuais e identitárias, as quais não ocorrem sem angústia ou conflitos (Claro et al., 2013). Os frequentes conflitos interpessoais podem ser geradores de perturbações ao nível das interações e das emoções o que torna a adolescência uma idade particularmente vulnerável (Claes, 2010; Haluska, Jessee, & Nagy, 2002 como referido por Gameiro, 2016).

A WHO (2011) descreve adolescência como um momento crítico da vida, uma fase em que os indivíduos se tornam independentes, estabelecem novos relacionamentos, desenvolvem habilidades sociais e aprendem comportamentos que replicarão no resto de suas vidas, momento este que também pode ser um dos períodos mais desafiadores.

A adolescência é também uma fase essencial do processo de socialização. Formam-se normas, valores e as aspirações que servem de base para decisões presentes e futuras. Com a vinda de uma maior autonomia, os adolescentes têm uma maior independência para tomar decisões e agir de formas que afetam profundamente a sua vida (Simões, 2005).

Os seres humanos têm a carência de formar e manter relacionamentos interpessoais positivos e duradouros (Csikszentmihalyi, 2002 como referido por Quaresma, 2014). Na

adolescência, esta necessidade arroga uma tendência biologicamente diferente, manifestada pela procura de inter-relações diferentes, onde os pares são um modelo importante, que difundem os seus valores e funcionam como fonte de informação fidedigna, que sustentam o desenvolvimento das suas capacidades e valores (Fan, 2011).

É na adolescência que os pares e amigos passam progressivamente períodos mais alargados de tempo, tornando-se mais importantes que os próprios pais e as influências dos pares parecem ser uma parte integral das relações dos adolescentes (Sumter, Bokhorst, Steinberg, & Westenberg, 2009 como referido por Quaresma, 2014). Estes são um modelo importante, que transmitem os seus valores e funcionam como fonte fidedigna, que sustentam o desenvolvimento das suas capacidades e valores (Fan, 2011).

É uma fase de mudança e desenvolvimento rápido, caracterizado por uma crescente autonomia e maior envolvimento na própria saúde. Durante esta transição, os adolescentes começam a escolher os seus próprios ambientes e tomar as suas próprias decisões que irão definir os seus comportamentos de saúde na idade adulta (Hoyt, Chase-Lansdale, McDade, & Adam, 2012).

Esta fase do desenvolvimento é ainda caracterizada como uma fase de grande confusão, repleta de sentimentos paradoxais, excitação e ansiedade, felicidade e tristeza, certezas e incertezas. E como se não bastasse, estas dúvidas não se limitam ao jovem, mas estendem-se aos outros que com ele convivem, nomeadamente pais, professores e amigos que vivem também os seus próprios problemas (Lerner & Galambos, 1998 como referido por Simões, 2005).

Alguns autores descrevem o adolescente moderno como um ser de paradoxos, onde ele quer ser totalmente autónomo, mas ao mesmo tempo requer os pais para todos os atos vulgares do dia-a-dia, alega verdades absolutas e ao mesmo tempo dúvida de si próprio, excessivamente solidário e, conjuntamente egoísta (Ferreira & Nelas, 2006).

Atualmente, a adolescência caracteriza-se como uma fase na qual há muitas transformações que facilitam o aparecimento de comportamentos irreverentes e a contestação dos modelos e padrões infantis que são necessários ao próprio crescimento. É visto como um período em que os jovens, após momentos de desenvolvimento diferenciados, constroem a sua identidade, os seus marcos de referência, escolhem o seu caminho profissional e o seu projeto de vida (Ferreira & Nelas, 2006).

Estas diferentes noções que foram emergindo ao longo da curta história da adolescência possibilitam vê-la de outro modo. A adolescência pode ser reconhecida como um período de transição, onde são necessários diversos ajustamentos a novas realidades que decorrem das alterações biológicas e das novas circunstâncias socio-relacionais em que os adolescentes se movem (Gameiro, 2016).

Sabe-se que muitos dos problemas da adolescência surgem como forma de adaptação do adolescente aos novos desafios que se lhe colocam. O adolescente precisa, tal como todo o ser humano, de sentir-se valorizado como pessoa, estabelecer um lugar num grupo produtivo, sentir-se útil para os outros, dispor de sistemas de suporte e saber usá-los, fazer escolhas informadas e acreditar num futuro com oportunidades reais (Simões, 2005).

1.1 - A ADOLESCÊNCIA E O EXCESSO DE PESO/OBESIDADE

A adolescência é vulgarmente considerada como uma etapa relativamente saudável do ciclo de vida. Verifica-se que os adolescentes são menos vulneráveis às infeções, do que as crianças com idades mais jovens (Sampaio, 2010).

Superados os perigos das infeções, reconhece-se que a maior causa de ameaça à saúde tem origem nos estilos de vida dos jovens, (DiClemente, Hansen, & Ponton 1996; Lerner, 1998 como referido por Lemos 2011).

A adolescência é vista como uma fase de maior vulnerabilidade para o envolvimento em comportamentos de risco, que vão desde o consumo de substâncias, consumo de álcool e tabaco, ferimentos autoinfligidos, distúrbios de alimentação e condução de veículos. No entanto sabe-se que estes podem ser evitados (Oliveira, Albuquerque, Carvalho & Sendin, 2009; Rosa, Gonçalves, & Antunes, 2012).

O excesso de peso, considerado como um comportamento de risco para a saúde, é uma consequência frequentemente associada aos distúrbios alimentares acarretando implicações pessoais e interpessoais que podem pôr em causa o bem-estar psicológico dos adolescentes (Botelho, 2013).

A DGS (2017) acrescenta ainda que:

> "A crescente prevalência do excesso de peso e a sua associação ao risco acrescido de múltiplas comorbilidades, representam um potencial prejuízo da condição

clínica de indivíduos e populações, com enorme impacto nos sistemas de saúde e potencialmente traduzido em mortalidade precoce" (p.16).

As alterações que ocorrem a nível endócrino (libertação de hormonas), desencadeiam diversas transformações e determinam o aumento do peso e estatura característico do desenvolvimento pubertário (Pataki, 2009 referido por Sampaio, 2010). Simultaneamente, com as modificações corporais, ocorre o desenvolvimento psicossocial, tornando os adolescentes particularmente vulneráveis a excessos, carências e desequilíbrios, como por exemplo, os nutricionais (WHO, 2005).

A obesidade foi recentemente considerada pela *The American Medical Association* (AMA, 2013) como uma doença, a par com o cancro ou a diabetes. Em Portugal 32,3% das crianças e adolescentes dos 10 aos 17 anos apresentam excesso de peso, dos quais 23,6% em situação de pré-obesidade e 8,7% em situação mesmo de obesidade (DGS, 2017).

Ezzati (2017) referencia que o número de crianças e adolescentes obesos a nível mundial, entre os 5 e os 19 anos, aumentou dez vezes nas últimas quatro décadas. Mas se as tendências atuais continuarem, mais crianças e adolescentes serão obesas até 2022.

Faria (2005), considera este período, como uma fase de intensa sociabilidade em que o adolescente começa a ter maior competência para pensar sobre aquilo que os outros sentem e pensam acerca de si e dos seus comportamentos. Neste período de vida, o adolescente tem necessidade de ser reconhecido pelos outros, o que faz acentuar o desejo de pertencer a um grupo de referência.

As ligações que se estabelecem entre pares facilitam um modelo de relações que na fase adulta irão ser fundamentais. Sabe-se que é no seio do grupo que se discutem as problemáticas sentidas, como a autoridade paterna, a procura de estatuto, a identificação sexual e também onde se partilham experiências, emoções e valores (Barbosa, 2008).

Neste contexto, o excesso de peso/obesidade podem constituir uma sobrecarga ao processo de desenvolvimento do adolescente e despoletar problemas físicos e psicossociais graves (Fonseca, 2008). Estes tendem a ser excluídos pelo grupo e a ser menos convidados a participar nas atividades dos seus pares, quer por serem incapazes de as realizar, quer por serem frequentemente alvo de troça. Deste modo, estes jovens desejam isolar-se, numa tentativa de afastamento de possíveis humilhações, podendo perder uma boa parte das experiências, muitas vezes associadas a um crescimento mental

saudável na adolescência (Ferriani, Dias, Silva, & Martins, 2005; Pereira, 2007 como referido por Botelho, 2013).

Enes e Slater (2010) defendem que o estado nutricional do adolescente é de particular interesse, pois a presença de excesso de peso e/ou obesidade nesta faixa etária tem sido associada ao aparecimento precoce de hipertensão arterial, dislipidemias, aumento da ocorrência de diabetes tipo 2, distúrbios na esfera emocional, além de comprometer a postura e causar alterações no aparelho locomotor.

Sousa (2014) salienta que esta tendência só pode ser interdita se houver um envolvimento de todos os profissionais de saúde no sentido de capacitar os adolescentes a manter um equilíbrio energético saudável, identificarem os seus problemas/necessidades e a utilizarem de um modo adequada os recursos disponíveis.

1.1.1- Etiologia do excesso de peso/obesidade

A literatura mostra-nos que existem vários fatores de natureza pessoal e contextuais associados ao excesso de peso como a etnia, o género, a idade, o nível socioeconómico entre muitos outros. Estes devem ser devidamente apreciados quando se estuda esta temática (e o seu impacto) numa população, de modo a selecionar uma abordagem terapêutica individual (DGS, 2017). Estas evidências permitem que se identifique grupos de pessoas que se encontram em maior risco de desenvolver excesso de peso.

Embora se disponha de uma ampliada aglomeração de resultados que podem reconhecer as causas do excesso de peso e da obesidade, não é tarefa fácil caracterizar a sua etiologia. Acredita-se que os determinantes do excesso de peso têm por base uma matriz complexa como a predisposição fisiológica, a multiplicidade de componentes socioambientais e os aspetos psicológicos e comportamentais. Estes fatores promovem e mantêm o excesso de peso (DGS, 2017).

A WHO (2006) reforça que a predisposição genética é insuficiente para explicar a epidemia de obesidade. Apenas uma pequena percentagem de excesso de peso em crianças e adolescentes está associada a alterações genéticas ou hormonais. Estima-se que apenas 1 a 5% dos casos de obesidade sejam motivados por causas endógenas, sendo os restantes 95 a 99% motivados por uma causa primária ou exógena (Singhal, 2007 como referido por Sousa, 2014). Já segundo Barbosa (2008) existem dois tipos de fatores implicados no desenvolvimento da obesidade: os internos ou biológicos, que são os que

isolados ou associados desencadeiam a obesidade, e os externos ou ambientais, que fazem parte do ambiente em que o sujeito vive.

Fernandez e Lezcano (2013) referem que sempre se questionou até que ponto os fatores ambientais predominam sobre fatores genéticos no desenvolvimento do excesso de peso/obesidade. Porém, é claro que ambos se interrelacionam mutuamente. Sobre uma base genética, e um genótipo parcimonioso, fatores ambientais , pré-natais e pós-natais irão disparar mecanismos que levarão ao desenvolvimento do excesso de peso/obesidade.

Christakis e Fowler (2007) como referido por DGS (2017), mencionam que além da predisposição biológica, também os laços sociais e comportamentais, podem cooperar para a ocorrência e agravamento do excesso de peso. Vários estudos aludem ainda uma forte relação direta entre o excesso de peso/obesidade e determinados fatores de risco nomeadamente: baixo nível socioeconómico, fatores de risco ambientais, desmame precoce do aleitamento materno, entre outros (Ansari, 2018; Caldeira, Souza, & Souza, 2015; Cardoso, Engstrom, Leite, & Castro, 2009).

Na adolescência, as práticas alimentares surgem como determinantes diretos do aumento de excesso de peso e obesidade. A alimentação inadequada, caracterizada pelo consumo excessivo de açúcares simples e gorduras, associada à ingestão insuficiente de frutas e legumes, contribui diretamente para o ganho de peso, assim como o aumento do consumo de bebidas adicionadas de açúcar, como refrigerantes e sumos artificiais (Enes & Slater, 2010; Oliveira, Albuquerque, Carvalho, & Sendin, 2009).

Medeiros (2014) acrescenta ainda, que os grupos de nível económico mais baixos são os que apresentam uma maior tendência para praticar uma dieta desequilibrada e consumir uma quantidade menor de frutas e verduras. Esta situação pode acarretar uma carência em micronutrientes e levar simultaneamente a um consumo energético excessivo, que resulta em excesso de peso e obesidade, entre os membros de uma mesma comunidade, dependendo da idade, sexo e nível de privação do grupo.

O mesmo autor acrescenta que o adolescente se tornou vulnerável por diversos motivos, como a influência familiar, social e publicitária. Estas influências conduziram-no a condutas errôneas, que podem influenciar não somente o seu hábito alimentar, mas principalmente o seu estado nutricional. Além da influência familiar, outros fatores de risco podem cooperar para a manifestação da obesidade na adolescência, sendo a

inatividade física e o consumo alimentar desajustado, duas variáveis comportamentais de grande importância para o aparecimento de excesso de peso.

Os fatores que determinam este desequilíbrio são complexos. A obesidade é assim uma doença crónica, com génese multifatorial, que requer esforços continuados para ser controlada, constituindo uma ameaça para a saúde e um importante fator de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças (DGS, 2005).

1.1.2- Avaliação e diagnóstico

A prevalência de pré-obesidade e obesidade em crianças e adolescentes tem vindo a aumentar a nível mundial a um ritmo assustador. Reconhecendo as graves e múltiplas repercussões desta patologia, tanto a curto como a médio e longo prazo, torna-se premente a necessidade de implementação de estratégias de prevenção, mas também o diagnóstico precoce e intervenção atempada (Viveiro & Moleiro, 2016).

Desta forma, a avaliação do estado nutricional das crianças e dos adolescentes, representa o primeiro passo na abordagem ao excesso de peso. Esta avaliação deve ser realizada com base nas curvas do IMC, que permitem monitorizar o estado de nutrição, identificando não só as crianças e adolescentes já com excesso de peso, mas também aquelas em risco de virem a sê-lo (DGS, 2006).

O excesso de peso e a obesidade são definidos como uma acumulação de gordura anormal ou excessiva que pode prejudicar a saúde (Filipe, Godinho, & Graça, 2016).

Assim, o excesso de peso define-se como uma situação de peso corporal excessivo, relativamente à estatura (Sampaio, 2010; Sweeting, 2007).

A obesidade resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia despendida (DGS, 2017). A obesidade resulta assim de um desequilíbrio entre a ingestão e o gasto energético, tendo como resultado uma acumulação progressiva da energia não utilizada sob a forma de tecido adiposo (Fernandez & Lezcano, 2013). Os autores acrescentam ainda que esta expansão desequilibrada do tecido adiposo ocorre nas fases de crescimento geral do organismo, em particular do próprio tecido adiposo, ocorrendo repercussões anatómicas e funcionais.

As características dinâmicas dos processos de crescimento e maturação que ocorrem durante a idade pediátrica, tornam difícil o diagnóstico de excesso de peso e de obesidade

em crianças e adolescentes, não existindo um critério consensual. Contrariamente ao adulto, em que é possível definir pontos de corte para a pré-obesidade e obesidade, na criança e no adolescente, atendendo à sua velocidade de crescimento, regista-se uma enorme variabilidade inter e intra-individual, o que dificulta a tarefa de definir obesidade na adolescência (Hajian & Heidari, 2013).

Para monitorizar o padrão de crescimento infantil e para se poder classificar o seu estado nutricional, podem utilizar-se vários critérios na sua classificação, nomeadamente: os recomendados pela OMS, pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e pelo *International Obesity Task Force* (IOTF) (Hajian & Heidari, 2013; Viveiro & Moleiro, 2016).

A WHO (1997) no documento intitulado *Obesity: Preventing and Managing the Global epidemic* definiu uma categorização da corpulência, baseada no IMC, que corresponde à razão entre peso e o quadrado da estatura (DGS, 2017).

A DGS (2017) faz uma categorização da corpulência baseada no IMC, classificando os indivíduos com excesso de peso, os que apresentam um IMC maior ou igual a 25 kg/m2, considerando ainda pré-obesidade valores entre 25 -29,9kg/m2 e obesidade maior ou igual a 30 kg/m2.

O IMC tem sido o indicador mais utilizado por apresentar uma boa correlação com a massa gorda corporal. Desta forma, preconiza-se que o diagnóstico em crianças e adolescentes seja realizado através do IMC por idade e género, sendo este o melhor indicador do estado nutricional. O IMC tem a informação para a idade e género, tendo sido validado como um indicador da gordura corporal total nos percentis superiores e deverá ser analisado, segundo as tabelas de percentis publicadas pela WHO (Boff, 2017).

Com o novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), que entrou em vigor a 1 de junho de 2013, adotaram-se as curvas de crescimento da OMS, que abrangem uma população dos 5-19 anos de idade sendo estas usadas atualmente por deliberação da DGS e publicadas nos boletins individuais de saúde das crianças portuguesas (DGS, 2013).
Outra medida para avaliar a adiposidade excessiva é a circunferência abdominal, que não está diretamente relacionada com a altura dos indivíduos, mas correlaciona-se com a quantidade de gordura intra-abdominal. É calculada através do perímetro da cintura e apresenta poder prognóstico para algumas morbilidades (DGS, 2017).

O IMC engrandece de modo gradual na infância, diminui durante a idade pré-escolar e volta a aumentar na adolescência (Cole, Bellizzi, Flegal, & Dietz, 2000; OMS, 2004 como referido por Oliveira et al., 2009). Deste modo, em idade pediátrica, o valor de IMC deve ser sempre percentilado tendo por base tabelas de referência, à semelhança das variáveis antropométricas, considerando-se excesso de peso sempre que o indivíduo apresenta um percentil igual ou superior a 85; valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 85 e inferiores ao percentil 97 permitem fazer o diagnóstico de pré-obesidade; valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 97, permitem fazer o diagnóstico de obesidade.

Na infância e adolescência, o IMC é a maneira mais adequada de medir a adiposidade relativa (Lobstein, Baur, & Uauy, 2004 como referido por Sousa, 2014). O IMC é de fácil aplicação, sensível, específico para a identificação dos indivíduos com excesso de gordura corporal e pode ser facilmente aplicado em larga escala, não dependendo da experiência do observador (Onis & Lobstein, 2010; Tyler & Fullerton, 2008 como referido por Sousa, 2014).

2- SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL E A AUTOESTIMA NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência assume-se como a fase de maior velocidade de crescimento na vida extrauterina, implicando alterações no tamanho, na aparência e na satisfação (Ciampo & Ciampo, 2010). É das etapas do ciclo de vida do ser humano em que a imagem corporal assume um importante papel no desenvolvimento psicológico e interpessoal (Francisco, Narciso, & Alarcão, 2012).

Ao chegar à adolescência, o indivíduo transporta consigo o efeito da interação herança-ambiente que se tiver sido adverso, não permitirá o perfeito desenvolvimento dos seus potenciais. Dominado por um conjunto de transformações, o adolescente passa a ter dificuldades em entender e lidar com seu novo universo físico e mental (Conti, Frutuoso, & Gambardella, 2005).

Este período inicia-se com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo estabiliza o seu crescimento e a sua personalidade, obtendo progressivamente a sua independência económica, além da integração no seu grupo social. Os adolescentes, no início desta faixa etária, atribuem grande importância às mudanças físicas e emocionais que estão a ocorrer e à aceitação pelos seus pares. Assim, a formação da imagem corporal (definida pelos conceitos subjetivos e atitudes que os indivíduos apresentam em relação ao seu corpo) que ocorre durante a adolescência, é fundamental na formação da identidade (Hokenberry & Wilson, 2011).

Embora a identidade de um indivíduo seja estruturada ao longo da vida, é durante a adolescência que diversas características como sexualidade, crenças, desejos e objetivos de vida, se exteriorizam mais intensamente. A maneira como o adolescente percebe o seu corpo é condição fundamental na formação da sua identidade (Ciampo & Ciampo, 2010).

A construção da identidade individual é considerada a tarefa mais importante da adolescência. Para Erikson (1972) construir a identidade, implica definir quem a pessoa é, o reconhecimento dos seus valores e qual o rumo que deseja seguir na vida. O autor

descreve a identidade como uma conceção de si mesmo, formada de valores, crenças e metas com os quais o indivíduo está solidamente comprometido.

A formação da mesma pode ser influenciada por fatores intrapessoais (capacidades inatas do indivíduo e as características adquiridas da personalidade), fatores interpessoais (identificações com outras pessoas) e fatores culturais (valores sociais a que uma pessoa está exposta, tanto globais quanto comunitários) (Ferreira, Farias, & Silvares, 2003).

A identidade não surge instintivamente com a maturação, tem de ser desejada e estabelecida através de um esforço pessoal. Para Erikson, a identidade só pode ser encontrada através do desenvolvimento de relacionamentos positivos com os amigos e grupos de pares. A aquisição de uma identidade pessoal permite ao jovem adulto desenvolver a autoestima, promover autonomia, iniciativa e confiança nas suas decisões (Simões, 2005).

O cenário do adolescente é extremamente diferente do infantil, sendo caracterizado por um período com ganho importante de autonomia, evolução da sexualidade e outros fatores que, muitas vezes, proporcionam um sentimento de insatisfação com o seu corpo, ambiente e suas relações (Claro et al., 2013).

Na puberdade surgem transformações hormonais, biológicas e corporais necessárias, que levam ao desenvolvimento das características sexuais primárias (órgãos diretamente relacionados com a reprodução) e secundárias (sinais fisiológicos da maturação sexual que não envolvem os órgãos sexuais). Na verdade, a puberdade é determinada e normativa, podendo ser considerado um fenómeno universal. Embora varie de indivíduo para indivíduo, envolve mudanças na aparência e formas do corpo, o que acarreta fortes implicações a nível da imagem e satisfação corporal (Barbosa, 2008).

As novas mudanças no corpo e o novo aspeto físico contribuem para a formação do autoconceito (auto descrição do indivíduo, relacionado com a perceção que o mesmo tem de si próprio). Nesta fase é essencial que os adolescentes assumam os conflitos sobre o que veem e idealizam como estrutura ideal do corpo (Hokenberry & Wilson, 2011). É neste contexto que pode surgir a insatisfação do adolescente com a imagem que tem do seu corpo.

A Satisfação coma imagem corporal e autoperceção, são fatores essenciais na autoaceitação das pessoas e podem gerar atitudes que interferem no seu convívio social. Por outro lado, a insatisfação com o corpo acarreta sentimentos e pensamentos negativos

quanto à aparência, influenciando o bem-estar emocional e a qualidade de vida (Ciampo & Ciampo, 2010). Neste sentido, o desenvolvimento de uma imagem corporal positiva e estável implica a aceitação das mudanças anatómicas, subjacente a um fenómeno cultural (Steinberg & Blinn, 1993 como referido por Barbosa, 2008).

Embora o impacto psicológico no bem-estar varie de indivíduo para indivíduo, o descontentamento provocado pela perceção de excesso de peso não é inexistente, independentemente do maior ou menor grau de importância que o indivíduo deposita no seu problema (Esteves, 2013).

O entendimento do adolescente, exige uma prévia compreensão de dois conceitos básicos implicados no seu desenvolvimento: imagem corporal e autoestima.

A imagem corporal é um fenômeno polimorfo, transformável, que espelha desejos, atitudes emocionais e interação do indivíduo com outras pessoas (Ciampo & Ciampo, 2010). Esta pode ser entendida pela imagem do corpo formada na mente do indivíduo, ou seja, o modo como o corpo se apresenta para o indivíduo, compreendido pelas sensações e experiências imediatas (Sampaio, 2010).

A imagem corporal é um conceito multidimensional, definido como "as perceções, pensamentos e sentimentos de uma pessoa acerca do seu corpo" (Grogan, 2008, p. 3). Apresenta-se como um conceito em constante alteração. Para a sua "estruturação" contribuem não só diversos aspetos do desenvolvimento do indivíduo (características físicas ou de personalidade, processos de socialização e experiências interpessoais anteriores), mas também acontecimentos de vida recentes ou precipitantes (como a prática de exercício físico ou a exposição do corpo em público), aos quais se associam determinados pensamentos, emoções ou ações (Cash & Puzinsky, 2002).

A satisfação corporal manifesta-se como o acessório afetivo da imagem corporal que permite o adequado desempenho emocional e social do indivíduo perante a sociedade. Já o elevado grau de insatisfação com a imagem corporal que caracteriza a população adolescente com excesso de peso e obesa, associado a um potencial isolamento social, poderá influenciar negativamente o seu desenvolvimento (Sampaio, 2010). Todas estas alterações impõem um desafio para o adolescente com este problema, a sua família e a equipa de saúde (Nogueira & Zanbom, 2013).

Fernandes (2007) descreve a imagem corporal como um processo em constante metamorfose, que contempla várias dimensões, vulnerável aos processos dinâmicos

internos e externos. Esta reflete a história de uma vida, a viagem e a existência de um corpo no mundo. A imagem corporal é a vivência humana, individual e dinâmica.

O mesmo autor acrescenta ainda que a formação da imagem corporal envolve um relacionamento do indivíduo com seu próprio corpo. É através das experiências positivas e gratificantes na relação com o corpo que se desenvolve uma imagem corporal aceitável (Fernandes, 2007).

A insatisfação corporal relaciona-se nitidamente com a preocupação relativa ao peso, forma do corpo e gordura corporal. Esta corresponde a um dos fatores de risco que melhor anuncia o desenvolvimento de perturbações alimentares, sobre o qual se deve intervir preventiva e terapeuticamente (Levine & Smolak, 2002; Maganto & Cruz, 2003; Shisslak & Crago, 2001; Striegel-Moore & Bulik, 2007 como referido por Francisco et al., 2012).

Nesta etapa, a imagem corporal assume um importante papel no desenvolvimento psicológico e interpessoal. É também nesta mesma etapa que a imagem corporal mais influencia a autoestima, sobretudo das raparigas, relacionando-se uma imagem corporal negativa frequentemente a uma baixa autoestima, depressão, ansiedade e tendências obsessivo-compulsivas (Levine & Smolak, 2002 como referido por Francisco et al., 2012).

A autoestima familiariza-se com o gosto que o adolescente tem do seu corpo de forma completa, incluindo outros aspetos além do peso e da forma do corpo, por exemplo, cabelos e rosto (Fernandes, 2007). Esta funciona como um indicador de bem-estar mental, podendo ser entendida como o conjunto de atitudes e ideias que cada pessoa tem sobre si. É dinâmica, apresenta oscilações e revela-se nos acontecimentos sociais, emocionais e psíquico-fisiológicos (Figueiras, 2017).

A família, como instituição social, representa o modelo pelo qual valores, comportamentos e atitudes são transmitidos ao longo do tempo, fortificando a junção de elementos que irão moldar a personalidade e o caráter, pois a convivência aliada ao diálogo, críticas, elogios e censuras representam os fatores que influenciam constantemente a autoestima do adolescente (Gomes, 2014). Neste contexto, Plummer (2012) afirma que a autoestima está associada a experiências de infância, sendo que essas mesmas experiências terão influência na formação do eu ideal. Estas experiências decorrem do relacionamento com a família, mas também com os pares e a sociedade, condicionando o eu ideal e, por conseguinte, a Autoestima.

Para Guilhardi (2002), a autoestima é compreendida como sendo um sentimento que resulta de diversas casualidades de reforço positivo de origem social. Cada vez que um sujeito, através das consequências das suas ações, recebe um reforço positivo, este contribuirá para o aumento da autoestima, no entanto, cada vez que é reforçado negativamente face às suas ações, a sua autoestima estará mais propícia a apresentar declínio.

Por fim, refira-se que Pedro e Peixoto (2006) referem que os sentimentos de insatisfação com imagem corporal podem estar associados ao facto de uma pessoa ter uma baixa autoestima.

Os adolescentes com excesso de peso devido ao seu estado nutricional desajustado, associado ao excesso de tecido adiposo, apresentam fortes indicadores de insatisfação corporal na adolescência, tendendo a apresentar baixa autoestima, alta insatisfação corporal e distúrbios comportamentais (Felgueiras, 2011). No entanto, as manifestações de insatisfação com a imagem corporal nem sempre são evidentes ou fáceis de reconhecer. Muitas vezes existem apenas mensagens dissimuladas emitidas pelo adolescente, o que torna mais difícil a identificação desse problema (Figueiras, 2017).

No sentido de tentar estabelecer o mais precocemente possível esse diagnóstico, é importante que os profissionais que acompanham os adolescentes estejam preparados para: a) ouvir atentamente o adolescente sobre a sua saúde e todas as questões a ela relacionadas, considerando os aspetos éticos e assegurando o direito à individualidade no atendimento e confidencialidade; b) perguntar diretamente sobre a imagem corporal, se o assunto ainda não tiver sido mencionado; c) discutir o tema abertamente, esclarecendo, encorajando e orientando o adolescente; d) ouvir atentamente os familiares (Felgueiras, 2011).

Os adolescentes, de ambos os sexos, preocupam-se com o seu peso, especto e características faciais. Desta forma, qualquer aspeto que coloque o adolescente fora do grupo pode ser preocupante (Papalia, Olds, & Feldman, 2001). Com a entrada na adolescência, a preocupação com a imagem torna-se cada vez maior, uma vez que a imagem corporal vai-se construindo tendo como alicerce a opinião que os colegas e amigos têm acerca de determinado aspeto (Villar & Abreu, 2011). Em suma, atualmente a adolescência deixou de ser encarada apenas como uma preparação para a vida adulta, mas sim como uma fase em que se adquire sentido em si mesma (Ferreira & Faria, 2010).

Nas últimas décadas, houve aumento da preocupação com a imagem corporal, em conformidade com o aumento do excesso de peso e das desordens alimentares, aliadas à expansão urbana e a mudanças nos hábitos e estilos de vida (Côrtes, Meireles, Friche, Caiaffa, & Xavier, 2013).

Um estudo realizado por Ferriani et al. (2005), com 14 adolescentes obesos de ambos os sexos, teve como objetivo conhecer a perceção dos participantes em relação ao seu corpo quando colocados em frente a um espelho e a sua influência na vida social. Concluiu-se que os adolescentes obesos manifestaram o receio expresso de se olharem no espelho, devido à insatisfação corporal e à rejeição do próprio corpo, assim como vivenciaram experiências estigmatizantes que são refletidas de modo negativo nas suas relações sociais.

A insatisfação com a imagem corporal geralmente envolve uma discrepância entre a avaliação que a pessoa faz da sua imagem corporal atual e a sua imagem corporal ideal. Uma forma relativamente rápida e simples de avaliar esta discrepância passa por apresentar aos indivíduos escalas de silhuetas ordenadas, de muito magras a muito gordas, e solicitar que indiquem quais as figuras que melhor correspondem à imagem corporal atual e à imagem corporal ideal. Uma destas escalas, a CDRS, foi desenvolvida por Thompson e Gray (1995), procurando suprir algumas falhas de escalas anteriores, como a ausência de traços faciais ou a desproporção entre os membros superiores (Francisco et al., 2012).

3 – MOTIVAÇÃO

As várias teorias históricas e contemporâneas da motivação consideram-na como um conceito unitário, centrando-se sobre a importância global da motivação que as pessoas têm para comportamentos ou atividades particulares, ou seja, consideram que mais motivação produzirá maior realização e um melhor funcionamento. A motivação pode considerar-se um processo que leva o indivíduo a comprometer-se e a realizar uma ação. Esta é um termo amplo, que se refere a uma multiplicidade de fatores neuronais e fisiológicos, que iniciam, mantêm e controlam o comportamento (Kandel, Schwartz, & Jessel, 2003).

A compreensão da motivação para o envolvimento e adesão a comportamentos promotores de saúde, é crucial para melhorar e manter a saúde dos adolescentes. Esta suporta as tentativas de mudança de comportamento e determina a energia necessária para agir e manter comportamentos a longo prazo (Quaresma, 2014).

Segundo Miller e Rollnick (2001), a motivação pode ser definida como:

> "A probabilidade que uma pessoa inicie e dê continuidade num processo de mudança. Não deve ser vista como algo estável ou inerente à personalidade ou ao caráter da pessoa, mas sim como algo fluido, que pode oscilar entre diversas situações ou momentos" (p.21).

As pessoas podem apresentar diversos níveis de motivação num processo de mudança comportamental. A motivação pode ser definida como a probabilidade de uma pessoa se envolver, continuar e aderir a uma estratégia específica de mudança (Jungerman & Laranjeira, 1999).

A motivação diz respeito ao que move as pessoas a agir, pensar e desenvolver. São as condições e processos que facilitam a persistência, desempenho, desenvolvimento saudável e vitalidade nos empreendimentos humanos (Deci & Ryan, 2008). Assim, estar motivado significa estar movido para fazer alguma coisa (Assis & Nahas, 1999).

Prochaska, Norcross, e Diclemente (2013), procuraram conhecer na pessoa humana como se processa a mudança de uma forma natural, espontânea e habitual. Na década 80, desenvolveram o Modelo Transteórico de Mudança (MTT) a partir de suas pesquisas com tabagistas. O intuito foi compreender como as pessoas realizam mudanças bem-sucedidas. A partir da análise de 29 sistemas de diferentes psicoterapias, os autores

propuseram um modelo explicativo que envolvia uma dimensão temporal e uma processual interligadas (Prochaska & Diclement, 1983). Este modelo foi aplicado com sucesso a uma variedade de comportamentos de saúde, incluindo tabagismo, abuso de substâncias, uso de álcool, depressão, distúrbios alimentares e obesidade (Han, Gabriel, & Kohl, 2015).

O reconhecimento da prevalência e das consequências do aumento da frequência do excesso de peso observado entre os adolescentes é preocupante, assim como a elevada taxa de abandono e não adesão ao tratamento da obesidade (Nogueira & Zanbom, 2013). Assim, a perceção da motivação para participar e aderir a comportamentos promotores de saúde é fundamental para a manutenção e melhoria da saúde dos indivíduos.

3.1- ABORDAGEM TERAPÊUTICA NO EXCESSO DE PESO/ OBESIDADE

A DGS (2017) assume que abordagem terapêutica à obesidade é marcada por um forte insucesso, pelo que se torna crucial repensar estratégias de intervenção personalizada, especializada, organizada e multidisciplinar, que reconheça a situação do adolescente com excesso de peso/obesidade e o incentive à mudança. Está claro que é urgente o aumento da adesão ao tratamento como um foco de intervenção.

De acordo com a WHO (2003), a adesão terapêutica é um fenómeno multidimensional influenciado por vários fatores, destacando-se a motivação como um fator relacionado com o doente, considerando que a motivação do mesmo para aderir ao tratamento prescrito é influenciada pela importância atribuída ao regime terapêutico e o grau de confiança em ser capaz de cumprir o regime terapêutico.

A intervenção tradicional, realizada no contexto da prevenção e tratamento da obesidade, visa facilitar comportamentos promotores de saúde. Utiliza-se um estilo terapêutico diretivo, no qual o poder, em termos de conhecimentos, está centralizado no terapeuta. Neste contexto, o profissional esclarece o individuo relativamente ao que está errado no seu estilo de vida (ou seja, o que tem conduzido ao aumento de peso) e quanto ao que é possível e desejável fazer para evitar este problema (Sousa, 2010).

A disposição a riscos e o declínio na motivação remetem-nos para a necessidade de mudanças na forma tradicional de ensinar e aprender, levando à procura de soluções educacionais para um trabalho mais efetivo. A literatura aponta as dificuldades que o público adolescente apresenta em relação ao atendimento psicoterápico: grande

hostilidade, desconfiança e resistência, bem como baixa motivação para o tratamento (Claro et al., 2013).

Carvalho, Loureiro e Lomba (2018), defendem que:

> "Os profissionais de saúde, ao planear o programa de intervenção promotor da adesão medicamentosa, devem: considerar as mudanças que ocorrem ao longo da adolescência; identificar os fatores de risco associados à não adesão e as complicações da não adesão na população em estudo, de modo a conhecer o impacto do comportamento da não adesão" (p.7).

Vários estudos corroboram que a adesão a programas para perda de peso entre os adolescentes é baixa, tendo em vista que 50% desistem do tratamento e apenas 5% conseguem manter o peso após o término das intervenções, sendo que adolescentes mais velhos, com maiores sintomas de distúrbios alimentares e de níveis de colesterol total, têm menos probabilidade de aderir a tratamentos multidisciplinares para perda de peso (França, Sahade, Nunes, & Adan, 2013; Fidelix et al., 2015).

A mudança de hábitos é um processo complexo, sobretudo na adolescência, o que requer estratégias específicas para esta população, além de ações interdisciplinares (Spear et al., 2007 como referido por Boff, Segalla, Feoli, Gustavo, & Oliveira, 2018).

Prochaska et al.(2013) defendem ainda que, seja ou não bem-vinda, a mudança é inevitável e embora não tenhamos a possibilidade de intervir propositadamente em muitos aspetos da nossa vida, podemos ainda assim, exercer alguma influência sobre o seu percurso. No entanto, uma intervenção com base científica para uma mudança pessoal, requer que a pessoa e os profissionais de saúde saibam em que fase do problema que pretende ultrapassar o adolescente se encontra.

Se considerarmos a motivação como um estado interno, que pode ser influenciado externamente, um dos principais objetivos no processo terapêutico dos comportamentos deve ser motivar o indivíduo para o tratamento (Jungerman & Laranjeira, 1999).

Tendo em conta as consequências que um IMC superior a 24,9kg/m2 pode ter para a saúde física e psicológica da pessoa, implementar nos cuidados de saúde abordagens eficazes para a perda de peso é certamente um objetivo necessário e premente, dado o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade nas últimas décadas (Pimenta, Leal, Branco, & Maroco, 2009).

3.2- MODELO TRANSTEÓRICO DE MUDANÇA

O MTT é um modelo integrativo, de mudança intencional em relação à saúde e tem sido adotado por diferentes profissionais de saúde como estratégia para perda de peso através da mudança do estilo de vida em adolescentes (Han et al., 2015).

Não existem soluções milagrosas, todos têm de passar pelas mesmas etapas de mudança, independentemente do problema que estejam a ultrapassar. Para poder ser eficaz, o processo de mudança requer abertura e vontade de aprender. Dotar as pessoas de compreensão e ajudá-las a desenvolver novas capacidades, permitir-lhes-á aumentar a probabilidade de sucesso quando chegar a altura de agir (…) "A mudança acabará eventualmente por ser a máxima prioridade de cada um" (Prochaska et al., 2013 , p. 18).

O objetivo principal é o aumento da consciêncialização e profundidade dos sentimentos, por forma a que a pessoa possa agir. A tomada de consciência não origina normalmente uma rápida mudança, no entanto tornar-se consciente de um comportamento problemático continua a ser o primeiro passo para mudar. É fundamental que o individuo conheça as suas defesas. Deste modo, é importante que a pessoa faça uma reapreciação profunda e emocional do seu problema e uma avaliação do tipo de pessoa que será depois de o ter ultrapassado (Prochaska et al., 2013).

O MTT de Prochaska, DiClemente e Norcross (1983), baseia-se nos princípios essenciais da psicoterapia, focando-se na mudança intencional, na tomada de decisão do indivíduo, no quando, como e porquê as pessoas mudam os seus comportamentos relacionados com a saúde. Assim sendo, conhecer o estadio de mudança no qual a pessoa se encontra, possibilita saber o quanto ela está motivada para realmente mudar (Leão et al., 2015).

Prochaska et al. (2013) levam-nos acreditar que avaliação do estado motivacional para a mudança de comportamentos dos adolescentes é a pedra angular na abordagem ao excesso de peso. Os estadios descritos pelos autores são: pré- contemplação, contemplação ação e manutenção.

Prochaska et al. (2013), clarificam que cada estadio não conduz necessariamente ao seguinte, sendo possível ficar-se retido em qualquer um dos estadios. No entanto, a compreensão de cada um dos estadios ajuda a controlar o ciclo de mudança e a ultrapassar cada fase com maior rapidez e eficiência e até mesmo com menos dificuldades. Adequar os desafios à etapa de mudança ajudará a maximizar os esforços para a resolução de problemas.

Prochaska et al. (2013), descrevem os individuos que se encontram no estadio de pré-contemplação, como pessoas que oferecem resistência à mudança, possuem pouca informação sobre o seu problema e pretendem manter-se felizes com a sua ignorância a todo o custo. Os autores acrescentam, "Não é que não estejam a ver a solução, a dificuldade reside na falta de identificação do problema" (p. 39). Este estadio caracteriza-se pela falta de intenção de querer mudar algum comportamento neles próprios, apenas as pessoas que os rodeiam. Predominantemente a desmoralização é o sentimento natural que acompanha esta fase. Algumas pessoas acabam por se resignar e permanecer numa situação que consideram ser o seu destino.

A negação é a característica dos pré-contempladores, que atribuem a responsabilidade dos seus problemas a fatores como configuração genética, vício, família, sociedade ou "destino", assumindo que esses fatores não são do seu controlo (Prochaska et al., 2013). São indivíduos que dificilmente procuram ajuda para iniciar o processo de mudança e, quando o fazem, geralmente é por outros motivos, como encaminhamento judicial ou pedido de familiares e companheiros (Andretta, 2009).

Um estudo recente que procurou conhecer o efeito de uma intervenção interdisciplinar baseada no MTT em adolescentes com excesso de peso ou obesidade, consolida a conceção que "a maioria dos adolescentes ingressou em pré-contemplação, muitos descreviam que estavam no MERC (modificação de estilo de vida e risco cardiovascular) porque recebiam pressão ou vantagem financeira dos pais" (Boff, 2017).

Este é um estadio muito frequente em Indivíduos desencorajados a mudar o seu comportamento devido aos resultados negativos obtidos em tentativas anteriores.

A possibilidade de mudança ocorre no estadio de contemplação. O indivíduo reconhece que tem um problema e começa a pensar seriamente em resolvê-lo. Tem consciência das vantagens e das desvantagens da mudança, mas pela ambivalência gerada, poderá permanecer neste estadio longos períodos. Terá de se decidir, analisando os prós e os contras, os custos e os ganhos do padrão atual de comportamento. Os indivíduos refletem sobre as implicações do seu comportamento para si e para os que estão à sua volta. Confrontam-se com as suas avaliações positivas do comportamento e com os esforços, energia e perdas que irá custar para ultrapassar o problema (Leão et al., 2015).

Prochaska et al. (2013) referem que o contemplador tem alguma dificuldade em perceber o seu problema, em ver as causas, mas procuram possíveis soluções. "O contemplador

conhece bem o seu destino, e até sabe como lá chegar, mas ainda não esta pronto para partir" (p.41). Podemos ter até alguns indivíduos designados de contempladores crónicos, sendo que permanentemente não substituem o pensamento pela ação. O fim do período de contemplação é um tempo de antecipação, atividade, ansiedade e entusiasmo.

O estadio de ação ou tempo de mudar, corresponde á modificação do comportamento-alvo através de esforços para a mudança. Consiste na implementação do plano de ação individual e específico criado pelo próprio, em que é fundamental que o indivíduo acredite que vai funcionar. O mesmo deve mencionar uma variedade de técnicas para lidar com qualquer obstáculo esperado na mudança. Nesta fase é notória alteração de comportamento. A pessoa já fez implementações claras e específicas relativamente ao seu padrão de comportamento e está a criar um novo, por um período de tempo significativo. Considera-se o período mais ocupado e o que requer maior compromisso de tempo e esforço. Quaisquer mudanças efetuadas nesta fase são mais visíveis para terceiros do que as que se levam a cabo nas outras etapas, recebendo por isso um maior reconhecimento. Face às dificuldades, é necessário manter o compromisso, implementar as estratégias de mudanças e rever o plano de ação, se necessário (Prochaska et al., 2013).

Os mesmos autores defendem que é fundamental tornar o compromisso público, uma vez que este tem mais força do que o empenhamento privado. Anunciar a intenção de mudar aumenta os níveis de ansiedade, uma vez que o individuo se pode sentir envergonhado se fracassar.

A estabilização do comportamento em foco é sinal do estadio de manutenção. Embora este estadio seja um desafio real para todos os comportamentos de risco, a pessoa tem que trabalhar para consolidar os ganhos que atingiu durante a ação e as fases anteriores e esforçar-se muito para evitar lapsos e reincidências. Nesta fase, é muito importante a vigilância e um trabalho ativo para prevenção da recaída (Prochaska & Velicer, 1997 como referido por Andretta, 2009).

DiClemente (2003) identifica a possibilidade de recaída mesmo quando já ocorreu a mudança de comportamento. Entende-se por recaída o retorno ao hábito anterior, por exemplo, regressar a uma alimentação não saudável quando já se estabeleceu uma dieta saudável. Após uma recaída, o indivíduo poderá retomar à mudança (reciclagem) em qualquer estadio de prontidão que não seja, necessariamente, aquele que ele estava quando recaiu.

Desta forma, os estadios de mudança que inicialmente eram representados por um círculo, são representados por uma espiral, dada a não-linearidade em direção a modificação de hábitos bem como a possibilidade de reingresso em qualquer um dos estágios no momento da reciclagem (DiClemente, Schlundt, & Gemmell, 2004).

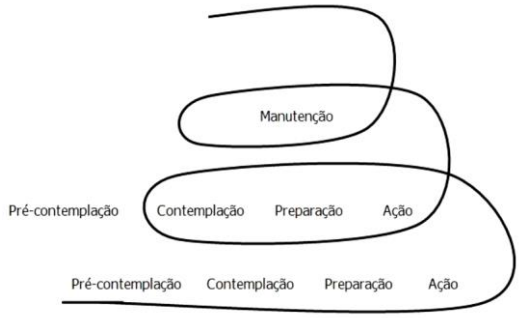


Figura 1 - A espiral da mudança, adaptado de Prochaska et al. (2013).

3.2.1- Os processos da mudança

Na mudança, como em muitos outros aspetos da vida, o momento ideal para intervir é crucial. A pessoa irá aplicar processos diferentes aos seus problemas em cada uma das etapas (Prochaska et al.,2013).

Os autores salientam que, se os estadios de mudança constituem uma dimensão temporal, os processos de mudança são os "motores" que auxiliam na movimentação entre os estadios. Os mesmos descreveram nove processos de mudança, sendo cinco cognitivos e quatro comportamentais. Os processos cognitivos estão relacionados com processos internos e pensamentos. Constituem a maneira como a pessoa vê o comportamento a ser modificado, por isso, estão mais presentes nos estadios iniciais de prontidão para mudança (pré-contemplação, contemplação). Os processos comportamentais representam as ações que o sujeito tem em relação à mudança e, por isso, são mais utilizados nos estadios finais de prontidão para mudança (ação, manutenção) (Prochaska et al.,2013).

Os mesmos autores enumeram os seguintes processos cognitivos:

-Tomada de consciência: ocorre quando o sujeito toma conhecimento sobre si mesmo e sobre a natureza de seu comportamento. Qualquer melhoria do conhecimento de si próprio ou da natureza do problema, sensibiliza a sua consciência.

- Alerta emocional: é paralelo à tomada de consciência e acontece quando experiências emocionais significativas ligadas ao problema são despertadas por estímulos internos e externos.

- Autorreavaliação: é a possibilidade de reconhecer a discrepância entre os valores pessoais e de vida em relação ao comportamento que deve ser mudado. Esse processo desperta emoções e pensamentos em relação à própria postura e leva a uma reflexão do tipo de pessoa que gostaria de ser depois de uma mudança. "o resultado é que não só a pessoa acredita, como sente de verdade que a sua vida se tornaria consideravelmente melhor sem o problema" (p.29).

- Reavaliação circundante: este processo de mudança ocorre quando o indivíduo reconhece que o comportamento a ser mudado afeta não só a ele, mas ao ambiente e as outras pessoas também. A avaliação de que o comportamento pode ter um impacto negativo pode auxiliar as pessoas a mudar.

- Libertação social: é a utilização de recursos do ambiente para alterar ou manter as mudanças, o que ocorre por meio da criação de alternativas no meio social.

Os quatro processos comportamentais são:

- Controle ambiental: está orientado para ação.É a possibilidade de lidar com as eventualidades que facilitariam uma possível recaída de forma a evitá-las ou modificá-las.

- Contracondicionamento ou inibição recíproca: é a substituição de comportamentos disfuncionais por comportamentos funcionais em relação ao contexto da mudança que se pretende. Por exemplo, ao invés de lidar com as emoções negativas comendo quando se pretende fazer dieta, ler um livro ou fazer um passeio poderiam ser alternativas mais funcionais. Quase todas as atividades saudáveis constituem técnicas eficazes de contracondicionamento.

- Recompensas: este processo ocorre quando as pessoas experimentam consequências agradáveis da mudança, no caso de mudança do hábito alimentar, o emagrecimento e a compra de roupas menores são recompensas (comprar roupas) ou simples consequência (estar mais magro) reforçadoras. O autoelogio é uma forma simples de premiar. A recompensa também pode ser controlada por terceiros.

- Relações de ajuda: é o reconhecimento de pessoas e recursos que podem auxiliar o indivíduo no processo de mudança. Este pode eleger ou "recrutar" uma rede de apoio segura, sendo que muitas vezes, se sente sozinho e alheado frente ao desafio da mudança. A relação de ajuda é o processo de mudança mais regularmente eleito na psicoterapia.

Na prática, a integração destes processos de mudança, pode constituir uma intervenção efetiva para mudar determinado comportamento. Para isso é preciso "fazer a coisa certa na hora certa" (p.57), ou seja, estimular processos de mudança de acordo com o estadio de prontidão. Assim, é possível ajudar as pessoas a movimentarem-se na direção a consolidação da mudança (Prochaska et al., 2013).

Além de trabalhar com o processo de mudança certo na "hora certa", a relação que se estabelece com os indivíduos também é reconhecida como um dos promotores de mudança de comportamento em saúde, uma vez que ela pode ser determinante para a sua motivação. Esta, não pode ser considerada um traço de personalidade, mas um estado de prontidão ou vontade de mudar que flutua de um momento para outro e de uma situação para outra (Miller & Rollnick, 2001).

É neste sentido que o MTT, adota o "espírito" da Entrevista Motivacional (EM) como técnica terapêutica proposta para conduzir tratamentos, utilizando esta abordagem de forma efetiva.

As pessoas não progridem obrigatoriamente nestes estadios de mudança segundo uma determinada sequência linear, sendo que a recaída entre estadios é frequente. A progressão linear é possível, mas é um fenómeno pouco frequente. A esmagadora maioria das pessoas não o faz de forma linear, "escorregando" numa altura qualquer. Quem segue um processo de mudança pessoal e tem um sucesso médio recicla-se várias vezes (Prochaska et al.,2013).

Completar este ciclo difícil desde a contemplação até manutenção requer um trabalho contínuo, desenvolvimento de um plano de prevenção de reincidências e aplicação permanente dos processos de mudança apropriados (Prochaska et al., 2013). Neste contexto, a identificação precisa do estado de motivação para mudança no qual o individuo se encontra, constitui uma parte decisiva no processo de avaliação e intervenção (Andretta, 2009).

O primeiro passo ao longo da caminhada para a mudança é conhecer a fase em que a pessoa se encontra. (…) "O estadio de prontidão do indivíduo, à data da consulta tem de

ser tido em consideração na definição do plano terapêutico. A motivação para receber aconselhamento e adotar as mudanças comportamentais desejáveis pode ser aferida através de questões abertas" (DGS, 2017, p.30).

Desta forma a mesma entidade fomenta a implementação de algumas estratégias de intervenção centradas nas características individuais de cada individuo, considerando os diferentes estadios de mudança de comportamento.

Tabela 1 - Intervenções profissionais adaptadas a cada estadio de mudança. Adaptado de Prochaska et al. (2013) e DGS (2017)

Estadio motivacional de mudança	Intervenção profissional
Pré-contemplação Tomada de consciência; libertação social	Pretende-se aumentar o nível de consciência dos indivíduos, pelo que o profissional de saúde deverá, nesta fase, apostar na informação, encorajamento do individuo e validar a eventual falta de prontidão para a mudança
Contemplação Alerta emocional; autoreavaliação; compromisso	Estimula-se a motivação e confiança do individuo. Deverão ser exploradas, em conjunto com o paciente, as demonstrações de ambivalência avaliando os prós e os contras de determinado comportamento. Fortalecer a autossuficiência da pessoa para a mudança do comportamento atual.
Ação Recompensa; controlo ambiental; relação ajuda	O objetivo passa por implementar o plano previamente negociado, sendo que compete ao profissional de saúde nesta fase prestar apoio ao individuo (ex: esclarecendo dúvidas, fomentando o seu sentimento de autoeficácia).
Manutenção Recompensa; controlo ambiental; relação ajuda	Nesta fase pretende-se que haja uma manutenção das mudanças comportamentais efetuadas, sendo que para melhor cumprir esta tarefa, o profissional de saúde, deverá em conjunto com o paciente definir estratégias que permitam prevenir eventuais recaídas.

Através da abordagem centrada no individuo, considerando o estado motivacional do mesmo, possibilitará que a intervenção se converta numa abordagem "partilhada de estratégias e objetivos" (DGS, 2017, p.32). Neste caso, o técnico de saúde substitui a postura prescritiva clássica, pela apresentação de estratégias e convida/desafia o utente a participar nesta seleção (DGS, 2017).

A escala URICA permite conhecer o estado motivacional, ou seja, aceder ao estado de disposição para a mudança do utente relativamente a qualquer tipo de problema comportamental, como forma de orientar abordagens de tratamento adequadas (Leão et al., 2015).

Os mesmos autores no seu estudo "Estágios motivacionais para mudança de comportamento em indivíduos que iniciam tratamento para perda de peso" tinham como objetivo investigar o estadio motivacional em que se encontravam os indivíduos com excesso de peso ou obesidade atendidos num serviço de ambulatório de nutrição e seus fatores associados; afirmam que, parte dos indivíduos que procuram tratamento para perda de peso não o faz com a motivação necessária e que o aconselhamento profissional será capaz de aumentar a motivação e, consequentemente, a probabilidade de sucesso. Mesmo que alguns indivíduos com excesso de peso não estejam prontos para o tratamento, cabe aos profissionais de saúde o aconselhamento, baseado não somente em informações de saúde, mas também em estratégias que visem a motivação para mudança de comportamento (Leão et al., 2015).

Figueiras e Sawaya (2018) na sua pesquisa procuraram testar uma intervenção multidisciplinar e motivacional para o tratamento de adolescentes obesos brasileiros e de baixos rendimentos. Concluíram que uma intervenção motivacional e multidisciplinar pode ser eficaz para gerar mudança de estilo de vida, acompanhada de melhoria do perfil antropométrico e de composição corporal.

O trabalho com adolescentes precisa ser flexível e adaptável à etapa do desenvolvimento, e os profissionais precisam identificar-se com os temas emergentes dessa idade (Boff & Strey, 2014).

4 - METODOLOGIA

Todo o processo de investigação envolve obrigatoriamente uma fase metodológica que consiste na descrição do conjunto de métodos e técnicas que guiaram a elaboração do processo de investigação científica (Fortin, 2003). O método, torna-se então, uma etapa importante e imprescindível em qualquer estudo de investigação, pois é através dele que se percebe o percurso efetuado, uma vez que ele descreve e explica todas as etapas do processo investigativo.

Fortin, Côté, e Filion (2009) decifram a investigação científica como um processo sistemático e rigoroso, que consiste em examinar fenómenos com o intuito de obter respostas a determinadas questões que se pretendem aprofundar, permitindo alcançar novos conhecimentos.

O desenho da investigação, permite assim, delinear os elementos que fazem parte do esquema geral do estudo. Para Fortin (2003) "a fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população" (p.108).

Assim, de forma à melhor compreensão do leitor acerca do percurso efetuado pelo investigador, expomos de seguida as etapas que compuseram o método por nós seguido, tendo em conta a conceptualização do estudo, o tipo de estudo, a finalidade, os objetivos e as questões de investigação. Referimos ainda a população e amostra, bem como descrevemos os procedimentos usados na investigação. Finaliza-se com os procedimentos estatísticos onde se enuncia as análises estatísticas que serviram para tratar os dados.

4.1 - TIPO DE ESTUDO

Para a realização deste estudo foi escolhido o método de investigação quantitativa, que de acordo com Fortin et al. (2009), caracteriza-se pela medição de variáveis e pela aquisição de resultados numéricos passíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos. Este método recorre a explicações, predições e ao estabelecimento de causa e efeito. São as questões de investigação que guiam o estudo e não as hipóteses. Não há razão para variáveis dependentes e independentes neste tipo de estudo.

Elabora-se um quadro conceptual ou teórico apropriado para ordenar as variáveis e as suas relações mútuas. Os dados são colhidos junto de participantes com recurso a escalas

e questionários. A amostra deve ser a mais alargada possível e tanto quanto possível representativa da população alvo. Análises de correlação permitem colocar as variáveis em relação umas com as outras.

4.2 –FINALIDADES E OBJETIVOS DO ESTUDO

Para Fortin et al. (2009) o objetivo é um enunciado que aclara as variáveis-chave e a população alvo e que contém um verbo de ação dando uma orientação à investigação. A realização deste estudo tem como objetivos:

- Identificar os estadios motivacionais para a mudança de comportamento dos adolescentes com excesso de peso na fase tardia da adolescência, seguidos na consulta de obesidade de um hospital distrital;
- Verificar a existência de diferenças nos estadios motivacionais conforme o número de consultas de obesidade frequentadas;
- Analisar a relação entre os estadios motivacionais e a diferença entre a silhueta corporal de identificação atual e a desejada;
- Analisar a relação entre os estadios motivacionais e algumas variáveis demográficas;
- Analisar a relação entre os estádios motivacionais e o IMC dos adolescentes.

4.3 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

As questões de investigação são mais específicas que os objetivos, decorrem diretamente destes, especificam a informação que se quer obter e incluem os diferentes aspetos suscetíveis de serem estudados. Dizem respeito à descrição de conceitos ou de populações, ou ao estabelecimento de relações entre variáveis e são utilizadas nos estudos descritivos e descritivos-correlacionais (Fortin et al., 2009).

Tendo em consideração as interrogações que foram surgindo ao longo do decorrer do estudo e da fundamentação teórica, foram definidas cinco questões de investigação:

- Qual é a motivação para a mudança de comportamento de adolescentes com excesso de peso na fase tardia da adolescência seguidos em consulta de obesidade?
- Qual é a relação entre a motivação para a mudança de comportamento de adolescentes com excesso de peso na fase tardia da adolescência como número de consultas frequentadas?

- Qual é a relação entre a motivação para a mudança de comportamento de adolescentes com excesso de peso na fase tardia da adolescência com a sua silhueta corporal de identificação atual e com a silhueta desejada?
- Qual é a relação entre a motivação para a mudança de comportamento de adolescentes com excesso de peso na fase tardia da adolescência e as variáveis sociodemográficas (idade, género e meio de residência)?
- Qual é a relação entre a motivação para a mudança de comportamento de adolescentes com excesso de peso na fase tardia da adolescência e o seu IMC?

4.4 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Tendo por base os objetivos e as questões de investigação definidas para este estudo, considerou-se como variáveis em estudo:

Idade: Número de anos completos, de cada adolescente, desde o nascimento até à data da recolha de dados. É uma variável quantitativa definida em anos: 14, 15, 16, 17, 18 e 19 (adolescentes que se encontram na fase desenvolvimental intermédia e tardia).

Género: "Variabilidade entre homens e mulheres que é atribuível às influências ambientais, como a sociedade, a cultura e a história" (Kim e Nafziger, 2000 como referido por DGS, 2008, p. 24). É uma variável qualitativa, operacionalizada em "feminino" e "masculino", que permite caracterizar a amostra.

Meio onde habita: Caraterísticas de densidade populacional, económicas, sociais e culturais que distinguem o local onde o adolescente habita. Foi operacionalizada em: "aldeia", "cidade" ou "vila".

Ano de escolaridade: Ano do ensino escolar que o adolescente frequenta. Definida de forma contínua em anos. Para efeitos do estudo serão classificados em três grupos: segundo ciclo (5º, 6º anos), terceiro ciclo (7º, 8º e 9º) e secundário (10º, 11º e 12º).

Peso dos adolescentes: avaliado através de uma balança aferida e expresso em Kg. Para a sua medição, foi removido o vestuário exterior e calçado.

Altura: avaliado com recurso ao estadiómetro, sendo solicitado ao adolescente que fique sob o aparelho com pés apoiados e braços estendidos ao longo do corpo e ajuste a haste, deixando-a sobre a cabeça. Seguidamente recorreu-se as tabelas de curvas de estatura por idade e género para determinar o percentil.

IMC: o Índice de Massa Corporal permite a apreciação do perfil antropométrico e mede as variações físicas, facultando uma classificação dos indivíduos relativa ao seu estado nutricional. Para a classificação do estado nutricional, foram adotados como referência os parâmetros da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006), conforme sexo e idade dos adolescentes. Foi avaliado o Índice de Massa Corporal para a idade e altura, o qual constitui a relação entre o peso (em quilogramas) e a altura (em metros) ao quadrado (IMC = peso / (altura)2).

Assim, os valores obtidos foram agrupados em duas categorias em que o termo "excesso de peso" designa o conjunto composto por "pré-obesidade" e "obesidade". Assim, tem-se que:

Pré-obesidade – IMC 25-29,9kg/m2 (P ≥85 <97) para a idade e sexo

Obesidade – IMC ≥30 kg/m2(P ≥ 97) para a idade e sexo

Estadio motivacional para mudança do comportamento: Neste estudo a identificação do estadio motivacional é avaliado através da escala URICA (McConnaughy, Prochasca, & Velincer, 1983). Foi utilizada a Versão portuguesa adaptada e validada por Lopes, Prieto, Delgado, Gamito, & Trigo, (2011). Este instrumento é de natureza genérica, aplicável tanto a adolescentes como adultos, que começam um tratamento ou apresentem um problema na sua vida. A URICA é constituída por 32 itens em que os inquiridos respondem aos itens numa escala de *likert* de 3 pontos de discorda (1), concorda (2), concorda totalmente (3). O estadio motivacional em que o adolescente se encontra, é obtido pelo score obtido que pode variar entre os 32 pontos e os 96 pontos, sendo a linha de corte de 48.

Tabela 2 - Escala URICA, distribuição dos itens por dimensão

Dimensões (sub-escalas)	itens	Scores mínimos e máximos
Pré-contemplação	1*, 5*, 11*, 13*, 23*, 26*, 29*, 31*	8- 24
Contemplação	2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24	8- 24
Ação	3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30	8- 24
Manutenção	6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32	8- 24
Total		32- 96

*- itens invertidos

A satisfação com imagem corporal é obtida com aplicação da escala CDRS de Thompson e Gray (1995). Foi utilizada a versão Portuguesa validada por Francisco et al. (2012). A escala é constituída por uma sequência de nove figuras (uma sequência com silhuetas femininas e outra com silhuetas masculinas, ordenadas da menos volumosa para a mais volumosa). Cada participante indica o número da figura que mais se identifica com a sua aparência atual e com a sua aparência ideal. A insatisfação com a imagem corporal foi verificada através da discordância entre a silhueta real e a silhueta ideal

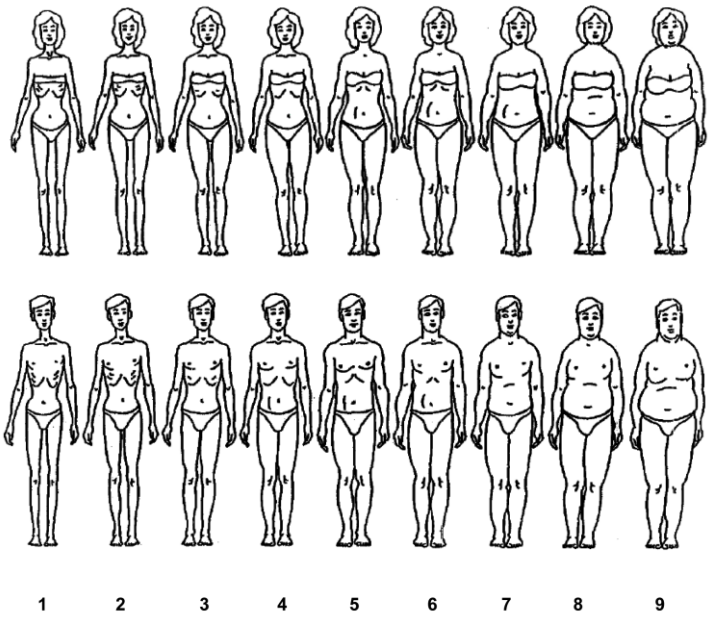


Figura 2 - Escala de silhuetas CDRS

4.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo é formada pelo conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente (Fortin et al., 2009). A população alvo deste estudo são os adolescentes (idade compreendida entre os 14 e os 19 anos) seguidos na consulta externa de obesidade de um Hospital Distrital.

São, portanto, critérios de inclusão:

- Adolescentes com excesso de peso com idade entre 14 e os 19 anos que frequentem a consulta externa de obesidade no período temporal pré-estabelecido com diferente número de consultas de seguimento da obesidade realizado;

Foi definido como faixa etária dos 14 aos 19 anos porque a WHO (2011), delimita a adolescência como o período cronológico compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade, considerando a adolescência propriamente dita, entre os 15 e os 19 anos. Neste trabalho apostou-se em trabalhar com os adolescentes da fase desenvolvimental intermédia e tardia. Assim, como a nossa população acessível é só até aos 18 anos, a nossa amostra compreende adolescentes dos 14 aos 18 anos.

Neste estudo a amostra é constituída por 47 indivíduos, que respeitam os critérios definidos e que após enquadramento do estudo e dos objetivos e garantida a confidencialidade dos dados, aceitaram participar voluntariamente e autorizaram por escrito a colheita de dados, recorrendo aos instrumentos planeados, no período compreendido entre maio de 2018 e setembro de 2018.

O método de amostragem é não probabilístico por conveniência. De acordo com Fortin et al. (2009) a amostra acidental ou de conveniência é constituída por indivíduos facilmente acessíveis que respondem a critérios de inclusão precisos, ou seja, consiste em escolher indivíduos que estão num local determinado e num preciso momento. Constitui-se a amostra à medida que os indivíduos se apresentam até que o número desejado seja atingido.

Assim, a amostra do estudo é constituída pelos indivíduos que respondiam aos critérios de inclusão e que foram à consulta externa, que decorre de segunda a sexta, num Hospital Distrital da zona centro, durante o período de tempo mencionado.

4.6 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Os instrumentos de recolha de dados foram selecionados por estarem em concordância com as definições das variáveis que fazem parte do quadro conceptual, após assegura do que estes oferecem uma suficiente validade e fidelidade.

O questionário para a recolha de dados (Apêndice I) é constituído por quatro partes:

1. Questionário de caraterização sociodemográfica que inclui quatro questões - idade, género, meio onde habita e o ano de escolaridade;
2. *University of Rhode Island Change Assessmen* **(**URICA): Instrumento de avaliação da motivação para a mudança de comportamentos (Anexo II).
3. *Contour Drawing Rating Scale* (CDRS): Instrumento de identificação da silhueta que avalia a satisfação com imagem corporal (Anexo IV).
4. Dados de caraterização antropométrico (peso, altura e IMC) e número de consultas frequentadas.

4.7 - ASPETOS ÉTICOS

Qualquer investigação efetuada em seres humanos levanta questões morais e éticas. A própria escolha do tipo de estudo determina diretamente a natureza dos problemas que se podem colocar. Os conceitos em estudo, o método de colheita de dados e a divulgação de certos resultados de investigação podem contribuir para o avanço do conhecimento científico, mas também lesar os direitos e liberdades fundamentais das pessoas. Por conseguinte, torna-se importante tomar todas as precauções necessárias para proteger esses direitos e liberdades dos participantes no estudo.

Neste estudo, inicialmente foi solicitada e obtida autorização ao Diretor de serviço de Pediatria, serviço onde decorre a investigação. Posteriormente foi solicitado um pedido de parecer e apreciação ética do projeto de investigação junto da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), tendo obtido um parecer positivo-Parecer N.º P491-04/2018(Anexo V).

Por último, foi solicitado um parecer à comissão de ética do Hospital em questão, tendo-se obtido um parecer favorável (Anexo VI) e autorização do Conselho de Administração do mesmo hospital (Anexo VII).

Seguiu-se o pedido de autorização para a utilização do instrumento de colheita de dados URICA junto dos autores Lopes, P; Prieto, G.; Delgado, A.; Gamito, P. & Trigo, H. (2007), tendo-se obtido autorização (Anexo I). A autorização para a utilização do instrumento CDRS, junto dos autores foi obtida com o login no website http://www.selfdeterminationtheory.org/questionnaires, em que foi fornecido o *Health-Care, Self-Determination Theory Questionnaire Packet* (Anexo III).

4.8 - ANÁLISE PSICOMÉTRICA DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Tendo por base os dados recolhidos, procedeu-se análise psicométrica (consistência interna) da escala URICA, através do programa *SPSS*.

A consistência interna (homogeneidade dos itens) foi avaliada utilizando o coeficiente *Alpha de Cronbach*. Relativamente à estrutura psicométrica, todos os itens da escala URICA foram analisados fatorialmente nos 47 indivíduos do estudo.

No seu conjunto, os índices de consistência interna obtidos para o global da escala URICA (Tabela 3), podem ser considerados muito bons (α=0,919) sendo ligeiramente inferior ao verificado no estudo de validação para a população Portuguesa (0,940). Quanto às suas subescalas, os valores oscilaram entre um mínimo de 0,717 (Pré-contemplação) e um máximo de 0,872 (Contemplação) indicando uma consistência interna boa e muito boa.

Tabela 3 - Consistência interna da escala URICA

URICA	Nº de itens	Consistência interna (α)
Pré-contemplação	8	0,717
Contemplação	8	0,872
Ação	8	0,871
Manutenção	8	0,791
Global	32	0,919

4.9 - PREVISÃO DO TRATAMENTO ESTATÍSTICO

O tratamento dos dados foi realizado através do programa estatístico IBM-SPSS versão 23.0. A decisão dos *designs* estatísticos (paramétricos ou não paramétricos) a utilizar para o tratamento e análise de dados, adequaram-se em função dos seguintes critérios: o valor de simetria, obtido através do quociente entre o valor estatístico da *Skewness* pelo erro padrão da medida; o valor de achatamento, obtido através do quociente entre o valor estatístico da *Kurtosis* pelo seu valor do erro padrão; a avaliação da aderência à normalidade, através da utilização do teste estatístico de *Kolmogorov-Smirnov* (quando $p > 0,05$ as variáveis em estudo possuem uma distribuição normal).

A leitura dos coeficientes de simetria e achatamento (*curtose*), permitiu constatar que as distribuições são simétricas e mesocúrticas. Esta análise e mediante os valores encontrados no teste de *Kolmogorov-Smirnov* com a correção de *Lilliefors*, permitem-nos concluir que a amostra segue uma distribuição normal ($p > 0,05$), assim elegemos para o nosso estudo a utilização de testes estatísticos paramétricos.

Foram aplicadas como medidas descritivas: estatísticas de frequência (absolutas e relativas), medidas de localização (média, moda de mediana), medidas de dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação, mínimo e máximo) e o coeficiente "*alpha*" de *Cronbach*. Foram aplicados os testes seguintes: *t de student* para amostras independentes, análise de variância Anova e correlação de *Pearson*. A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de $\alpha = 0,05$ com um intervalo de confiança de 95%. Como critérios na testagem de hipóteses estatísticas definiram-se: para um α significativo ($p \leq 0,05$) observam-se diferenças/associações entre os grupos. Para um $p > 0,05$ não se observam diferenças/associações significativas entre os grupos.

5 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo refere-se à apresentação e análise dos resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados. Os dados serão apresentados através de tabelas de forma a organizar e sistematizar melhor a informação. Recorremos a estatística descritiva para sumariar os dados obtidos para permitir uma leitura clara e objetiva dos mesmos, de forma a analisá-los e recorremos a estatística inferencial, para estabelecer relações entre as variáveis.

A discussão dos dados baseia-se na literatura existente sobre a temática, confrontando os resultados com outros encontrados em estudos nacionais e internacionais, já publicados nesta área. A maioria dos estudos é realizada com adolescentes com excesso de peso/obesidade ou com adultos.

Uma vez que os dados apresentados nas tabelas são todos eles retirados da mesma amostra omite-se essa indicação.

5.1 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

A amostra em estudo é de 47 adolescentes seguidos na consulta externa de obesidade de um Hospital Distrital do Centro. Relativamente ao género, (tabela 4), a distribuição dos adolescentes em estudo é heterogénea, 70,2% do sexo feminino e 29,8% do sexo masculino.

Resultados idênticos encontraram Leão et al. (2015) quando procuraram conhecer os estadios motivacionais para a mudança de comportamento em indivíduos que iniciam tratamento para perda de peso. Neste estudo também a amostra se apresentou heterogénea, predominantemente feminina. Tal como Marques et al. (2016) pretenderam analisar a satisfação com a imagem corporal num grupo de adolescentes com idades entre 12 e 19 anos, se depararam com uma amostra maioritariamente feminina. Dos 323 jovens incluídos no estudo, 54,8% eram do sexo feminino e 45,2% do sexo masculino.

Essa predominância feminina em estudos que abordam as questões ligadas á perda de peso também foi observada por Dias, Ribeiro, Costa e Lindôso (2018), que a associam à maior preocupação das mulheres com a estética e saúde em relação aos homens.

Uma evidência recente apresentada por Almeida et al. (2018), também corrobora estes resultados: dos 52 adolescentes classificados com sobrepeso, 5,7% consideravam-se portadores de obesidade, sendo todos os indivíduos do sexo feminino.

Estes resultados mostram claramente uma maior preocupação com as questões ligadas á imagem corporal pelo género feminino embora se saiba que estas apresentam também maiores distorções da perceção da autoimagem, muitas vezes relacionadas com maiores pressões sociais para a conquista de um "corpo perfeito" (Corseuil, Pelegrini, Beck, & Petroski, 2009).

Tabela 4 - Distribuição dos adolescentes segundo o género

Género	Nº	%
Feminino	33	70,2
Masculino	14	29,8
Total	47	100,0

No que respeita à idade (tabela 5e 6) esta varia na amostra entre os 14 e os 18 anos; a média encontrada é de 15,51 anos, com um desvio padrão de 1,23, sendo a moda e a mediana de 16 anos. Observa-se que a maior parte (29,8%) dos adolescentes em estudo tem 16 anos, seguindo-se 27,7% com 14 anos. De referir que apenas 6,4% tem 18 anos.

Resultados idênticos encontrou Sobral (2013) no seu estudo, que pretende caraterizar o estado nutricional e identificar comportamentos promotores do excesso de peso que fazem parte do estilo de vida dos adolescentes, tendo concluido que a idade é um fator de risco, ou seja, os mais velhos têm menor probabilidade de excesso de peso, por cada ano de idade a menos há uma probabilidade 1,2 vezes maior de excesso de peso. No seu estudo o autor acrescenta ainda que, quer a pré-obesidade quer a obesidade diminuem com a idade, especialmente nos rapazes. Também no presente estudo verifica-se uma predominância de adolescentes com excesso de peso nas idades entre os 14 e os16 anos.

Sampaio (2010) observou que é nas idades mais jovens, dos 14 aos 16 anos, que os indicadores de pré-obesidade (21,6%) e obesidade (7%) são superiores. Também os resultados do estudo nacional efetuado por Matos, Simões, Camacho, e Equipa Aventura Social (2015), no âmbito do Projeto Aventura Social e Saúde, revelam que com a idade, o excesso de peso e a obesidade tendem a diminuir.

Boff et al. (2018) no seu estudo onde pretendiam descrever uma intervenção interdisciplinar grupal baseada no MTT, para motivar adolescentes com sobrepeso e obesidade a modificar o estilo de vida, similarmente, trabalharam com uma amostra de adolescentes idêntica, em que a média de idade é de 16,32 anos. Igualmente Felden et al. (2015) utilizaram uma amostra de adolescentes constituida maioritariamente por adolescentes do género feminino, sendo a média de idade de 16 anos. Já Almeida et al.(2018) procuraram conhecer a distorção da autopercepção de imagem corporal em adolescentes, em que a idade média dos adolescentes foi de 17,02 anos. Verifica-se assim que a maioria dos estudos consultados apresenta média de idades semelhantes à do presente estudo. Talvez a prevalência desta faixa etária, se justifique pela elevada preocupação com a perceção da imagem corporal, o que leva a uma maior procura de cuidados de saúde e, por conseguinte, da preocupação dos profissionais.

Areste, Paredero, e Fernendez (2013) defendem que é por volta dos 15-16 anos que o adolescente assume o conceito de pessoa autónoma na tomada decisão relacionada com a saúde, capaz de tomar as suas próprias decisões baseadas nas suas crenças e em conformidade com o seu ciclo vital. Esta característica permite-lhes assumir um papel mais ativo na tomada de decisão. Desta forma, o adolescente é encarado como um elemento chave no consentimento informado. Os autores acrescentam ainda que nesta fase o adolescente apresenta competências que lhes facilitam a utilização de um raciocínio lógico, o que lhes permite ter uma maior facilidade em ponderar risco/ beneficio que as faixas etárias mais jovens, isto porque adolescentes mais jovens, tendem aceitar a informação sem questionar a origem da fonte.

Tabela 5 - Estatística descritiva referente a idade

Idade	$\overline{X}$	DP	Mo	Md	Mínimo	Máximo	CV
	15,51	1,23	16	16	14	18	7,93%

Tabela 6 - Distribuição dos adolescentes segundo a idade

Idade	N	%
14 Anos	13	27,7
15 Anos	10	21,3
16 Anos	14	29,8
17 Anos	7	14,9
18 Anos	3	6,4
Total	47	100,0

Quanto ao meio de residência dos adolescentes (tabela 7), verifica-se que a maior parte (40,9%) reside em aldeia, seguindo-se 38,3% adolescentes que residem em vilas. De referir que 21,3% reside em meio urbano.

Resultados diferentes foram encontrados num estudo realizado na área do Porto, ao fazer a distinção entre zonas rurais e urbanas também em populações escolares, depararam-se com diferenças na prevalência do peso excessivo, sendo esta mais elevada na população urbana (Afonso, Graça, & Almeida, 2000 como referido por Medeiros, 2014). Resultados semelhantes obtiveram Felden et al. (2015) ao investigarem as associações entre a insatisfação com a imagem corporal e indicadores sociodemográficos em adolescentes, tendo concluído que os residentes em zonas urbanas apresentam uma maior probabilidade de insatisfação pelo excesso de peso, sendo as raparigas as que também ambicionavam um corpo mais magro. Os autores justificam que estes resultados se associam á proximidade das zonas comerciais, mais abonadas na publicidade e, portanto, mais expostos aos ideais de beleza e magreza que esta exibe com frequência.

De modo idêntico, Triches e Giuglian (2007) questionaram se jovens da periferia e da área rural poderiam, de certa forma, estar protegidos contra as pressões mediáticas podendo imaginar-se que existem diferentes padrões de beleza vigentes nestas áreas.

Medeiros (2014) procurou avaliar o peso, ingestão alimentar e prevalência de atividade física em adolescentes de uma escola da cidade de Almada. A informação deste estudo sugere que indivíduos que residem em áreas de residência de baixo estatuto socioeconómico, podem ter uma capacidade baixa para controlar a sua atividade física de

acordo com ambientes inacessíveis, pois constataram que as áreas de residência de baixo estatuto socioeconómico tinham poucos recursos disponíveis e apenas uma pequena percentagem era gratuita (Estrabook et al., 2003 como referido por Medeiros 2014). Esta discrepância justifica-se por uma injusta distribuição de instalações recreativas favoráveis às áreas de elevado nível socioeconómico. O mesmo autor refere ainda que estas circunstâncias parecem reduzir a capacidade de escolha e a confiança necessária para ser mais ativo, o que pode vir a influencia a maior ou menor prevalência de excesso de peso e/ou obesidade, de acordo com a área de residência dos adolescentes.

A bibliografia sailenta maioritariamente resultados diferentes do nosso, talvez porque a maioria dos estudos se foque mais nos adolescentes de áreas urbanas, ficando esta lacuna em relação aos adolescentes da área rural. No entanto, nas faixas etárias mais jovens, os dados recentes do *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) Portugal - sistema de vigilância nutricional infantil integrado da Organização Mundial da Saúde/Europa - entre 2008 e 2016, apontam para que seja nas áreas classificadas como rurais onde haja as maiores prevalências de excesso de peso e obesidade.

Tabela 7 - Distribuição dos adolescentes segundo o meio onde residem

Meio onde reside	Nº	%
Aldeia	19	40,9
Vila	18	38,3
Cidade	10	21,3
Total	47	100,0

Quanto à distribuição dos adolescentes segundo o ano de escolaridade que frequentam (tabela 8), pode-se constatar que a maior parte (31,9%) frequenta o 11º ano de escolaridade, seguindo-se 29,8% que frequentam o 9º ano. De referir que apenas 4,3% frequenta o 12º ano e 14,9% o 8º ano de escolaridade.

A maioria dos adolescentes em estudo apresenta adequado nível de escolaridade de acordo com a média de idades. Sampaio (2010) mostra-nos como o IMC varia em função do ano de escolaridade. A pré-obesidade é maior no ensino secundário (10º, 11º e 12º) com 21,7%, sendo 17% no 3ºCiclo (7º, 8º e 9º). Em relação à obesidade, a sua prevalência é pouco maior no 3ºCiclo (6,6%) comparado com o secundário (5,0%).

Tabela 8 - Distribuição dos adolescentes segundo o ano de escolaridade

Idade	N	%
8º Ano escolaridade	7	14,9
9º Ano escolaridade	14	29,8
10º Ano escolaridade	9	19,1
11º Ano escolaridade	15	31,9
12º Ano escolaridade	2	4,3
Total	47	100,0

5.2 - CARACTERIZAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DA AMOSTRA

A conjugação do peso com a altura dos adolescentes permitiu calcular o índice de massa corporal (IMC). Assim, a análise da tabela 9 permite verificar que este oscilou entre um mínimo de 25 e um máximo de 42,88; a média encontrada foi de 29,05, com um desvio padrão de 4,35, sendo a moda de 25,23 e a mediana de 27,31. Estes valores permitem-nos concluir que estes adolescentes têm todos excessos de peso, com valores médios de IMC elevados que apontam para a zona de transição entre a pré-obesidade e a obesidade, tal como definido pela DGS (2017).

As curvas do IMC possibilitam monitorizar o estado de nutrição, permitindo identificar a probabilidade e o diagnóstico de crianças/adolescentes com excesso de peso/obesas. O reconhecimento precoce de qualquer desvio, é particularmente importante se o afastamento do percentil do IMC ocorrer fora dos períodos de deposição fisiológica de gordura (primeiro ano de vida e pré-puberdade) (DGS, 2012).

Durante a adolescência, o ganho ponderal é paralelo ao incremento da altura e existe um equilíbrio no desenvolvimento dos diferentes componentes do organismo: massa magra, massa óssea, massa visceral e massa adiposa. Um IMC acima de 25 kg/m2, tal como verificado na nossa amostra, representa uma perda deste equilíbrio (Fernandez & Lezcano, 2013).

Apesar dos resultados do IMC serem bastante confiáveis, o IMC falha na distinção entre massa gorda, massa muscular e massa óssea, a sua principal falha é o facto de este poder valorizar excessivamente a quantidade de gordura em pessoas que tenham muito peso devido a uma grande massa muscular, como é o caso de atletas de alto competição (*American College of Sports Medicine* [ACSM], 2013 como referido por Mendes 2016). Assim, um IMC > 30kg/m2 deverá estar associado a uma quantidade excessiva de gordura corporal, exceto no caso de atletas de algumas modalidades desportivas (Guedes, 2006 como referido por Mendes, 2016).

No presente estudo verifica-se que os adolescentes da amostra apresentam uma média de IMC de 29,05 kg/m2, considera-se este valor demasiado elevado, se observarmos as tabelas de referência da DGS (2017), que considera obesos os indivíduos com IMC ≥ 30 kg/m2. Apesar dos dados encontrados não serem totalmente acidentais, dado que neste estudo apenas participaram adolescentes que apresentam um IMC ≥ 25 kg/m2, são alarmantes, na medida em que um adolescente com um IMC elevado tem cinco vezes mais probabilidade de se tornar um adulto obeso, sendo conhecido que a obesidade é preditiva do aumento de outras comorbilidades precoces (Anastácio, 2009; Simmonds, Llewellyn, Owen, & Woolacott, 2016 como referido por Boff et al., 2018).

Os valores obtidos neste estudo são bastante mais elevados aos encontrados por Hintze et al. (2012) quando procuraram avaliar o Estágio de Prontidão para Mudança do Comportamento (EPMC) alimentar e de atividade física de adolescentes e verificar a associação entre as variáveis gênero, faixa etária e classificação do IMC com o EPMC. Neste estudo, numa amostra de 145 adolescentes, com média de idades inferior á nossa (13 anos), o valor de IMC foi de 27, 32kg/m². Contrariamente Boff et al. (2018) na sua investigação com adolescentes com média de idade similar à nossa, quando deram inicio à sua intervenção depararam-se com um grupo de adolescentes com IMC médio 34.5kg/m².

Berrington et al. (2010) como referidos por DGS (2017), apresentam dados referentes a adultos caucasianos, com uma mediana de seguimento de dez anos, em que os indivíduos que com valor de IMC correspondente ao intervalo entre 20 e 24,9kg/m2 eram aqueles que apresentavam uma mortalidade mais reduzida. A Bibliografia atual é fortemente sugestiva de que os IMC dentro do intervalo entre 20 e 25 se associam a menores taxas de mortalidade absoluta, em indivíduos saudáveis. Apesar destes dados serem referentes a adultos e a nossa amostra ser constituída por adolescentes, permitem-nos refletir quanto

à necessidade urgente em desenvolver estratégias motivacionais que possam contribuir para reduzir os níveis de IMC dos adolescentes, adultos de amanhã.

Tabela 9 - Estatística descritiva referente ao IMC dos adolescentes

IMC	$\overline{X}$	DP	Mo	Md	Mín.	Máx.	CV
	29,05	4,35	25,23	27,31	25,00	42,88	14,97%

A análise da tabela 10 permite constatar que, em relação ao excesso de peso, a maioria dos adolescentes (51,1%) são obesos, sendo que 48,9% apresentam-se em situação de pré-obesidade. Ou seja 51,1% apresentaram IMC ≥ 30 kg/m2 e um P ≥ 97; 48,9% com IMC entre 25-29,9 kg/m2 e um 85≤ P <97.

Estudos desenvolvidos por outros autores, deparam-se com resultado idêntico ao nosso, recorrendo de igual modo a amostras obtidas por conveniência, isto é, a totalidade dos adolescentes que compõem a amostra apresentam peso superior ao desejável. Na amostra de Hintze et al. (2012) 42,8 % dos adolescentes apresentavam um valor de IMC 25,65kg/m2 (pré-obesidade) e 57,2% um valor de IMC de 29,16 kg/m2, valor este muito próximo do IMC considerado obesidade conforme descrito anteriormente. No entanto, no estudo de Mendes et al. (2014), onde procuraram analisar os níveis de IMC, a prática desportiva fora da escola, os estados de mudança e as principais barreiras à prática de exercício físico e de desporto, bem como a relação entre estas variáveis e o sexo e a idade, identificam resultados invertidos ao nosso. Na sua amostra de 193 adolescentes, 71,5% dos alunos encontram-se numa situação de pré-obesidade e 28,5 % dos alunos são obesos.

Comparativamente com o resto da Europa, Portugal surge mesmo como um dos cinco entre 27 países com maior percentagem de adolescentes obesos. Segundo os dados do novo relatório da WHO (2017) para a região europeia apresentados no documento *Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region*, (2002-2014) que compara 27 países e regiões, estima-se que a prevalência da obesidade em Portugal, nos adolescentes seja de 5%. Este número representa uma subida de 0,3 pontos percentuais desde 2002, quando o objetivo era travar esta doença. O valor mais elevado na região europeia é registado na Grécia, com 6,5% de adolescentes obesos.

Contudo, os dados divulgados mostram que a obesidade tende a baixar com a idade, dos 11 aos 15 anos, tanto nos rapazes como nas raparigas.

Considerando que o excesso de peso na infância/adolescência aumenta fortemente a probabilidade do mesmo se manter na idade adulta e, dada a escassez de resultados desta temática (em Portugal na faixa etária estudada), também se confrontaram os dados obtidos por Gaio et al. (2018), que descrevem as prevalências de excesso de peso/obesidade na população adulta residente em Portugal em 2015. Os autores constataram que a prevalência nacional de excesso de peso estimada foi de 38,9% (IC95%: 36,9-41,1) e a prevalência de obesidade foi de 28,7% (IC95%: 26,8-30,6). Estes dados atestam os resultados descritos anteriormente por Sobral (2013), que com a idade o excesso de peso diminui.

Tabela 10 - Distribuição dos adolescentes segundo o percentil IMC

IMC/Tabela percentis	N	%
Pré-obesidade (85≤ P <97).	23	48,9
Obesidade (P ≥ 97)	24	51,1
Total	47	100,0

Aos adolescentes em estudo quando solicitado que indicassem na CDRS o número da figura que mais se identifica com a sua aparência atual e com a sua aparência ideal (tabela 11), verificamos que a maioria dos adolescentes (68,1%) identifica a sua aparência atual como igual ou superior à figura 7. No entanto, apenas 4,3% identificam a figura 7 como a sua aparência ideal e nenhum uma imagem superior. De salientar que apenas 6,4% indicaram uma figura inferior ou igual à figura 4 como aparência atual, por outro lado, 40,4% dos adolescentes identifica estas figuras como aparência ideal.

Relativamente à perceção da imagem corporal, constata-se que quase todos os elementos do grupo assinalaram uma pontuação menor na imagem ideal comparativamente com a atual, o que revela por parte dos participantes uma clara insatisfação com o corpo. Estes dados vão de encontro à bibliografia consultada em que 19% de jovens portugueses afirmaram sentir com regularidade (muitas ou algumas vezes) "não gostar do seu corpo tal como é" (Ferreira, 2003 como referido por Sampaio, 2010). Assim como na

investigação de Felden et al. (2015) também foi notória a elevada prevalência (69,7%) de insatisfação com imagem corporal nos adolescentes participantes. De igual modo, Lima (2016) revela uma maior preocupação com a imagem corporal pelos adolescentes de faixa etária mais elevada, que apresentam maior prevalência de sobrepeso e obesidade.

Petroski, Pelegrini, e Glaner (2009) pretendiam identificar se a prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes residentes em áreas rurais e urbanas era diferente tendo confirmado uma prevalência similar ($p \geq 0,05$) entre os adolescentes rurais (64,2%) e urbanos (62,8%), porém ambas as zonas de residência ambicionam uma silhueta corporal menor. O autor Medeiros (2014) no seu trabalho com uma amostra constituída por indivíduos de uma zona urbana demonstrou elevada insatisfação (33,33%) das raparigas e 23,14% dos rapazes apresentaram-se insatisfeitos, onde 100% das raparigas e 65,21% dos rapazes consideravam-se acima do peso. Na nossa investigação, constituída por adolescentes provenientes maioritariamente de zona rural, também estes se mostram insatisfeitos com a perceção da sua imagem corporal.

De igual modo, na sua investigação Dias et al. (2018) procurou conhecer a satisfação com o peso atual e motivação para perda de peso em indivíduos com obesidade vinculados a unidades básicas de saúde no município de pelotas (região sul do estado do Rio Grande do sul, no Brasil) em que 92% da população total vive na zona urbana do município. Concluíram que os indivíduos obesos também apresentavam insatisfação com a sua aparência atual. Na investigação de Sobral (2013), apesar da diferença entre sexos não ser estatisticamente significativa, 41,2% dos rapazes e 47,3% das raparigas confessam o desejo em mudar algo no seu corpo. Os rapazes sentem-se melhor com o seu corpo do que as raparigas, assim como os adolescentes sem excesso de peso em relação aos que o possuem. Na perceção do peso em ambos os sexos, a maioria dos adolescentes com excesso de peso tem essa noção.

Este facto está de acordo com vários estudos nesta área que mostram haver uma associação entre insatisfação corporal e excesso de peso, o que pode acarretar graves consequências psicossociais (Carvalho et al., 2005; Israel & Ivanova, 2002; Richards et al., 1990; Rosenblum & Lewis, 1999; Santos & Baptista, 2004; Schwatz & Brownell, 2004 como referido Botelho 2013).

Felden et al. (2015) associam a elevada insatisfação com a imagem corporal à facilidade de acesso aos meios mediáticos, particularmente aos relacionados com as redes sociais, contribuindo a internet como um ativo meio sociocultural que favorece a distorção da

imagem corporal à qual os adolescentes estão frequentemente expostos, tornando-se um grupo de risco.

Sabe-se que a perceção e satisfação com a imagem corporal são fatores valorizados na autoaceitação do adolescente. Estas podem criar atitudes desajustadas que deterioram o seu crescimento, comprometendo assim a saúde do indivíduo. A investigação levada a cabo por Marques et al. (2016), onde procuram avaliar satisfação com imagem corporal num grupo de 323 adolescentes através da escala de silhuetas de *Stunkard*, demonstraram uma incidência de insatisfação com a imagem corporal mais prevalente nos adolescentes com baixo peso (100%), obesidade (78,6%) e excesso de peso (77,4%). Os rapazes geralmente estavam insatisfeitos por baixo peso, enquanto as raparigas estavam insatisfeitas por excesso de peso.

Estes resultados levam-nos a considerar que a insatisfação com imagem corporal pode ser característica deste grupo populacional. Talvez a perspetiva sociocultural e o estigma social os influenciem na procura de estereótipos de beleza que germinem um aumento da insatisfação corporal, colocando este grupo em risco para aumento de perturbações alimentares, com eventual compromisso do bem-estar (Côrtes, Meireles, Friche, Caiaffa, & Xavier, 2013). Sabe-se que as raparigas revelam uma maior insatisfação, com preferência por corpos magros e esguios, enquanto os rapazes mostram a sua insatisfação revelando a preferência por corpos grandes e musculados (Marques, et al., 2016).

Frequentemente os obesos possuem uma desvalorização da própria imagem, ligada ao fato de sentirem que não têm uma imagem enaltecida pelos padrões de beleza socialmente impostos, sentindo-se inseguros em relação aos outros, imaginando que estes o vêm com hostilidade e menosprezo (Correia, 2003 como referido por Sampaio 2010).

Beling et al. (2012) referem ainda que a insatisfação corporal poderá funcionar como um fator desmotivante, ou seja, ao invés de motivar os indivíduos a melhorar os comportamentos relativos à modificação do peso, com a adoção de estratégias saudáveis, predispõe os mesmos a tomar atitudes prejudiciais à saúde que podem, inclusivamente, levar ao ganho ponderal.

Assim, reconhece-se a necessidade de implantação de políticas públicas e de projetos dentro e fora do âmbito escolar para combater o estereótipo de padrão de beleza e prevenir distúrbios de imagem corporal, inclusive nos adolescentes eutróficos (Almeida et al., 2018).

Tabela 11 - Distribuição dos adolescentes segundo a imagem corporal atual versus ideal

CDRS	Atual		Ideal	
	N	%	N	%
Figura 2	-	0,0	1	2,1
Figura 3	2	4,3	7	14,9
Figura 4	1	2,1	11	23,4
Figura 5	-	0,0	17	36,2
Figura 6	12	25,5	9	19,1
Figura 7	12	25,5	2	4,3
Figura 8	13	27,7	-	0,0
Figura 9	7	14,9	-	0,0
Total	47	100,0	47	100,0

5.3- CARACTERIZAÇÃO DO SEGUIMENTO EM CONSULTA DA AMOSTRA

No que concerne ao número de consultas de obesidade que os adolescentes frequentaram (tabela 12), podemos verificar que variou entre um mínimo de uma e um máximo de dez, sendo a média 3,62 ± 2,09 consultas com uma moda e mediana de três consultas.

Existem evidências de que a intervenção comportamental multidisciplinar de longo prazo é a abordagem mais eficaz para alcançar a perda de peso e outros objetivos relacionados com a saúde, sendo conhecido que as mesmas têm maior probabilidade de sucesso em crianças e adolescentes do que em adultos (Bocca, Corpeleijn, Stolk & Sauer, 2012 como referido por Fidelix et al., 2015).

O seguimento na consulta depende muito da relação profissional - adolescente. Esta deve ser empática, simétrica, horizontal e participativa, que facilite o diálogo de forma a permitir a continuidade e acompanhamento do adolescente ao logo do seu processo vital. O objetivo final é que cada adolescente aprenda a autocuidar-se dispondo de ferramentas que lhe facilitem a tomada de decisão baseada em evidência científica (Paredes, 2013). A

identificação e intervenção precoce são fundamentais e dependem do envolvimento não só de todos os profissionais de saúde como também das escolas e do empenho familiar. Considera-se o seguimento em cuidados de saúde primários adequado no obeso sem comorbilidades que atinge as metas planeadas. O seguimento no primeiro ano deve ser trimestral, cotando a evolução das medidas implementadas e favorecendo a oportunidade de esclarecer dúvidas e efetuar pequenas adaptações no estilo de vida (Silva, Ferreira, Gonçalves & Cavaco, 2012).

O acompanhamento do adolescente com qualidade na consulta é um desafio para qualquer profissional de saúde. O cansaço, a desmotivação, a sobrecarga de trabalho, atitudes moralistas podem complicar a entrevista, dificultando o processo de vinculo empático e comunicacional (Paredes, 2013). O autor acrescenta ainda que o trabalho com adolescentes tem sempre que contemplar o projeto de vida do mesmo, considerando as suas expetativas e o seu grau de autonomia.

Tabela 12 - Estatística descritiva referente ao número de consultas de obesidade frequentadas pelos adolescentes

	$\overline{X}$	DP	Mo	Md	Mín.	Máx.	CV
Número de consultas	3,62	2,09	3	3	1	10	57,73%

5.4- CARACTERIZAÇÃO DA MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO DA AMOSTRA

Quanto à motivação para a mudança de comportamento nos adolescentes em estudo (avaliado pela escala URICA), a tabela 13 permite-nos observar os valores médios obtidos para as quatro dimensões (pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção).

Todas as dimensões têm o mesmo número de itens (oito), assim a dimensão "pré-contemplação" é aquela que apresenta um valor médio mais elevado ($\overline{X}$ =21,95±2,39), ou seja, os adolescentes em estudo ainda não têm consciência do comportamento problemático que precisam de mudar. Segue-se a dimensão "contemplação" ($\overline{X}$ =17,77±3,61) ligeiramente superior à linha de corte (17,5), em que, os adolescentes apesar de terem o desejo de quererem mudar, ainda não estão preparados ou sequer têm certeza de querer mudar. Na dimensão "ação" verificou-se uma média de 16,19 (±3,57),

inferior a linha de corte, ou seja, os adolescentes estão pouco motivados para mudarem efetivamente de comportamento (mudanças evidentes e concretas no seu comportamento ou a iniciar novos comportamentos). Por último, a dimensão "manutenção" com um valor 13,98 (±3,32), ou seja, muito pouco motivados para consolidar de forma sustentada o novo comportamento que atingiram durante a ação e as fases anteriores de modo a evitar lapsos e reincidências.

Resultado igual encontrou Esteves (2013), embora realizado com adultos. Quando desejou analisar as diferenças entre indivíduos participantes e não participantes de um programa para perda de peso, constatou que todos os participantes se encontravam num dos dois primeiros estádios de mudança, e na larga maioria (85%) no estadio de pré-contemplação.

Tal como os autores Leão et al. (2015) ao investigarem o estadio motivacional (através da escala URICA) em que se encontravam os pacientes com sobrepeso ou obesidade I e II, atendidos numa consulta de ambulatório de nutrição, igualmente concluíram que a maioria dos indivíduos do estudo se encontrava nos dois primeiros estadios de mudança; dos 48 avaliados, 29,2% encontravam-se em pré-contemplação, 41,7%, em contemplação. Usando o mesmo instrumento de avaliação, a investigação levada a cabo por Veiga et al. (2011) procurou mostrar quais os estadios motivacionais de indivíduos atendidos num núcleo de apoio à saúde da família, verificando que a maioria dos indivíduos de ambos os sexos se encontravam no estadio motivacional de contemplação: chegam a considerar a necessidade de mudança, mas há dificuldades na adesão do plano de mudança comportamental, o que impossibilita que esta prática seja incorporada nas suas rotinas.

Embora a procura pelo tratamento seja uma característica do estadio de ação (Prochaska, et al. 2013) a maioria dos indivíduos deste estudo encontra-se no estadio de pré-contemplação. Estes resultados sugerem que a maioria dos indivíduos da nossa amostra frequenta a consulta por motivos extrínsecos a si, como eventualmente a pressão de outros e não por motivação intrínseca, que surge do próprio individuo, que envolve os seus desejos e metas (Toral & Slater, 2007).

Mendes et al. (2014) desenvolveram um trabalho com uma amostra de adolescentes de idêntica faixa etária, usando os mesmos critérios de inclusão quanto ao peso, ou seja, indivíduos com IMC acima dos níveis recomendados, embora com objetivo diferente do presente estudo. Nesse estudo verificaram-se resultados completamente distintos do

nosso, ou seja 16.6% dos participantes encontrava-se em estado de pré-contemplação, 27,5% na fase contemplação, 13% ação e 43% na fase manutenção. Estes resultados poderão estar relacionados com o fato de quase metade dos participantes do estudo ser fisicamente ativo, revelando uma prática de exercício consolidada no tempo. Na bibliografia consultada foram encontrados estudos que usaram diferentes escalas e metodologias para determinar os estadios de mudança.

Os resultados deste estudo não são, portanto concordante com os de Wee, Davis & Phillips (2005) que embora sejam referentes a uma amostra de adultos demostram que 72% dos pacientes com pré-obesidade e obesidade acompanhados em cuidados de saúde primários situavam-se nos estágios de ação ou manutenção para perda de peso. Além disso, 47% dos indivíduos com pré-obesidade e obesidade estavam simultaneamente num desses estágios avançados para perda de peso e melhorar a dieta e o exercício. Os autores justificam a diferença dos achados porque a identificação do estadio de mudança assim como os dados colhidos foram obtidos através do autorrelato, podendo originar uma provável superestimação se considerarmos que os indivíduos tendem a ser otimistas em relação aos seus comportamentos e intenções.

Assim, os estudos supramencionados permitem-nos referir que tanto na adolescência como na idade adulta os resultados relativos ao estadio motivacional devem ser obtidos através de instrumentos validados para a população em questão. Estes evidenciam ainda que intervenções que promovam a motivação devem ser consideradas para obter adesão a comportamentos de saúde, nomeadamente uma maior adesão a programas para perda e controlo de excesso de peso.

Tabela 13 - Estatísticas descritivas dos resultados da escala motivação para a mudança de comportamento nos adolescentes (URICA)

URICA	$\overline{X}$	DP	Mínimo Observado	Máximo Observado	Mínimo Possível	Máximo Possível
Pré-contemplação	21,95	2,39	16	24	8	27
Contemplação	17,77	3,61	8	24	8	27
Ação	16,19	3,57	9	24	8	27
Manutenção	13,98	3,32	8	23	8	27

5.5- RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS DO ESTUDO

Procedemos à verificação da validade das questões de investigação, associando algumas das variáveis em estudo, à nossa variável endógena. Assim, procuramos verificar a relação entre a motivação para a mudança de comportamento dos adolescentes (avaliado pela escala URICA) e as variáveis sociodemográficas (idade, género e meio de residência)**.**

Ao relacionarmos a motivação para a mudança de comportamento nos adolescentes, com a sua idade (Tabela 14), (correlação de *Pearson*), em termos globais, observa-se uma tendência para a idade se correlacionar positivamente com a motivação para a mudança de comportamento. Quando fazemos a análise por dimensões: verificamos que a correlação é estatisticamente significativa nas dimensões "pré-contemplação" ($r=0,289$; $p=0,049$) e "contemplação" ($r=0,321$; $p=0,028$).

Ou seja, estes resultados apontam para que sejam os adolescentes mais velhos que ainda não iniciaram mudanças nos seus comportamentos, pois encontram-se nos estadios de pré-contemplação e contemplação, que estão mais motivados para mudanças nos seus comportamentos relacionados com o seu excesso de peso. Esta relação é mais significativa nos adolescentes que se encontram na fase de contemplação.

Resultado contrário à presente investigação encontrou Fidelix et al. (2015) no seu estudo, onde procurou identificar os fatores biológicos e psicossociais associados à desistência de uma intervenção multidisciplinar comportamental em adolescentes obesos num grupo de adolescentes com média de idades similar ao nosso estudo. Constatou que os adolescentes mais velhos foram os que apresentaram menor motivação para se envolverem em qualquer processo de mudança.

Os autores procuraram sustentar este resultado há luz da Teoria do Controle Social, que afirma que os adolescentes mais jovens normalmente são acompanhados pelos pais, o que pode influenciar as suas decisões, já que muitas vezes se sentem inclinados a agir de forma que os agrade (Wright & Cullen 2006, como referido por Fidelix et al., 2015).

Areste et al. (2013) defendem que é por volta dos 15-16 anos que o adolescente assume o conceito de pessoa autónoma, na tomada de decisão relacionada com a sua saúde, capaz de tomar as suas próprias decisões baseadas nas crenças individuais e em conformidade com o seu ciclo vital. Esta característica permite-lhes assumir um papel mais ativo na tomada de decisão. Desta forma o adolescente a partir desta idade apresenta já

competências que lhe facilitam a utilização de um raciocínio lógico, o que lhe possibilita ter uma maior facilidade em ponderar risco/ beneficio que as faixas etárias mais jovens, isto porque adolescentes mais jovens, tendem a aceitar a informação sem questionar a origem da fonte.

Assim, conforme está descrito pelos autores atrás referidos, será natural que os adolescentes mais velhos da nossa amostra que se encontram na fase de contemplação apresentem maior motivação para a mudança. Se estes forem reconhecidos como indivíduos mais informados, provavelmente a maioria chega a ponderar a necessidade de mudança, embora apresentem dificuldades na adesão de um plano comportamental de mudança, impossibilitando que esta prática possa ser implementada na sua rotina. De acordo com os autores do MTT, nesta fase os indivíduos estarão a iniciar alguns dos processos cognitivos tais como tomada de consciência, libertação social e até mesmo auto-reavaliação, nesta fase a motivação para mudar aumenta, o compromisso poderá ser mais forte e a pessoa intensifica competência para se libertar do problema.

No entanto, Mendes et al. (2014) no seu estudo onde utilizaram a versão traduzida e adaptada para a realidade portuguesa do *Stages of Change - Short Form* (SOC-SF) verificaram que a relação entre os estadios de mudança e a idade dos alunos não era estatisticamente significativa ($\chi 2$ [6, 193] = 6.78, p =34). Porém no seu estudo contrariamente ao nosso, parecia existir uma tendência para os adolescentes mais jovens se situarem no estadio de motivação manutenção. Todavia também, Assis e Nahas (1999) num estudo onde procuraram conhecer fatores relacionados com adesão e motivação de indivíduos que aderem a programas de intervenção alimentar com vista a mudança comportamental, referem que os estágios motivacionais não foram afetados nem pela escolaridade, nem pela idade.

Assim, os estudos supramencionados argumentam que poderão existir outros fatores que melhor influenciarão a falta de motivação para a mudança tais como hábitos alimentares, fatores culturais, psicológicos, socioeconómicos, que envolvem o ambiente das pessoas.

Tabela 14 - Coeficiente de Correlação de Pearson entre a motivação para a mudança de comportamento e a idade dos adolescentes

Motivação mudança comportamento	r	p
Pré-contemplação	0,289	0,049
Contemplação	0,321	0,028
Ação	0,215	0,147
Manutenção	0,263	0,074

No estudo da relação entre a motivação para a mudança de comportamento e o género dos adolescentes em estudo (Tabela 15), podemos verificar que as raparigas obtiveram médias de motivação mais elevadas do que os seus pares rapazes em todas as dimensões (contemplação, ação e manutenção), excetuando na dimensão "pré-contemplação". Contudo, devemos salientar uma grande homogeneidade nos valores médios obtidos para ambos os grupos. Com o intuito de verificar se as diferenças encontradas são estatisticamente significativas, utilizamos o teste t de *student* para amostras independentes. Como os valores de "p" são sempre superiores ao nível significância fixado (α=0,05), consideramos desta forma que não existe diferença estatisticamente significativa na motivação para a mudança de comportamento consoante o género.

Também Mendes (2016) na sua investigação onde procura conhecer a satisfação dos jovens com o seu corpo e a sua vida, certificou que as raparigas apresentaram valores diferentes de motivação. Estas parecem estar mais motivadas nomeadamente para a prática de exercício físico, o que aponta para uma maior motivação para se manterem com um peso adequado relativamente aos rapazes. Outro resultado bastante distinto foi o facto de encontrarem mais raparigas do que rapazes em estado de pré-contemplação e contemplação. Resultado este também diferente, já que no presente estudo o estadio de pré-contemplação está mais associado aos rapazes.

O resultado encontrado neste estudo aponta para a imutabilidade de diferenças entre a motivação para a mudança de comportamento consoante o género. Este resultado pode ser explanado se considerarmos que mais recentemente rapazes e raparigas começam a atribuir importância semelhante relativamente à aparência física, a internalizar os estereótipos sociais de beleza e a "Sofrer" as mesmas pressões para terem uma

determinada aparência com um aumento da preocupação pelo "corpo ideal" (Barbosa, 2008; Sampaio, 2010).

Tabela 15 - Resultado da aplicação do teste t de student para amostras independentes, ao género e a motivação para a mudança de comportamento dos adolescentes

URICA	Feminino (n=33)		Masculino (n=14)		t	p
	$\bar{x}$	DP	$\bar{x}$	DP		
Pré-contemplação	21,91	2,54	22,07	2,06	-0,211	0,834
Contemplação	18,21	3,50	16,71	3,77	1,312	0,196
Ação	16,55	3,40	15,36	3,93	1,046	0,301
Manutenção	14,24	3,21	13,35	3,61	0,833	0,409

Cruzando a informação referente ao local de habitação dos adolescentes e a motivação para a mudança de comportamento (Tabela 16), observa-se que os adolescentes que vivem numa vila apresentam o valor médio de motivação mais elevado para todas as dimensões. A fim de verificarmos se essas diferenças são estatisticamente significativas, utilizando o teste Anova, constatamos a inexistência de diferenças significativas, uma vez que o valor de "p" é muito superior ao nível de significância fixada (α =0,05); logo rejeitamos que o local de residência dos adolescentes tenha poder explicativo sobre a sua motivação para a mudança de comportamento.

Sobral (2013), apesar de reconhecera influência do exercício no controlo do peso, explica que as condições do local de residência e o clima podem também influenciara prática de atividade física, tornando os indivíduos mais ou menos ativos.

Admitindo que a nossa amostra é constituída maioritariamente por adolescentes do género feminino provenientes de meio rural e atendendo á bibliografia consultada, estes podem apresentar menos recursos disponíveis para se tornarem mais ativos, fator predito para o excesso de peso. Também seria de esperar que o grupo de adolescentes que constitui a nossa amostra fossem menos ativos, o que poderia justificar níveis de motivação inferiores. No entanto na nossa amostra, apesar de não se concluir que a motivação é influenciada pelo local de residência, depreende-se que os indivíduos que pertencem ao meio rural, aparentemente apresentam mais motivação para a mudança.

Desta forma conclui-se que a motivação do adolescente não se correlaciona com o género nem com local de residência. Os resultados apontam uma tendência para a idade se correlacionar positivamente com a motivação para a mudança de comportamento. Sendo a correlação estatisticamente significativa nas dimensões "pré-contemplação" e "contemplação".

Tabela 16 - Resultado da aplicação do teste de análise de variância Anova, relativamente a motivação para a mudança de comportamento e local de residência

URICA	Aldeia (n=19)		Vila (n=18)		Cidade (n=10)		t	p
	$\bar{x}$	DP	$\bar{x}$	DP	$\bar{x}$	DP		
Pré-contemplação	22,00	2,40	21,89	2,63	22,00	2,11	0,012	0,989
Contemplação	17,32	3,27	18,94	3,65	16,50	3,87	1,784	0,180
Ação	15,79	2,70	16,72	3,83	16,00	4,67	0,325	0,725
Manutenção	14,32	2,29	14,56	3,58	12,30	4,19	1,698	0,195

Quando relacionamos a motivação para a mudança de comportamento dos adolescentes da amostra e o seu percentil IMC (Tabela 17), é possível verificar que, os adolescentes que têm obesidade apresentam valores médios mais elevados nas dimensões "pré-contemplação" e "contemplação" e por outro lado, os adolescentes com pré-obesidade apresentem valores mais elevados em relação a "ação" e "manutenção". Para verificar se essas diferenças são estatisticamente significativas, aplicámos o teste t de *Student* para diferença de médias, com grupos independentes, o que nos permitiu concluir que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($p>0,05$).

A escassez de estudos que avaliem a motivação de adolescentes de acordo com o seu estado nutricional, levou-nos a comparar os resultados do presente estudo com outros estudos realizados em adultos nos Estados Unidos. Wee et al. (2005) verificaram que uma elevada percentagem de indivíduos com excesso de peso seguidos numa consulta, já se encontravam nos estágios "preparação", "ação" e "manutenção" para a perda de peso. Os mesmos autores referiram que a consciencialização de que seu peso elevado representava um sério risco para a saúde foi um fator determinante destes resultados. Mais de 50% dos indivíduos com excesso de peso envolvidos naquele estudo foram classificados nos estágios "preparação" e "ação".

Os resultados encontrados no presente estudo estimam que os adolescentes com valores de IMC mais baixos (25-29,9 kg/m2), apresentem valores médios de motivação para a mudança nas fases de ação e manutenção ligeiramente mais elevados do que os adolescentes em situação de obesidade. Estes resultados permitem-nos perceber que estes não só visualizam melhor o seu problema, como mais facilmente se envolvem numa tentativa de procura de resolução do seu problema, mostrando vontade em trabalhar para a mudança.

Este resultado parece-nos natural, já que os adolescentes com IMC mais elevado tendem a desvalorizar a importância da aparência, ou talvez se incluam nos pré-contempladores crónicos que visualizam a mudança muito longe. Também Sampaio (2010), no estudo desenvolvido identificou que nos mais velhos que já apresentam pré-obesidade ou obesidade, os hábitos já estarão instalados o que levará a uma maior dificuldade em mudá-los. Estes resultados estão bem descritos pelos autores Prochaska et al. (2013, p. 75), que nos descrevem que "os problemas são quase sempre tratados de uma forma mais eficiente quando são menos severos do que quando são mais, e quando são de mais curta duração do que de longa. Quanto mais tempo a pessoa espera para mudar, mais difícil se torna". Acreditamos que no caso dos indivíduos obesos, as alterações na imagem corporal possam ser mais longínquas, levando à desmotivação. A literatura sugere que os indivíduos com doenças crônicas, inclusive obesidade, apresentam uma adesão mais baixa ao tratamento, já que as terapias, muitas vezes complexas, requerem dedicação e acompanhamento contínuo (Fidelix, et al., 2015).

Grave, Calugi, Centis, Ghoch & Marchesini (2011) como referido por Fidelix (2015), apontam alguns fatores preditores de desmotivação tais como expectativas pouco realistas associadas a um maior nível de desânimo e, consequentemente, desistência do tratamento, sexo feminino, indivíduos com IMC mais alto, pacientes que reportam tentativas anteriores de perda de peso e faixas etárias mais jovens. Alguns destes preditores também foram encontrados na nossa investigação.

Sabe-se que um IMC acima ou abaixo da normalidade é um preditor do estado de saúde mental independente de morbidades físicas, porque foi demonstrado uma forte associação entre IMC, depressão e ansiedade (Zhao et al., 2009).

Hintze et al. (2012) num estudo idêntico ao nosso, com semelhantes critérios de inclusão, parecem ter encontrado resultados diferentes com os adolescentes com maior grau de excesso de peso a situarem-se no estadio "ação". Contrariamente, no nosso trabalho, os

que apresentam maior grau de excesso de peso (obesidade), situam-se nos primeiros estadios de mudança, o que revela negação do problema ou grande ambivalência relativamente ao mesmo.

Tabela 17 - Resultado da aplicação do teste t de *student* para amostras independentes, ao percentil de IMC e a motivação para a mudança de comportamento dos adolescentes

URICA	Pré-Obesidade (n=23)		Obesidade (n=24)		t	p
	$\bar{x}$	DP	$\bar{x}$	DP		
Pré-contemplação	21,87	2,34	22,04	2,48	-0,245	0,808
Contemplação	17,43	3,65	18,08	3,61	-0,612	0,544
Ação	16,39	3,56	16,00	3,64	0,372	0,711
Manutenção	14,30	3,28	13,67	3,40	0,654	0,516

Para verificar se existe correlação entre a motivação para a mudança de comportamento dos adolescentese a perceção da sua imagem corporal (aparência atual versus aparência ideal), utilizamos o coeficiente de correlação de *Spearman* (Tabela 18). Assim, verificamos uma tendência para uma correlação positiva da motivação para a mudança com a perceção da imagem corporal atual, ou seja, quanto maior a perceção da imagem corporal atual com uma silhueta mais volumosa, maior a motivação. Por outro lado, no que diz respeito á imagem corporal ideal, verificamos uma tendência para uma correlação negativa com a motivação para a mudança de comportamento dos adolescentes, ou seja há uma tendencia para a motivação dos adolescentes aumentar com a idealização de silhuetas corporais mais magras. Contudo em ambas as situações o valor de p determinado foi muito superior ao nível de significância estabelecido (α =0,05), pelo que concluímos que a correlação encontrada não é significativa ou, por outras palavras, a perceção da imagem corporal (aparência atual versus aparência ideal) não tem poder explicativo sobre a motivação para a mudança de comportamento destes adolescentes.

Alguns autores ressaltam a importância de avaliação da perceção da imagem corporal simultaneamente à avaliação do IMC, uma vez que, mais importante do que ser-se obeso, ou pertencer a uma determinada categoria ou classificação, é a representação que as pessoas têm do próprio corpo e peso (Barbosa, 2008; Sousa, 2008).

Sampaio (2010) encontrou um efeito significativo do IMC sobre a "Satisfação com o corpo", sendo os adolescentes com pré-obesidade e obesidade que mais se mostraram insatisfeitos com o seu corpo.

No entanto, Beling, et al. (2012), explicam que a insatisfação corporal, ao invés de motivar os indivíduos a melhorar os comportamentos relativos à modificação do peso, com a adoção de estratégias saudáveis, predispõe os mesmos a tomar atitudes prejudiciais à saúde que podem, inclusivamente, levar ao ganho ponderal

Na adolescência, paralelamente ao período de aceleração do crescimento e de mudanças corporais, podem ocorrer comportamentos de contestação que tornam o indivíduo vulnerável a preocupações ligadas ao corpo e à aparência. E quanto mais o corpo real se afasta do corpo perfeito, maior será a probabilidade de conflito e de baixa autoestima, o que pode exacerbar a insatisfação com o próprio corpo e motivar possíveis transtornos alimentares específicos (Aerts, Chinazzo, Santos & Oserow, 2011 referido por Almeida et al., 2018).

No presente estudo verificamos que a maioria dos adolescentes (68,1%) identifica a sua aparência atual como igual ou superior à figura 7 (silhueta mais volumosa), e apenas 4,3% a identificam como aparência ideal. Por outro lado, 40,4% dos adolescentes identifica a figura 4 (silhueta menos volumosa) como aparência ideal. Estes resultados mostram claramente uma insatisfação com a perceção da imagem corporal. Estes dados são semelhantes aos encontrados na literatura (Marques et al. 2016; Medeiros, 2014; Sobral, 2013), que apontam para uma tendência de insatisfação com a imagem corporal por parte dos adolescentes, os quais desejam formas corporais mais magras. No entanto, os resultados encontrados não são estatisticamente significativos que nos permitam afirmar que esta perceção da insatisfação com imagem corporal se correlacione positivamente com a motivação para a mudança de comportamento. Poderá haver outros fatores que justificam melhor a motivação para a mudança.

Apesar de não haver confirmação estatística, a tendência mostrada leva-nos a crer que os adolescentes do presente estudo apresentam uma maior motivação para a mudança relativamente á sua aparência atual do que relativamente á sua aparência ideal. Talvez porque se tornaram contempladores crónicos, tal como os designou Prochaska et al. (2013). Os contempladores crónicos com frequência começam a substituir a ação pelo pensamento, mantendo-se durante anos sucessivos a dizer a si próprias que um dia vão mudar, isto porque é muito mais fácil desejar a mudança do que trabalhar para ela.

Tabela 18 - Coeficiente de Correlação de *Pearson* entre a motivação para a mudança de comportamento e a perceção da imagem corporal (aparência atual versus aparência ideal) dos adolescentes

Motivação mudança comportamento	CDRS actual		CDRS ideal	
	r	p	r	p
Pré-contemplação	0,199	0,180	0,051	0,735
Contemplação	0,050	0,736	-0,187	0,208
Ação	0,108	0,471	-0,001	0,996
Manutenção	0,138	0,355	-0,122	0,414

Por último, tentamos perceber a relação entre a motivação para a mudança de comportamento dos adolescentes e o número de consultas de obesidade frequentadas

Para verificar se existe correlação entre a motivação para a mudança de comportamento dos adolescentes e o número de consultas de obesidade frequentadas, utilizamos o coeficiente de correlação de Pearson (Tabela 19), tendo verificado que existe uma correlação positiva nas dimensões "contemplação" e "ação". Nas dimensões "pré-contemplação" e "manutenção" a correlação é negativa, ou seja, na contemplação (r= -0,042; p=0,776) e na manutenção (r= -0,189; p=0,0203). Contudo apenas a correlação da dimensão "ação" (r=0,289; p=0,049) é estatisticamente significativa. Estes resultados permitem-nos concluir que à medida que aumenta o número de consultas dos adolescentes que se encontram na fase de mudança "ação", estes tendem a evidenciar uma maior motivação para mudanças evidentes e concretas no seu comportamento, ou para iniciar novos comportamentos (ação).

Desenvolver a motivação neste grupo etário pode tornar-se uma utopia, se considerarmos as diferenças individuais características do grupo, estado de maturação, classe social, etnia, estado nutricional, etc. Porém todos os adolescentes têm algo em comum: estão a viver o que o Peter Boss designa de período de "individuação", ou seja, processo de individualização pelo qual o individuo chega ao autoconhecimento (Paredes, 2013).

Estas características especificas podem dificultar a proximidade com o mesmo, reconhecendo-os como imprevisíveis, impulsivos e divertidos. A experiência reforça a ideia de que não são todos os profissionais que têm perfil para trabalhar com esta etapa

do ciclo vital, é necessário criatividade e "jogo de cintura" para manusear a espontaneidade deles (Boff, 2017). Por isso, para que esta relação funcione não basta que o profissional de saúde apresente competências técnicas e científicas. É fundamental que este seja dotado de alguma vocação, atitude e uma certo desejo de trabalhar com estes indivíduos com características tão específicas que requerem respostas concretas num momento crucial durante o qual vão elaborando as suas funções da adolescência: identidade, autonomia, sexualidade responsável, vocação e o seu projeto de vida (Paredes, 2013).

Desta forma, tão importante quanto dominar uma técnica de intervenção, é desenvolver vínculo para um trabalho consistente (Boff et al., 2018). A *Society for adolescente Medicine*, enumera algumas características específicas dos profissionais que podem proporcionar mais adesão/ motivação por parte deste grupo de indivíduos, tais como: disponibilidade, visibilidade, qualidade, confidencialidade, satisfação, flexibilidade e coordenação (Paredes, 2013).

À medida que o número de consultas aumenta e a relação de confiança profissional/adolescente se consolida, os adolescentes vão sentindo que estão a ser compreendidos e respeitados. Este fato pode justificar o aumento da sua motivação.

A baixa motivação para a mudança é preditiva do abandono dos objetivos e do tratamento (Boff, 2017). Por esta razão, cada vez surgem mais estudos no sentido de demonstrar o benefício de um acompanhamento a curto e a longo prazo de algumas intervenções que combinam dieta, exercício físico e programas multidisciplinares na mudança de comportamento. Isto porque uma intervenção bem-sucedida em indivíduos que se apresentam com pré-obesidade pode contribuir para confinar a progressão dos indivíduos para estados mais graves de excesso de peso, reduzindo a ocorrência de comorbilidades e a mortalidade precoce (DGS, 2017).

A investigação levada a cabo por Marcos et al. (2014), cujo objetivo era determinar se uma intervenção de motivação de grupo no tratamento de excesso de peso e obesidade, por profissionais de enfermagem treinados por psicólogos especialistas, além da intervenção normal, seria mais eficaz do que somente esta última em relação à redução percentual peso e na persistência ao longo do tempo da redução alcançada, mostrou-nos que o grupo onde foi utilizado intervenção motivacional apresentava uma redução maior do peso do que o grupo de controle.

De igual modo Boff et al. (2018) demonstraram a importância de um trabalho interdisciplinar/ acompanhamento através de estratégias de motivação que orientem as diferentes práticas. Resultados idênticos são testemunhados por Filgueiras e Sawaya (2018) no seu estudo onde procuraram testar uma intervenção multidisciplinar e motivacional para o tratamento de adolescentes obesos brasileiros. No início da intervenção, cerca de 70% dos participantes estavam no estágio de pré-contemplação e após seis meses, sujeitos a uma intervenção multidisciplinar, 60% deles mudaram para a fase de ação. Estes resultados mostram claramente que um acompanhamento profissional regular pode aumentar o nível de motivação. No entanto, também é sabido que este acompanhamento na consulta produz resultados mais ou menos visíveis se se tiver em consideração o estadio motivacional em que cada adolescente se encontra, por forma a adequar as estratégias motivacionais. Por isso, muitos estudos que incluíram estratégias de mudança de estilo de vida e atividade física, sem recorrerem a uma abordagem multidisciplinar ou intervenção motivacional sistemática, mostraram taxas entre 30 e 60% de desistência nos primeiros seis meses de tratamento (Filgueiras & Sawaya, 2018).

Também Cordero et al. (2015), acrescentam, que nas intervenções de curta duração é notório uma redução considerável do IMC durante o período em que decorre o estudo, no entanto depois aumenta de forma rápida e chega a atingir níveis até superiores. Os autores mencionam que o tipo de ações mais eficazes são as que promovem um acompanhamento de natureza multidisciplinar com uma duração superior a um ano.

Os resultados do presente estudo relativamente à correlação positiva da dimensão "ação" ($r=0,289$; $p=0,049$) patenteiam a eficácia do acompanhamento destes indivíduos neste estadio motivacional caracterizado por mudanças visíveis que reforçam e enfatizam as vantagens da adoção de um estilo de vida mais saudável. Pensa-se que apenas neste estadio se verifica uma correlação fortemente positiva relativamente ao número de consultas, porque talvez as intervenções motivacionais que estão a ser usadas sejam mais adequadas a este estadio de mudança do que aos restantes.

Relativamente à dimensão pré-contemplação, a correlação é negativa. Pela literatura consultada, sabemos que os indivíduos nesta fase apresentam, em muitos casos, elevada resistência à mudança, não estando por isso recetivos à ajuda, porque não conseguem visualizar nenhum problema, Prochaska et al. (2013, p.75), teorizam: "podem as pessoas terem problemas, se não tiverem a consciência deles?" Numa primeira abordagem o autor

defende mesmo que a prioridade será perceber se determinado comportamento é um problema ou uma preferência.

Deste modo é espetável que o aumento do número de consultas não aumente o nível de motivação nestes indivíduos. Esta consideração permite-nos perceber a razão pela qual indivíduos que frequentem várias consultas, não apresentem aumento da motivação. Especula-se que as estratégias motivacionais usadas não estejam adequadas a este estadio motivacional.

Relativamente ao estadio manutenção, sabe-se que manter-se focado num objetivo pode ser uma tarefa difícil. Muller (2001) referido por Nogueira e Zanbom (2013), também descrevem que apenas 5% dos adolescentes que perdem peso conseguem mantê-lo após cinco anos de tratamento, justificando uma das dificuldades do acompanhamento. De igual modo Wee et al. (2005) lembram que a manutenção dos resultados desejados, como a perda de peso sustentada, requer intervenção e tratamento contínuos.

Todas as etapas de mudança requerem uma série de tarefas, uma certa dose de energia e dedicação, por isso todas são importantes. Não menos importante do que ação é a fase de manutenção. Após uma mudança de sucesso segue-se esta fase de mudança sustentada ao longo do tempo, não durante meses, nem anos, mas uma vida inteira. É mais um período de mudança comprometido e ativo, que requer que se aprenda novos métodos para lidar com situação (Prochaska et al., 2013).

Os autores descrevem como exemplo, o facto de muitas dietas terem êxito a curto prazo, mas a taxa de sucesso a longo prazo ser baixa. Consideram-se assim como casos de ação sem manutenção. O objetivo final desta fase seria conseguir uma mudança permanente que integrasse a personalidade do individuo.

Chegado o estadio de manutenção, após longo percurso e tornando-se visíveis as mudanças efetuadas, os profissionais de saúde tendem a espaçar a periodicidade das consultas como forma de atribuir alguma responsabilidade aos indivíduos, no entanto Prochaska et al. (2013), ressaltam que autoconfiança faz baixar a vigilância de uma forma fácil e natural e a tolerância pode instalar-se, podendo ocorrer uma diminuição da motivação.

Tabela 19 - Coeficiente de Correlação de Pearson entre a motivação para a mudança de comportamento e o número de consultas de obesidade frequentadas pelos adolescentes

Motivação mudança comportamento	R	p
Pré-contemplação	-0,043	0,776
Contemplação	0,014	0,927
Ação	0,289	0,049
Manutenção	-0,189	0,203

CONCLUSÃO

A adolescência é vista como um estadio do ciclo de vida caracterizado por intensas mudanças biopsicossociais (Lima et al., 2017). Nesta etapa, há uma transição para a autonomia em relação aos adultos significativos, busca-se a definição da identidade pessoal, aprofundam-se as relações com os pares, reforçam-se os interesses intelectuais e procura-se um sentido de pertença social (Sampaio, 2010)**.** Caracteriza-se ainda por novas aprendizagens e despiques, em que novos hábitos são adotados num contexto de emancipação individual. Este é considerado um dos períodos mais críticos em termos de estruturação da identidade no que concerne especialmente às crenças, barreiras e hábitos (Srinthall & Collins, 1988 como referido por Quaresma, 2014).

Face ao crescimento exponencial de excesso de peso na adolescência, este deve constituir-se como principal foco de atenção pelo facto de ser considerado a doença crónica mais comum em idade pediátrica, com um forte impacto psicossocial no adolescente, contribuindo para a agudização de outras questões, tais como as relacionadas com a imagem corporal que são fulcrais nesta idade (DGS, 2004).

É conhecida a dificuldade em motivar os adolescentes para o tratamento/controle do excesso de peso, uma vez que na sua generalidade, apresentam índices reduzidos de motivação intrínseca (Sousa, 2014). Por outro lado, é evidente o sucesso limitado das intervenções tradicionais neste grupo etário, o que enfatiza a necessidade de recorrer a estratégias mais criativas, interativas e dinâmicas que incentivem e potenciem a mudança comportamental e a adesão ao plano terapêutico.

Considerarmos que a motivação interna pode ser influenciada externamente, leva-nos a crer que atuar sobre a mesma pode ser a pedra angular no sucesso para uma abordagem terapêutica, junto dos adolescentes com excesso de peso/obesidade. Com este estudo procuramos investigar a influência dos estadios motivacionais na mudança de comportamento dos adolescentes com excesso de peso, seguidos na consulta externa de obesidade de um hospital distrital da zona centro, fundamentado no MTT de Prochaska et al., (2013).

O MTT é um modelo utilizado por profissionais em todo o mundo e sugerido pela DGS (2017) para otimização da abordagem terapêutica no excesso de peso/obesidade.

Tal como refere Prochaska et al. (2013) este modelo procura compreender todos aqueles que enfrentam uma situação de mudança comportamental, revelando as suas características físicas, sociais e principalmente psicológicas específicas para cada um dos estadios de mudança. O modelo pode ajudar indivíduos que se encontram em qualquer etapa de um comportamento problemático, acreditando que os indivíduos modificam comportamentos de forma gradual e contínua, podendo partir da completa falta de consciência da necessidade de mudança, a tomar a decisão de mudar e exercitar a nova conduta até se tornar um hábito.

Este modelo, estudado para 15 situações problemáticas e bastante utilizado e desenvolvido em outras partes do mundo, começa a ter alguma expressão em Portugal, principalmente no tratamento de alguns comportamentos ligados a consumos de substâncias psicoactivas. No entanto a sua utilização junto do grupo etário que constitui a amostra deste estudo ainda é rara em Portugal. A sua utilização neste grupo não só poderá ser altamente benéfica, como constitui um verdadeiro desafio, se consideramos as particularidades deste grupo já descritas durante a fundamentação teórica deste estudo.

A relação terapêutica e a interação dos profissionais de saúde com os indivíduos é, para os autores do MTT, um importante aspeto do contexto externo de mudança. Um dos pressupostos é não confrontar a resistência dos adolescentes relativamente à mudança, respeitar a autonomia e evidenciar os motivadores intrínsecos (motivos da própria pessoa em desempenhar determinado comportamento, o que a torna autónoma na sua ação de mudança) (Boff ,2017).

Dos adolescentes estudados, houve prevalência do sexo feminino, provenientes maioritariamente de meio rural e uma idade média de 15,51 anos. Na avaliação da corpulência segundo o IMC, houve maior prevalência de obesidade, seguido de pré-obesidade. Diante disso, a maioria dos adolescentes apresentaram insatisfação com a aparência corporal atual e preferência por silhuetas mais magras. Constatou-se que o grupo que constitui a amostra apresenta uma média de 3,62 consultas de seguimento. Relativamente à motivação para a mudança de comportamento constatou-se que a maioria se encontra no estadio “pré-contemplação”.

Os resultados da presente investigação sugerem que os adolescentes que frequentam a consulta de obesidade apresentam ainda uma motivação predominantemente baixa para a mudança do seu comportamento. A motivação é imprescindível em qualquer processo de mudança, assim como nas mudanças de comportamento relacionadas com a saúde. Estar motivado significa agir com vontade própria, concentrada na tomada de decisão intencional do indivíduo (autorresponsabilidade).

No entanto, os resultados obtidos neste estudo, não indicam que a motivação se correlacione positivamente com as variáveis; género, local de residência, IMC nem perceção da imagem corporal atual versus ideal. Por sua vez, a idade dos adolescentes correlaciona-se positivamente com a motivação para a mudança de comportamento, nomeadamente na dimensão "pré-contemplação" (p =0,049) e "contemplação" (p =0,028). Do mesmo modo também foi encontrada uma correlação positiva e estatisticamente significativa na dimensão "ação" (r=0,289; p=0,049) relativamente ao número de consultas frequentadas pelos adolescentes, isto é; à medida que aumenta o número de consultas frequentadas, os adolescentes que se encontram no estadio ação (já iniciam ativamente uma estratégia de mudança de comportamento e modificam hábitos e até mesmo ambientes) apresentam níveis de motivação mais elevados. Também Prochaska et al. (2013) refere que a relação entre estas variáveis se deve ao fato de que os indivíduos neste estadio não só terem consciência da sou problema, como trabalham para a solução, nesta fase mais notoriamente alteram comportamentos, no entanto esta é a fase que os indivíduos mais necessitam do apoio de alguém, nomeadamente do profissional de saúde.

Os autores acrescentam, "Seja qual for a origem das relações de apoio, são de importância vital durante a fase de ação e continuarão com uma influência extraordinária à medida que transforma as suas mudanças de curto prazo em revisões de longo prazo" (p. 195)

Esta afirmação explica porque é que o número de consultas é preditivo do aumento da motivação nos adolescentes que se encontram no referido estadio motivacional. Sendo a correlação mais positiva nesta fase, especula-se que abordagem terapêutica que está a ser utilizada na respetiva consulta seja mais adequada a indivíduos que se encontram na fase de ação, relativamente aos que se encontram nas restantes fases.

Com os resultados obtidos neste estudo surgiram algumas considerações para investigações futuras de modo a dar continuidade ao desenvolvimento da temática em Portugal, dado a escassez de estudos publicados. Os resultados conduziram ainda, a

recomendações de intervenções para esta população, planeadas e realizadas por equipas multidisciplinares, de modo a promover a motivação e assim demonstrar a aplicabilidade do estudo em contextos de cuidados de saúde.

Na interpretação dos resultados deste estudo devem ser consideradas algumas limitações. Os dados apresentados e discutidos foram obtidos através da aplicação de questionários aos 47 adolescentes que frequentaram a consulta de obesidade no período pré-estabelecido num Hospital Distrital da zona centro, sendo que 5 foram excluídos: um devido à idade (inferior a 14 anos), três por apresentarem o questionário indevidamente preenchido, e 1 por não apresentar consentimento informado assinado.

Assim, tendo em conta a especificidade da amostra, bem como o método de amostragem ser não probabilístico por conveniência, não existe garantia da representatividade da população e como tal, a leitura, interpretação e discussão dos dados deve ser efetuada com alguma ponderação.

Todavia, este estudo apresenta uma percentagem de adolescentes com excesso de peso/obesidade muito próximos de alguns estudos internacionais. Resultados como prevalência de excesso de peso, insatisfação com imagem corporal atual e baixa motivação para a mudança deverão ser valorizados pelos profissionais de saúde no planeamento de intervenções aos adolescentes com excesso de peso.

Estudos como este podem fortalecer evidências empíricas de que a abordagem motivacional pode potencializar intervenções multidisciplinares já existentes na abordagem ao tratamento de excesso de peso/obesidade em adolescentes através de uma qualificação mais adequada dos profissionais de saúde. Para tal é fundamental que os indivíduos saibam em que estadio de motivação se encontram quando iniciam um processo de mudança. Não menos importante será melhorar o conhecimento do adolescente relativamente às transformações corporais esperadas nesta fase. Esta autoperceção poderá contribuir como medida preventiva de distúrbios da imagem corporal (Ciampo & Ciampo, 2010).

É de salientar que amostras de maiores dimensões representam mais fielmente as caraterísticas da população e permitem validar as conclusões dos estudos (Fortin et al., 2009). No entanto, dado o reduzido número de adolescentes que frequentaram a consulta no período pré-estabelecido, não foi possível ampliar a amostra de uma forma

significativa. Considera-se, portanto, que as caraterísticas da amostra constituíram uma limitação ao estudo.

Por outro lado, a revisão bibliográfica realizada permitiu perceber que a avaliação de estadios motivacionais através de escalas validadas em adolescentes com excesso de peso/obesidade é uma temática muito estudada, mas os resultados são publicados em língua inglesa, que a autora não domina. Este facto constituiu uma limitação pois, dificultou a comparação de resultados.

Considera-se que, seria também importante explorar outras variáveis tais como: perímetro abdominal, maturação sexual e tentativa anterior de perda de peso. Segundo DGS (2017, p. 28), "avaliação adequada e a identificação precoce de uma excessiva distribuição central do tecido adiposo será particularmente relevante nos indivíduos com sobrecarga ponderal menos acentuada". Isto porque a circunferência abdominal embora não esteja diretamente relacionada com a altura dos indivíduos, correlaciona-se com a quantidade de gordura intra-abdominal, apresentando poder prognóstico para algumas morbilidades.

A informação relativa a tentativas anteriores de perda de peso pode-nos ajudar a compreender o estadio motivacional, porque é comum que indivíduos que tiveram insucesso anteriormente sejam mais desmotivados e apresentem mais dificuldade em avançar do estadio pré-contemplação. No caso da nossa investigação, onde este estadio apresentou elevada prevalência, não foi possível correlacionar esta variável porque esta informação não foi colhida.

A maturação sexual apresenta-se como uma variável mais fidedigna, quando comparada com idade cronológica, para análise do estado nutricional na adolescência. Considerando que a puberdade impulsiona várias transformações morfológicas e antropométricas, entre as quais aumento da estatura, desenvolvimento muscular e até mesmo obesidade, influenciando diretamente a avaliação nutricional nesse grupo. Nesta fase há uma assimetria na distribuição de gordura corporal com impacto imediato no estado nutricional. Adolescentes que maturam sexualmente mais tarde apresentam peso mais baixo e estatura mais elevada, quando comparados àqueles que maturaram precocemente. Desta forma, o risco de desenvolvimento de obesidade é maior nos indivíduos que atingem maior nível de maturação sexual precocemente (Frutuoso, Bovi, & Gambardella, 2011).

Outra limitação prendeu-se com o facto de não existirem estudos em Portugal que avaliem a motivação para mudança de comportamento através da escala URICA, com 3 categorias de resposta em adolescentes com excesso de peso/obesidade, o que permitiria uma melhor comparação dos resultados.

Salientamos que dadas as caraterísticas da adolescência seria interessante em futuras investigações avaliarem em particular a relação entre estadio motivacional e o estado funcional das famílias, e as intervenções mais adequadas que possam impulsionar esta população para a mudança, uma vez que a bibliografia apresenta poucos estudos que descrevam o processo de intervenção. A interseção entre estudos de efetividade e estudos qualitativos que explorem já as abordagens testadas podem consolidar modelos de intervenção facilmente aplicáveis. Devem ainda identificar os fatores de risco associados à falta de motivação e implicações desta na saúde da população em estudo.

Dada a utilidade da avaliação da motivação para a mudança de um comportamento, os profissionais de saúde têm obrigatoriamente que procurar identificar o estadio de prontidão em que indivíduos que frequentam a consulta de obesidade se encontram.

Sabendo que o MTT não é constituído apenas por estadios de mudança, os autores Prochaska et al. (2013) no seu livro "Mudar par Melhor", ajudam-nos a perceber que é fundamental saber trabalhar bem com outros fatores que funcionam como motores de mudança já descritos na fundamentação teórica desta dissertação.

Sustentamos que, dada a eficácia comprovada da aplicação do MTT na mudança de comportamentos em alguns estudos internacionais, as caraterísticas individuais de cada adolescente, o processo complexo que é a adolescência e o facto da falta de motivação ser um fenómeno multidimensional, o mesmo deveria fazer parte do programa de intervenção junto da população em estudo.

Os enfermeiros têm um papel fundamental a desempenhar no cumprimento da saúde e desafios de assistência diante das preocupações de saúde global (Richards & Borglin, 2011). Os enfermeiros possuem competências para desenvolver um trabalho privilegiado com os adolescentes com doença crónica e sua família, nomeadamente os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Destacam-se competências diferenciadas no âmbito da promoção da autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde, facilitando a comunicação expressiva de emoções; reforçando a imagem corporal positiva; identificando os estadios do processo

de mudança na adoção de comportamentos saudáveis; fomentando a tomada de decisão responsável e negoceia contrato de saúde com o adolescente (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011).

Consideramos portanto que os profissionais de saúde devem, com a finalidade de promover a motivação para a mudança de comportamento no adolescente com excesso de peso/obesidade, desenvolver conhecimentos e competências sobre esta temática e ser capazes de mobilizar todos os recursos existente no seu contexto de cuidados, planear e desenvolver medidas multidisciplinares, assim como fomentar a colaboração com uma equipa multidisciplinar que inclua enfermeiros, médicos, nutricionistas psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais que sejam considerados pertinentes.

BIBLIOGRAFIA

Afonso, N. (2014). *Vivências do adolescente em ambiente de cuidados de saúde pediátricos* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico da Escola Superior de Saúde da Guarda, Portugal.

Almeida, C., Garzella, R., Natera, C., Almeida, A., Ferraz, I., & Ciampo, L. (2018). Distorção da autopercepção de imagem corporal em adolescentes. *International Journal of Nutrology,* 11(02), 61-65.

Alves, D., Pinto, M., Alves, S., Mota, A., & Leirós, V. (2009). Cultura e imagem corporal. *Revista motricidade,* 5 (1), 1-20.

Andretta, I. (2009). *A efetividade da entrevista motivacional em adolescentes usuários de drogas que cometeram ato infracional* (Tese de Doutouramento). Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil.

Andretta, I., & Oliveira, M. D. (2005). A técnica da entrevista motivacional na adolescência. *Psicologia Clinica,* 17(2), 127-139.

Ansari, F. (2018). Impact of different socio-economic factors on obesity. *Indian Journal of Applied Research,* 8(2), 49-50.

Areste, M., Paredero, P., & Fernendez, M. (2013). El consentimento informado en adolescentes:aspectos legales. In M. Vicario, A. Romero& G. Barca, *Medicina de la adolescência: atención integral* (2ª ed., pp. 29-42). Madrid, Espanha: Ergon.

Assis, M., & Nahas, M. (1999). Aspetos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Revista Nutrição,* 12 (1),33-41.

Barbosa, R. (2008). *Contextos relacionais de desenvolvimento e vivência corporal* (Tese de Doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.

Beacham, B. L., & Deatrick, J. A. (2013). Health care autonomy in children with chronic conditions: implications for self-care and family management. Nursing Clinics, 48(2), 305-317.

Beling, M., Ferreira, M., Araújo, A., Barros, A., Beling, G., Lamounier, & J.A. (2012). Alterações na imagem corporal entre adolescentes do sexo feminino e fatores associados. *Adolescência &Saúde,* 9 (4), 11-18.

Bittencourt, S. A., Santos, P. L., & Oliveira, M. S. (2012). Análise Fatorial da URICA para Hábitos Alimentares. *Revista Psico-USF,* 17(3), 497-505.

Bittencourt, S. A. (2009). *Motivação para a mudança,adaptação e validação da escala URICA (University of Rhode Island change assessment) para o comportamento de comer compulsivo* (Tese Doutoramento). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Psicologia, Porto Alegre.

Boff, R. M. (2017). *Efeito de uma intervenção interdisciplinar baseda no modelo transteórico de mudança de comportamento em adolescentes com sobrepeso ou obesidade* (Tese Doutoramento). Escola de Humanidades Pontifícia da Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil.

Boff, R., Segalla, C., Feoli, A., Gustavo, A., & Oliveira, M. (2018). O Modelo Transteórico para auxiliar adolescentes obesos a modificar estilo de vida. *Trends in Psychology,* 26(2), 1055-1067.

Botelho, N. (2013). *Dinamização de um programa e intervenção junto de um grupo de adolescentes obesos* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação João de Deus de Lisboa, Portugal.

Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência.* Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.

Caldeira, K., Souza, J., & Souza, S. (2015). Excesso de peso e sua relação com a duração do aleitamento materno em pré-escolares. *Journal of Human Growth and Development,* 25(1), 89-96.

Cardoso, L., Engstrom, E., Leite, I., & Castro, I. (2009). Fatores socioeconômicos, demográficos, ambientais e comportamentais associados ao excesso de peso em adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Epidemiologia,* 12(3), 378-403.

Carvalho, N., Loureiro, L., & Lomba, M. (2018). Adesão ao regime medicamentoso dos adolescentes submetidos a transplante hepático: fatores motivacionais. *Adolescência & Saúde,* 15(1), 42-49.

Cash, T., & Puzinsky, T. (2002). *Cognitive-behavioral perspectives on body image.* In T. F. Cash &T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice* (pp.38-46). New York: Guilford.

Ciampo, L. A., & Ciampo, I. R. (2010). Adolescência e Imagem Corporal. *Adolescência & Saúde,* 7(4), 55-59.

Claro, H. G., Oliveira, M. A., Paglione, H. B., Soares, R. H., Okazaki, C., & Vargas, D. (2013). Estratégias e possibilidades da entrevista motivacional na adolescência: revisão integrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem,* 22(2), 543-551.

Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ,* 320(7244), 1240-3.

Conti, M., Frutuoso, M., & Gambardella, A. (2005). Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. *Revista Nurtição,* 18(4),491-497.

Cordero, M., Piñero, A., García, L., Segovia, J., Hernández, M., & López, A. (2015). Efecto rebote de los programas de intervención para reducir el sobrepeso y la obesidad de niños y adolescentes; revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria,* 32(6), 2508-2517.

Corseuil, M., Pelegrini, A., Beck, C., & Petroski, E. (2009). Prevalência de insatisfação com a imagem corporal e sua associação com inadequação nutricional em adolescentes. *Revista da Educação Física/UEM,* 20(1), 25-31.

Côrtes, M. G., Meireles, A. L., Friche, A. A., Caiaffa, W. T., & Xavier, C. C. (2013). O uso de escalas de silhuetas na avaliação da satisfação corporal de adolescentes: revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde Pública,* 29(3),427- 444.

Crone, A. E., & Dahl, R. (2012). Understanding adolescence as a period of social–affective engagement and goal flexibility. *Nature Reviews Neuroscience,* 13(9), 636-650.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating Optimal Motivation and Psychological Well-Being Across Life's Domains. *Canadian Psychology*, 49 (1), 14-23.

Dias, F. C., Ribeiro, M. M., da Costa, C. O., & Lindôso, Z. C. L. (2018). Satisfação com o peso atual e motivação para perda de peso em indivíduos com obesidade vinculados a Unidades Básicas de Saúde no município de Pelotas-RS. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento,12(76), 1015-1020.

Dias, I. (2010). Competências em Educação: conceito e significado pedagógico. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional,* 14(1), 73-78.

DiClemente, C. C. (2003). *Guilford substance abuse series. Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover.* New York: Guilford Press.

DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *The American Journal on Addictions,* 13(2),103-109.

Direção-Geral da Saúde. (2012). Saúde Infantil e Juvenil Programa Nacional. Lisboa, Portugal: Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional de combate á obesidade.* Lisboa, Portugal: Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de saúde Revisão e Extensão a 2020.* Lisboa, Portugal: Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Obesidade: Otimização da Abordagem Terapêutica no SNS*. Lisboa, Portugal: Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.* Lisboa, Portugal: Autor .

Direção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes*. Lisboa, Portugal: Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil - Circular Normativa 10/2013*. Lisboa, Portugal: Autor.

Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.* Lisboa, Portugal: Autor.

Direção Geral de Saúde. (2008). *Saúde, sexo e género: factos, representações e desafios.* Lisboa, Portugal: Autor

Enes, C. C., & Slater, B. (2010). Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes . *Revista Brasileira Epidemiologia*, 13(1), 163-171.

Erikson, E. (1972). *Identidade, juventude e crise.* Rio de Janeiro: Zahar.

Esteves, C. (2013). *Determinantes psicológicos da motivação para a mudança de hábitos alimentares em pessoas com excesso de peso* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal.

Ezzati, M. (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight,overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet,* 390 (10113), 2627-2642.

Fan, W. (2011). Social influences,school motivation and gender differences: and application the expectancy-value theory. *Educational Psychology,* 31(2), 157-175.

Faria, L. (2005). Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise psicológica*, 23(4), 361-371

Feijó, R., & Oliveira, E. (2001). Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de pediatria*, 77(2), 125-134.

Felden, E., Claumann, G., Sacomori, C., Daronco, L., Cardoso, F., & Pelegrini, A. (2015). Fatores sociodemográficos e imagem corporal em adolescentes do ensino médio. *Ciência & Saúde Coletiva,* 20(11), 3329-3337.

Felgueiras,M. S. F.(2011). *Obesidade na adolescência: a repercussão no autoconceito e o fenómeno da violência escolar (*Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa de Braga, Portugal.

Fernandes, A. (2007). *Avaliação da imagem corporal, hábitos de vida alimentares em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais,Brasil.

Fernandez, D., & Lezcano, A. (2013). Obesidad.etiopatogenia.factores de riesgo.evaluación y tratamiento. In M. Vicaro, A. Romero, & G. Barca, *Medicina de la adolescencia:atención integral* (2ª ed., pp. 425-440). Madrid, Espanha: Ergon, SA.

Ferreira, M., & Nelas, P. (2006). Adolescências...Adolescentes.Millenium, 32, 141-162.

Ferreira,T.H.S.,Farias,M.A.,Silvares,E.F.M.(2003). A construção da identidade em adolescentes: um estudo exploratório. Estudos de Psicologia, 8(1), 107-115.

Ferriani, M., Dias, T., Silva, K., & Martins, C. (2005). Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infanti*, 5(1),27-33.

Fidelix, Y., Junior, J., Prado, J., Guerra, R., Cardel, M., & Wagner, L. (2015). Intervenção multidisciplinar em adolescentes obesos: preditores de desistência. *Einstein (São Paulo)*, 13(3), 388-394.

Figueiras, M. (2017). *A relação entre Bem-estar Psicológico,Autoestima e Felicidade: Diferenças entre alunos do ensino superior privado e alunos do ensino superior público em Portugal* (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.

Figueiredo, M. (2013). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, Uma Abordagem colaborativa em enfermagem de Familia.* Loures: Lusodidacta.

Filgueiras, A., & Sawaya, A. (2018). Intervenção multidisciplinar e motivacional para tratamento de adolescentes obesos brasileiros de baixa renda: estudo piloto. *Revista Paulista de Pediatria,* 36(2), 186-191.

Filipe, J., Godinho, C., & Graça, P. (2016). Intervenções Comportamentais de Prevenção da Obesidade Infantil: Estado da Arte em Portugal. *Psychology, Community & Health,* 5(2), 170–184.

Fonseca, H. (2008). *Obesidade na Adolescência: Um contributo para a melhor compreensão dos factores psicossociais associados à obesidade e excesso de peso nos adolescentes portugueses* (Tese de Doutoramento). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal.

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação - Da concepão à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.

Fortin, M. F., Côté,J.,Filion, J. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Lisboa, Portugal: Lusodidacta.

França, S. L., Sahade, V., Nunes, M., & Adan, L. (2013). Adherence to nutritional therapy in obese adolescents; a review. *Nutrition Hospital,* 28(4), 988-998.

Francisco, R., Narciso, I., & Alarcão, M. (2012). Satisfação com a imagem corporal em adolescentes e adultos portugueses: Contributo para o processo de validação da Contour Drawing Rating Scale. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica,* 1(34), 61-88.

Frutuoso, M., Bovi, T., & Gambardella, A. (2011). Adiposidade em adolescentes e obesidade materna. *Revista de Nutrição,* 24(1), 5-15.

Gaio, V., Antunes, L., Barreto, M., Gil, A., Kyslaya, I., Namorado, S., . . . Dias, C. (2018). Prevalência de excesso de peso e de obesidade em Portugal: resultados do primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015). *Boletim EpidemiológicoObervações, 7*(22), 29-33.

Gameiro, M. (2016). *Processos e Experiências de Transição Adaptativa dos Adolescentes com Doença Onco-Hematológica Durante o Tratamento* (Tese Doutoramento). Universidade de Lisboa, Portugal.

Glauert, R., Rhodes, G., Byrne, S., Fink, B., & Grammer, K. (2009). Body dissatisfaction and the effects of perceptual exposure on body norms and ideals. *International Journal of Eating Disorders,* 42(5), 443-45.

Gomes, N. (2014). *Autoestima,Autoeficácia e Empregabilidade Subjetiva em empregados, desempregados e estudantes do Ensino Superior* (Dissertação de

Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal.

Grogan, S. (2008). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children* (2ª ed.). New York: Routledge.

Grossman, E. (2010). A Construção do Conceito de Adolescência no Ocidente. *Adolescência & Saúde,* 7(3), 47-51.

Guilhardi, H. (2002). Auto-estima, Autoconfiança e Responsabilidade. *Comportamento humano: tudo (ou quase tudo) que você precisa saber para viver melhor*, 63-98. Recuperado de http://www.gracielahosel.com.br/textos/Autoestima_Autoconfianca_e_Responsabilidade.pdf

Hajian, K., & Heidari, T. (2013). A Comparison between International Obesity Task Force and Center for Disease Control References in Assessment of Overweight and Obesity Among Adolescents in Babol, Northern Iran. *International Journal of Preventive Medicine,* 4(2), 226-232.

Han, H., Gabriel, K., & Kohl, H. (2015). Evaluations of Validity and Reliability of a Transtheoretical Model for Sedentary Behavior among College Students. *American Journal of Health Behavior,* 39(5), 601-609.

Hintze, L. J., Cattai, G. B., Silva, F., & Júnior, N. (2012). Estágio de prontidão para mudança de comportamento de adolescentes interessados em ingressar no programa multiprofissional de tratamento da obesidade. *Revista Paulista de Pediatria,* 30(2), 237-243.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2011). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* Rio de Janeiro, Portugal: Elsevier Editora, Lda.

Hoyt, L., Chase-Lansdale, P., McDade, T. W., & Adam, E. K. (2012). Positive youth, healthy adults: does positive well-being in adolescence predict better perceived health and fewer risky health behaviors in young adulthood?. *The Journal of adolescent health,* 50(1), 66-73.

Jungerman, F., & Laranjeira, R. (1999). Entrevista Motivacional: bases teóricas e práticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria,* 48(5), 197-207.

Kandel, E. R., Schwartz, J. H., & Jessel, T. M. (2003). *Princípios da neurociência* (4ª ed.). São Paulo: Editora Manole.

Koehnlein, E. A., Salado, G., & Yamada, A. N. (2008). Adesão à reeducação alimentar para perda de peso: determinantes, resultados e a percepção do paciente. *Revista Brasileira Nutrição Clinica,* 23(1), 56-65.

Leão, J. M., Lisboa, L. C. V., Pereira, M. A., Lima, L.F., Lacerda, K. C.,Elias, M. A. R., Aguiar, A. S. Luquetti, S. C. P. D. (2015). Estágios motivacionais para mudança de comportamento em indivíduos que iniciam tratamento para perda de peso. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria,* 64(2), 107-114.

Lemos, F., Corte-Real, N., Dias, C., & Fonseca, A. (2015). Um olhar sobre o envolvimento e frequência de prática de de exercício físico em estudantes do ensino superior. *Revista Portuguesa Ciências do Desporto,* 15(3), 60-75.

Lemos, L. (2011). *Motivação para a mudança de comportamentos de saúde* (Dissertação de Mestrado). Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, Portugal.

Levine, M. P., & Smolak, L. (2002). Body image development in adolescence. In T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice* (pp. 74-81).New York: The Guilford Press.

Lima, N. (2016). *Excesso de peso em adolescentes : prevalência e fatores determinantes* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Recife,Brasil.

Lima, N., Leal.V.S., Oliveira, J., Andrade, M., Tavares, F., Menezes, R., Lira.P.I.C. (2017). Excesso de peso em adolescentes e estado nutricional dos pais. *Ciências & Saúde coletiva,* 22(2), 627-635.

Lopes, P., Prieto, G., Delgado, A., Gamito, P., & Trigo, H. (2011). Análise das qualidades psicométricas da URICA utilizando o Modelo de Rasch. *Revista Toxicodependências,* 17(3), 47-64.

Lucas, C., Freitas, C., Oliveira, C., Machado, M., & Monteiro, M. (2012). Exercício físico e satisfação com a vida: Um estudo com adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças,* 13(1), 78-86.

Marcos, M., Rosich, N., Royo, J., Casas, A., Selva, J., Montes, J., & Lopez, P. (2014). Eficacia de las estrategias de motivación en el tratamiento del sobrepeso y obesidad. *Nutrición Hospitalaria,* 30(4), 741-748.

Marques, M., Pimenta, J., Reis, S., Ferreira, L., Peralta, l., Santos, M., . . . Santos, E. (2016). (In)Satisfação com a imagem corporal na adolescência. *Nascer e Crescer,* 25(4), 217-21.

Martí, J., & Florensa, S. (2013). Situación actual de la adolescencia. Datos epidemiológicos:motivos de consulta,morbilidad,mortalidad. In M. Vicaro, A.

Romero, & G. Barca, *Medicina de la adolescencia:atención integral* (2ª ed., pp. 1-5). Madrid, Espanha: Ergon,SA.

Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis,M.,& Equipa aventura Social (2015). *Relatório do estudo HBSC 2014. A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão: Dados Nacionais 2014.*. recuperado de http://aventurasocial.com/arquivo/1437158618_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf

McConnaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of Change in psychotherapy: Measurement and samples profiles. *Psychotherapy*, 20(3), 368-375.

Medeiros, S. C. (2014). *Avaliação do peso,ingestão alimentar e atividade física em adolescentes de uma escola particular em Almada* (Dissertação Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal.

Mendes, M. J., Corte-Real, N., Dias, C., & Fonseca, A. M. (2014). Excesso de Peso e Obesidade na Escola: Conhecer para Intervir. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 14(1), 77-92.

Mendes, N. (2016). *Satisfação com a Imagem Corporal em adolescentes do ensino secundário:relação com a prática de atividade física* (Dissertação de Mestrado).Escola Superior de Saúde, Instituto politécnico de Leiria,Portugal.

Miller, W., & Rollnick, S. (2001). *A Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para mudança* (1ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Moraes, C. F., & Oliveira, M. S. (2011). A entrevista motivacional em grupos de obesas no tratamento da compulsão alimentar periódica. *Aletheia,* (35-36), 154-167.

Nogueira, T. F., & Zanbom, M. P. (2013). Reasons for non-adherence to obesity treatment in children and adolescents. *Revista Paulista de Pediatria,* 31(3), 338-343.

Oliveira, A., Albuquerque, C., Carvalho, G., & Sendin.P. (2009). Determinantes da Obesidade nos Adolescentes. In Pereira,B., Condessa,I.,Carvalho,G.S., Cunha,C., & Pereira,V.,*Actas do V. Seminário Internacional/IIº Ibero Americano de Educação Física, Lazer e Saúde*. Açores, Portugal. Recuperado de http://hdl.handle.net/1822/9296

Oliveira, M. L. (2003). Estudo dos Estágios Motivacionais em Sujeitos Adultos Dependentes do Álcool. *Psicologia: Reflexão e crítica,* 16(2), 265-270.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*(n.º 123). Lisboa,Portugal: Autor.

Paredes, S. (2013). Relación entre profesional de salud y el adolescente. In M. Vicaro, A. Romero, & G. Barca, *Medicina de la adolescencia: atencion integral* (2ª ed., pp. 7-10). Madrid, Espanha: Ergon,SA.

Pedro, N., & Peixoto, F. (2006). Satisfação Profissional e Autoestima em Professores do 2º e 3º ciclo do Ensino Básico. *Análise Psicológica,* 2(14), 247-262.

Petroski, E., Pelegrini, A., & Glaner, M. (2009). Insatisfação corporal em adolescentes rurais e urbanos. *Revista motricidade,* 5(4), 13-25.

Pimenta, F., Leal, I., Branco, J., & Maroco, J. (2009). O peso da mente – Uma revisão de literatura sobre factores associados ao excesso de peso e obesidade e intervenção cognitivo-comportamental. *Análise Psicológica,* 2(XXVII), 175-187.

Pinheiro, A. R., Feitas, S. F., & Corso, A. C. (2004). Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista Nutrição Campinas,* 17(4), 523-533.

Plummer, D. (2012). *Como Aumentar a Autoestima das crianças:Guia prático para Educadores,Psicólogos e Pais.* Porto: Porto Editora.

Prado, A., Gerassi, C., Catunda, C., araujo, C., Tinoco, D., Gimena, R., . . . Franco, A. (2004). A influência da baixa estatura sobre as representações psicossociais. *Ciências & Cognição,* 2, 50-60.

Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1983). Stages and process of selfchange of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 51(3), 390-395.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist association,* 47(9), 1102–1114.

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion,* 12(1), 38-48.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & Diclemente, C. C. (2013). *Mudar para melhor* (1ª ed.). Lisboa: Marcador.

Quaresma, A. M. (2014). *A motivação na promoção de um estilo de vida ativo em adolescentes* (Tese Doutoramento). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal.

Richards, D. A., & Borglin, G. (2011). Complex interventions and nursing: Looking through a new lens at nursing research. *International Journal of Nursing Studies*,48(5), 531–533.

Rios, L. E. (2017). ABC das Teorias de Mudança de Comportamento. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 41(2), 356-358.

Rosa, M., Gonçalves, S., & Antunes, H. (2012). Comportamentos de risco e excesso de peso na adolescência. Revisão da literatura. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(3), 128-34.

Sampaio, D. A. (2010). *Imagem corporal e excesso de peso em adolescentes* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, Portugal.

Sbrocco, T., Osborn, R., Clark, R. D., Hsiao, C., & Carter, M. M. (2012). Assessing the Stages of Change Among African American Women in a Weight Management Program. *Journal of Black Psychology*, 38(1), 81–103.

Silva, F., Ferreira, E., Gonçalves, R., & Cavaco, A. (2012). Obesidade Pediátrica: A Realidade de uma consulta. *Acta Médica Portuguesa* , 25(2), 91-96.

Simões, M. C. (2005). *Comportamentos de risco na adolescência* (Tese Doutoramento). Faculdade de Motricidade humana, Lisboa, Portugal.

Sobral, G. (2013). *Excesso de peso e estilos de vida na adolescência* (Dissertação Mestrado). Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. Portugal.

Sousa, C. A. M. D. (2010). o papel da mudança comportamental no tratamento da Obesidade (Monografia) Recuperadpo de https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54730/3/138306_1026TCD26.pdf

Sousa, P. (2008). Body-image and obesity in adolescence: a comparative study of social-demographic, psychological, and behavioral aspects. *Spanish Journal of Psychology*, 11(2),551-563.Sousa, P. (2014). *Efetividade de um programa E-terapêutico para adolescentes com execesso de peso* (Tese de Doutoramento). Escola Superior de enfermagem de Lisboa, Universidade de Lisboa, Portugal.

Sprinthall, N., & Collins, W. (2003). *Psicologia do Adolescente – Uma Abordagem Desenvolvimentista* (3ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Steinbeck, K., Baur, L., Cowell, C., & Pietrobielli, A. (2009). Clinical research in adolescents: challenges and opportunities using obesity as a model. *International Journal of Obesity*, 33(1), 2-7.

Sweeting, H. N. (2007). Measurement and Definitions of Obesity In Childhood and Adolescence: A field guide for the uninitiated. *Nutrition Journal* , 6(32), 1-8.

Thompson, M. A., & Gray, J. J. (1995). Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personality Assessment*, 64(2), 258-269.

Toral, N., & Slater, B. (2007). Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciência Saúde Coletiva*, 12(6), 1641-50.

Triches, R., & Giugliani, E. (2007). Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. *Revista Nutrição* , 20(2), 119-128.

United Nations Children's Fund. (2011). *Situação Mundial da infância:adolescência uma fase de oportunidades*. UNICEF. Recuperado de www.unicef.org/sowc2011

Veiga, D., Santos, E., Souza, M., Leite, S., Liberali, R., & Coutinho, V. (2011). Avaliação dos estágios motivacionais de individuos que procuram atendimento nutricional. *Encontro- Revista de Psicologia*, 13(18), 117-125.

Villar, P. & Abreu, R. (2011). A Idade Do Armário. Lisboa, Esfera dos Livros.

Viveiro, C., & Moleiro, S. (2016). Sobrepeso e obesidade pediátrica: a realidade portuguesa. *Revista portuguesa de saúde pública*, 34(1),30–37.

Wee, C., Davis, R., & Phillips, R. (2005). Stage of readiness to control weight and adopt weight control behaviors in primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(5), 410-5.

World Health Organization. (1997). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2001). *Global consultation on adolescent friendly health services*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2005). *Nutrition in adolescence : issues and challenges for the health sector*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2006). *The European Charter on counteracting obesity.* Istambul: World Health Organization.

World Health Organization. (2011). *Adolescent health*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2016). *Tenfold increase in childhood and adolescent obesity in four decades: new study by Imperial College London and WHO*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2017). *Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014.* Geneve: World Health Organization.

Zhao, G., Ford, E., Dhingra.S., Li.S., Strine, T., & Mokdad, A. (2009). Depression and anxiety among US adults: associations with body mass index. *International Journal of Obesity,* 33(2), 257–266.

ANEXOS

ANEXO I - Autorização dos autores da escala URICA

Paulo Lopes 24 de abril de 2018 às 18:16
Para: Elisabete Silva
Cc: Lurdes Lomba

Cara Elisabete,

A escala URICA é livre de copyright, pelo que não necessita dessa autorização, no entanto da minha parte está autorizada a utilizar a versão que validei para a população toxicodependente portuguesa, com 3 categorias de resposta. Anexo a escala e o artigo onde publiquei os resultados, utilizando o Modelo de Rasch.
Desejo um bom trabalho.
[Citação ocultada]
--
Paulo Lopes

ANEXO II - Escala URICA

URICA: McConnaughy, Prochaska y Velicer, 1983

Versão portuguesa revista: Lopes, P; Prieto, G.; Delgado, A.; Gamito, P. & Trigo, H. (2007).

Este questionário é composto por frases que descrevem como uma pessoa se pode sentir quando começa um tratamento ou aborda um problema na sua vida. Por favor, indique o quanto concorda ou discorda de cada frase. Em cada caso, faça a sua escolha em termos do que **está a sentir agora, e não o que sentiu no passado ou como gostaria de se sentir.**

Para todas as frases que se referem ao seu problema, responda em termos do problema relacionado com os seus **consumos de drogas**. As palavras **aqui** e **neste local** referem-se ao programa de tratamento de drogas.

Existem 3 respostas possíveis para cada um dos itens do questionário. Indique a resposta que melhor descreve a sua opinião:

1	2	3
Discorda	**Concorda**	**Concorda Totalmente**

	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1 - No meu ponto de vista, eu não tenho qualquer problema que precise de ser mudado.	1	2	3
2 - Penso que posso estar preparado para alguma mudança pessoal.	1	2	3
3 - Estou a fazer alguma coisa acerca dos problemas que me têm andado a incomodar.	1	2	3
4 – Talvez valha a pena trabalhar no meu problema.	1	2	3
5 – O problema não está em mim. Não faz muito sentido para mim estar aqui.	1	2	3
6 - Estou preocupado em voltar a ter o mesmo problema, que pensei já estar resolvido, por isso estou aqui a pedir ajuda.	1	2	3
7 - Estou finalmente a fazer algum trabalho sobre o meu problema.	1	2	3
8 - Tenho estado a pensar que posso querer fazer algumas mudanças em mim.	1	2	3
9 - Tenho tido sucesso em resolver o meu problema, mas não estou seguro que eu possa manter este esforço sozinho.	1	2	3
10 – Por vezes o meu problema é difícil, mas estou a trabalhar sobre ele.	1	2	3
11 - Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo.	1	2	3
12 - Tenho esperança que este lugar me ajude a compreender-me melhor.	1	2	3
13 - Penso que tenho defeitos, mas não há nada que eu realmente precise de mudar.	1	2	3

	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
14 - Realmente estou a esforçar-me muito para mudar.	1	2	3
15 - Eu tenho um problema e penso realmente que tenho que trabalhar sobre ele.	1	2	3
16 – Não estou a conseguir manter as mudanças que fiz tão bem como eu esperava, e estou aqui para prevenir uma recaída.	1	2	3
17 - Mesmo que nem sempre eu tenha sucesso com a mudança, pelo menos estou a esforçar-me para resolver o meu problema.	1	2	3
18 - Pensei que uma vez resolvido o problema, estaria livre dele. Mas às vezes ainda me encontro a lutar contra ele.	1	2	3
19 - Eu gostava de ter mais ideias de como resolver o meu problema.	1	2	3
20 - Eu comecei a trabalhar sobre o meu problema, mas eu gostava de ter ajuda.	1	2	3
21 - Talvez este lugar me possa ajudar.	1	2	3
22 – Eu posso precisar de um estímulo agora para me ajudar a manter as mudanças que eu já fiz.	1	2	3
23 – É possível que eu seja parte do problema, mas eu realmente não penso que seja.	1	2	3
24 - Espero que alguém aqui me possa dar boas orientações.	1	2	3
25 - Qualquer um pode falar sobre mudanças, mas eu estou realmente a fazer alguma coisa sobre isso.	1	2	3
26 - Toda esta conversa sobre psicologia é aborrecida. Por que é que as pessoas não podem simplesmente esquecer os seus problemas?	1	2	3
27 - Estou aqui para prevenir uma recaída no meu problema.	1	2	3
28 - É frustrante, mas sinto que posso estar a ter uma recaída num problema que eu pensava que já tinha resolvido.	1	2	3
29- Eu tenho preocupações como todas as pessoas. Porquê perder tempo a pensar nelas?	1	2	3
30 - Eu estou, activamente, a tentar resolver o meu problema.	1	2	3
31 - Preferiria conviver com os meus defeitos do que tentar mudá-los.	1	2	3
32 - Depois de tudo o que eu fiz para mudar os meus problemas, de vez em quando eles voltam para me perseguir.	1	2	3

Muito obrigado pela sua colaboração.

ANEXO III - Autorização dos autores da escala CDRS

Rita Francisco 24 de abril de 2018 às 09:43
Para: Elisabete Silva
Cc: Lurdes Lomba

Cara Elisabete Silva,

Obrigada pelo seu email.

Serve o presente para autorizar a aplicação da versão portuguesa *Contour Drawing Rating Scale* na sua investigação de mestrado.

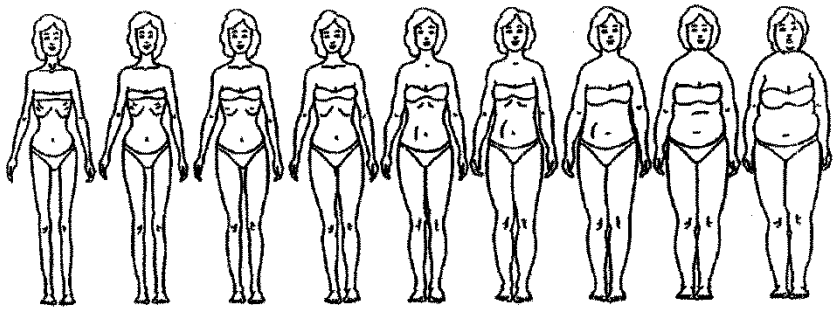
ANEXO IV - Escala CDRS

CDRS

(Thompson & Gray, 1995; versão portuguesa Francisco et al., 2012)

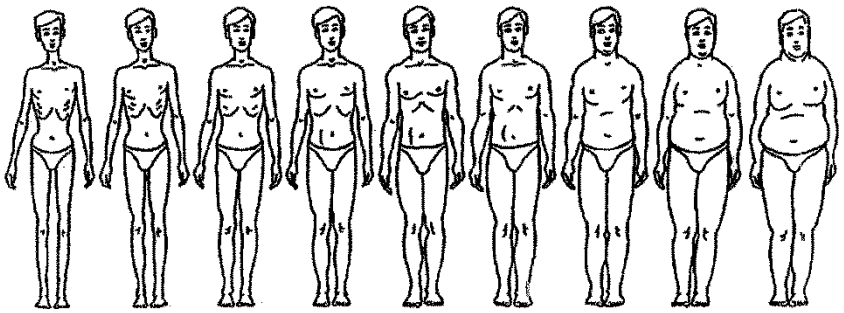
Após observar atentamente as diferentes figuras, seleccione a que mais se aproxima da sua aparência actual e a que se aproxima mais da aparência que considera ideal.

Se for **rapariga**:



1. A figura que mais se identifica com a minha aparência actual tem o número ___
2. A figura que mais se identifica com o que considero ser a aparência ideal tem o número ___

Se for **rapaz**:



1. A figura que mais se identifica com a minha aparência actual tem o número ___
2. A figura que mais se identifica com o que considero ser a aparência ideal tem o número ___

ANEXO V - Parecer da Comissão de Ética da UICISA-E da ESEnfC

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer Nº P491-04/2018

Título do Projecto: Influência dos estádios motivacionais na mudança de comportamento de adolescentes com excesso de peso

Identificação do Proponente
Nome(s): Elisabete Maria Soares da Silva
Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Investigador Responsável/Orientador: Maria de Lurdes Lomba

Relator: Maria Filomena Botelho

Parecer

O projecto tem como objectivos: a) identificar os estádios motivacionais para a mudança de comportamento dos adolescentes com excesso de peso na fase tardia da adolescência, seguidos na consulta de obesidade de um hospital distrital; b) verificar a existência de diferenças nos estádios motivacionais conforme o número das consultas de obesidade frequentadas pelos adolescentes; c) analisar a relação entre os estádios motivacionais e a diferença entre a silhueta corporal de identificação atual dos adolescentes e a silhueta corporal por eles desejada; d) analisar a relação entre os estádios motivacionais e algumas variáveis demográficas; e) analisar a relação entre os estádios motivacionais e o Índice de Massa Corporal (IMC) dos adolescentes.

Segundo os autores o estudo é quantitativo, em que a amostra será constituída por adolescentes entre 14 e 18 anos com excesso de peso e que frequentem a consulta externa de obesidade de um Hospital Distrital.

Os critérios de inclusão e de exclusão estão claramente definidos. Existe garantia de confidencialidade. São apresentados o consentimento informado e os instrumentos de colheita de dados.

Atendendo ao formato da investigação, a Comissão de Ética dá o seu parecer favorável. Contudo o presente parecer não dispensa a autorização formal das entidades onde vai decorrer o estudo.

O relator: Maria Filomena Botelho

Data: 16/05/2018 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Filomena Botelho

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

ANEXO VI - Autorização da Comissão de Ética do Hospital

12. (Reservado à COMISSÃO DE ÉTICA)

PARECER EMITIDO NA REUNIÃO DE 15/5/2008

Analisado em reunião, é dado parecer positivo, pois estão preenchidos todos os requisitos necessários à realização do mesmo.

A COMISSÃO

MJ

ANEXO VII - Autorização do Conselho de Administração do Hospital

Assunto: Estudo Influência dos estádios motivacionais na mudança de comportamento do adolescente com excesso de peso

Enfermeira Elisabete Silva,

Encarrega-me o Dr. José Albino e Silva, Presidente do Conselho de Administração de informar que o Conselho de Administração deliberou aprovar a realização do estudo Influência dos estádios motivacionais na mudança de comportamento do adolescente com excesso de peso.

Com os meus cumprimentos,

APÊNDICES

APÊNDICE I – Instrumento de Colheita de Dados

Este questionário surge no âmbito do desenvolvimento de um estudo de investigação **"Influência dos estadios motivacionais na mudança de comportamento de adolescentes com excesso de peso",** integrado no Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.
Com este estudo pretende-se analisar o estádio motivacional dos adolescentes que frequentam a consulta externa de obesidade.
O questionário é composto por 3 partes: Dados sociodemográficos; Escala URICA (university of rhode island change assessment)- Instrumento de avaliação da motivação para a mudança de comportamentos; e Escala CDRS (Contour Drawing Rating Scale)- Instrumento de identificação da silhueta, avalia satisfação com imagem corporal.

Por favor, preencha os itens de acordo com as instruções dadas em cada uma das partes do questionário.
Os dados recolhidos durante este estudo serão confidenciais e anónimos. A participação é voluntária.

QUESTIONÁRIO

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1-Idade: _____ anos

2 -Género: Feminino ☐ Masculino ☐

3- Meio onde Habita: Aldeia ☐ Vila ☐ Cidade ☐

4 - Ano de Escolaridade: _____ ano

URICA: Instrumento de avaliação da motivação para a mudança de comportamentos

Este questionário é composto por frases que descrevem como uma pessoa se pode sentir quando começa um tratamento ou aborda um problema na sua vida. Por favor, indique o quanto concorda ou discorda de cada frase. Em cada caso, faça a sua escolha em termos do que **está a sentir agora, e não o que sentiu no passado ou como gostaria de se sentir.**

Para todas as frases que se referem ao seu problema, responda em termos do problema relacionado com o **excesso de peso**. As palavras **aqui** e **neste local** referem-se ao programa de tratamento de excesso de peso

Existem 3 respostas possíveis para cada um dos itens do questionário. Assinale com um X a resposta que melhor descreve a sua opinião:

1	2	3
Discorda	Concorda	Concorda totalmente

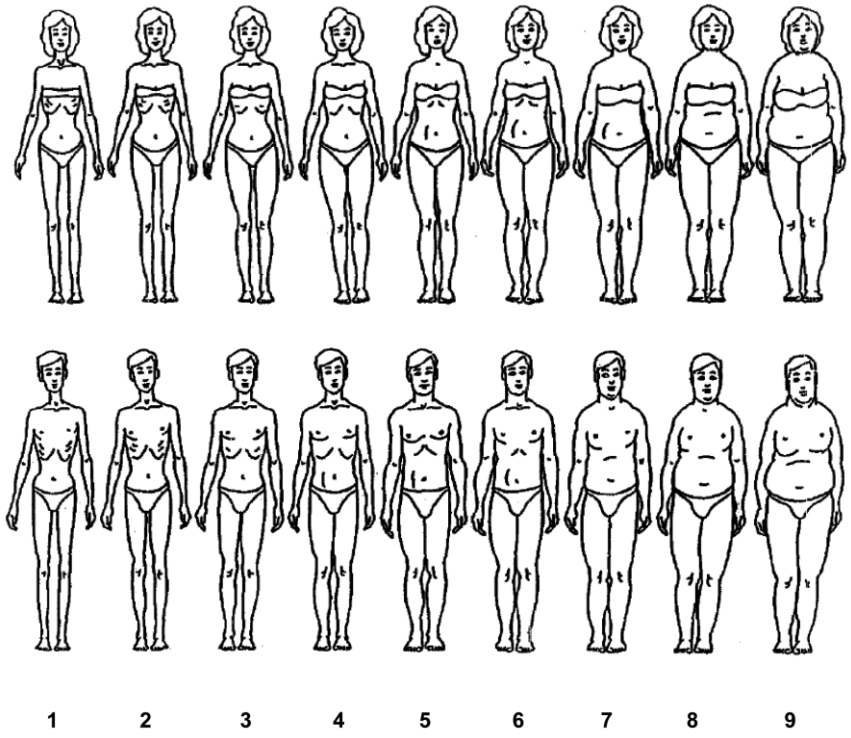
	Discorda	Concorda	Concorda totalmente
1 - No meu ponto de vista, eu não tenho qualquer problema que precise de ser mudado.			
2 - Penso que posso estar preparado para alguma mudança pessoal.			
3 - Estou a fazer alguma coisa acerca dos problemas que me têm andado a incomodar.			
4 – Talvez valha a pena trabalhar no meu problema.			
5 – O problema não está em mim. Não faz muito sentido para mim estar aqui.			
6 - Estou preocupado em voltar a ter o mesmo problema, que pensei já estar resolvido, por isso estou aqui a pedir ajuda.			
7 - Estou finalmente a fazer algum trabalho sobre o meu problema.			
8 - Tenho estado a pensar que posso querer fazer algumas mudanças em mim.			
9 - Tenho tido sucesso em resolver o meu problema, mas não estou seguro que eu possa manter este esforço sozinho.			
10 – Por vezes o meu problema é difícil, mas estou a trabalhar sobre ele.			
11 - Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo.			
12 - Tenho esperança que este lugar me ajude a compreender-me melhor.			

13 - Penso que tenho defeitos, mas não há nada que eu realmente precise de mudar.			
14 - Realmente estou a esforçar-me muito para mudar.			
15 - Eu tenho um problema e penso realmente que tenho que trabalhar sobre ele.			
16 – Não estou a conseguir manter as mudanças que fiz tão bem como eu esperava, e estou aqui para prevenir uma recaída.			
17 - Mesmo que nem sempre eu tenha sucesso com a mudança, pelo menos estou a esforçar-me para resolver o meu problema.			
18 - Pensei que uma vez resolvido o problema, estaria livre dele. Mas às vezes ainda me encontro a lutar contra ele.			
19 - Eu gostava de ter mais ideias de como resolver o meu problema.			
20 - Eu comecei a trabalhar sobre o meu problema, mas eu gostava de ter ajuda.			
21 - Talvez este lugar me possa ajudar.			
22 – Eu posso precisar de um estímulo agora para me ajudar a manter as mudanças que eu já fiz			
23 – É possível que eu seja parte do problema, mas eu realmente não penso que seja.			
24 - Espero que alguém aqui me possa dar boas orientações.			
25 - Qualquer um pode falar sobre mudanças, mas eu estou realmente a fazer alguma coisa sobre isso.			
26 - Toda esta conversa sobre psicologia é aborrecida. Por que é que as pessoas não podem simplesmente esquecer os seus problemas?			
27 - Estou aqui para prevenir uma recaída no meu problema.			
28 - É frustrante, mas sinto que posso estar a ter uma recaída num problema que eu pensava que já tinha resolvido.			
29- Eu tenho preocupações como todas as pessoas. Porquê perder tempo a pensar nelas?			
30 - Eu estou, ativamente, a tentar resolver o meu problema.			

31 - Preferiria conviver com os meus defeitos do que tentar mudá-los.			
32 - Depois de tudo o que eu fiz para mudar os meus problemas, de vez emquando eles voltam para me perseguir.			

CDRS: (*ContourDrawing Rating Scale*) - Escala de avaliação da satisfação com a imagem corporal.

Por favor indique o número da figura que mais se identifica com a sua aparência atual e com a sua aparência ideal.



A figura que mais se identifica com a minha aparência atual tem o número _____

A figura que mais se identifica com o que considero ser a aparência ideal tem o número _____

Obrigado pela sua disponibilidade!

Dados preenchidos pelo investigador

Dados antropométricos: peso atual:_____altura: _____ IMC _____

Número de consultas de obesidade frequentadas _____

APÊNDICE II – Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Influência dos estadios motivacionais na mudança de comportamento de adolescentes com excesso de peso

No âmbito do ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, surge a presente investigação com o objetivo: identificar os estádios motivacionais para a mudança de comportamento dos adolescentes com excesso de peso, e possíveis diferenças nos mesmos de acordo com o número de consultas frequentadas. Este estudo decorrerá na consulta de obesidade de um hospital distrital.

Investigadora: Elisabete Maria Soares da silva

Estás a ser convidado para participar, voluntariamente, no preenchimento de um questionário

Os dados recolhidos durante este estudo serão confidenciais, anónimos e apenas serão usados no âmbito desta investigação.

Antes de dares o teu consentimento, lê atentamente as informações descritas, a seguir:

1. As informações que adolescentes como tu podem dar são fundamentais para a otimização das unidades de adolescentes e dos cuidados prestados aos mesmos.

2. A tua participação é voluntária e podes desistir a qualquer momento.

3. A tua identificação será mantida como confidencial, sendo os resultados deste estudo analisados sem que seja revelada a tua identidade.

Declaro que li e entendi todas as informações contidas neste termo de consentimento e que concordo participar nesta pesquisa.

_____ Coimbra, _____ / _____ / _____

(Assinatura do Adolescente)

_____ Coimbra, _____ / _____ / _____

(Assinatura do pai/mãe/representante legal)

_____ Coimbra, _____ / _____ / _____

(Assinatura da autora)