



ARTIGO ORIGINAL

ESTILO DE VIDA DE ADOLESCENTES COM EXCESSO DE PESO
LIFE STYLE OF OVERWEIGHT ADOLESCENTS

Camile Laís Rocha¹
Ana Paula Rodrigues Góis Gomes²
Morgana Hellmann de Bona Sartor³
Clóvis Arlindo de Sousa⁴
Luciane Coutinho de Azevedo Campanella⁵
Deisi Maria Vargas⁶

RESUMO

Objetivo: Analisar em um grupo de adolescentes com excesso de peso associações entre variáveis relacionadas ao estilo de vida e o grau de excesso de peso. **Métodos:** Estudo transversal realizado em adolescentes com excesso de peso entre 10 e 19 anos adscritos em quatro Unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF's) de Blumenau / Santa Catarina (SC). Dados antropométricos e dados relacionados ao estilo de vida foram analisados. **Resultados:** Foram avaliados 72 adolescentes com excesso de peso (73,6% com sobrepeso e 26,4% com obesidade). A ocorrência de sobrepeso e obesidade foi semelhante em relação ao sexo e a faixa etária. O principal local de realização das refeições foi o domicílio, sendo que todos no grupo com obesidade as realizavam em casa. O grupo de adolescentes que mencionou realizar as refeições com a família é mais jovem que o grupo que mencionou realizá-las fora do domicílio. Aproximadamente um quarto dos adolescentes relatou dormir durante o dia e a maioria mencionou permanecer menos de 4 horas sentados por dia. **Conclusão:** Conclui-se que os adolescentes com excesso de peso em sua maioria apresentaram sono noturno insuficiente, hábito de dormir durante o dia (principalmente àqueles com obesidade) e realizavam as refeições no domicílio juntamente com a família.

Palavras-chave: Adolescentes. Sobrepeso. Obesidade. Estilo de vida.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to investigate associations between lifestyle variables and the severity of overweight in adolescents with weight excess. **Methods:** Cross-sectional study conducted in adolescents with weight excess aged 10 to 19 years old enrolled in four Family Health Strategy Units (FHS) of Blumenau / Santa Catarina (SC). Anthropometric and lifestyle data were analyzed. **Results:** Seventy-two adolescents (73.6% overweight and 26.4% obese) were evaluated. The occurrence of overweight and obesity was similar in relation to gender and age. Home was the

¹ Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Regional de Blumenau - camile.rocha@hotmail.com

² Graduanda de Nutrição da Universidade Regional de Blumenau - go.anaa@yahoo.com

³ Graduanda de Nutrição da Universidade Regional de Blumenau - morganaahbs@gmail.com

⁴ Doutor em Saúde Pública (Epidemiologia) pelo Universidade de São Paulo - casousa@furb.br

⁵ Doutora em Neurociências pela Universidade Federal de Santa Catarina - lu.cda@hotmail.com

⁶ Doutora em Medicina (Pediatria) pela Universidade Autônoma de Barcelona - deisifurb@gmail.com



principal place of meals, and all obese adolescents had their meals at home. The group of adolescents who mentioned having meals with their families was younger than the group that mentioned having meals out of home. A quarter of adolescents reported sleeping during the day and most reported time spent sitting less than 4 hours a day. **Conclusion:** Most adolescents with overweight had insufficient night sleep, daytime sleep habits (especially those obese) and had meals at home with family.

Keywords: Adolescents. Overweight. Obesity. Lifestyle.

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma importante fase de transição marcada principalmente por alterações no desenvolvimento físico, no amadurecimento psicológico e por mudanças no relacionamento familiar⁽¹⁾. Adolescentes também estão expostos a diversos fatores de risco que favorecem o ganho de peso, visto que seus comportamentos podem ser susceptíveis a influências externas provenientes da família, escola, grupo de pares, atividades em tempo livre e questões associadas à cultura⁽²⁾.

O aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade em idades cada vez mais precoces tem despertado a preocupação de pesquisadores e profissionais, em razão dos danos e agravos à saúde provocados pelo excesso de peso^(1,2). A obesidade tem sido descrita como importante problema de saúde pública da atualidade e vem ganhando destaque no cenário epidemiológico mundial. Por se tratar de uma doença de alta prevalência e etiologia multifatorial, causa impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados⁽²⁾.

No Brasil, o estudo de representatividade nacional ERICA apontou que dos 73.399 estudantes de 12 a 17 anos avaliados, 17,1% apresentaram sobrepeso e 8,4% obesidade. Na região Sul, os índices são ainda maiores, com prevalência de 18,7% de adolescentes em sobrepeso e 11,1% obesos⁽³⁾.

Adolescentes são alvo de estudos em todo o mundo por apresentarem comportamento de risco que favorecem o excesso de peso, como: decréscimo do hábito regular de atividade física, presença de hábitos alimentares inadequados, transtornos psicológicos e distúrbios do sono^(2,4).

Essa fase é favorável para a consolidação de hábitos e estilos de vida que poderão trazer implicações diretas para a saúde na vida adulta⁽²⁾. Hábito é um comportamento aprendido e repetido ao longo do tempo tornando-se espontâneo e não refletido após um determinado período⁽⁵⁾. O estilo de vida corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, valores e oportunidades das pessoas. Estas ações têm grande influência na saúde geral e sobre qualidade de vida dos indivíduos⁽⁶⁾.

Em relação ao estilo de vida, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar⁽⁷⁾ demonstrou que 74% dos escolares do 9º ano informaram fazer as refeições com os pais em no mínimo cinco dias da semana. Em relação à alimentação, 60,7% consomem feijão cinco ou mais vezes por semana, 37,7%



legumes, 32,7% frutas frescas, 13,7% salgados fritos, 41,6% guloseimas, 26,7% refrigerantes e 31,3% ultraprocessados salgados. O hábito de assistir mais de duas horas de televisão, em um dia de semana, foi referido por aproximadamente 60% e 56,1% informaram ficar mais de três horas sentados.

Este estudo teve como objetivo analisar em um grupo de adolescentes com excesso de peso associações entre variáveis relacionadas ao estilo de vida e o grau de excesso de peso.

MÉTODOS

Estudo transversal realizado em adolescentes entre 10 e 19 anos adscritos em quatro Unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF's) de Blumenau / Santa Catarina (SC) vinculadas à universidade. De um total de 1.254 adolescentes cadastrados nas quatro ESFs no ano de 2016, 840 realizaram avaliação antropométrica e 249 responderam a entrevista de linha de base, ambas realizadas por profissionais da equipe de saúde das unidades. Considerou-se critério de inclusão a presença de sobrepeso ou obesidade⁽⁸⁾. Os critérios de exclusão foram: não preenchimento completo dos dados referente ao estado de vida da entrevista de linha de base e ser adolescente gestante.

As variáveis do estudo foram estilo de vida e índices antropométricos. Para a avaliação do estilo de vida considerou-se: horas sentado por dia fora do período escolar⁽⁹⁾, local que realiza as refeições (mesa, sofá ou cama), com quem as realiza (família, amigos ou sozinho), quem prepara os alimentos consumidos, presença do hábito de comer rápido⁽¹⁰⁾, horas de sono noturno⁽¹¹⁾ e presença de sono diurno. Dados antropométricos (massa corporal e estatura) foram coletados para determinação do Índice de Massa Corporal (IMC) ajustado posteriormente para sexo e idade (escore-Z de IMC). Adotou-se os critérios da OMS para determinação do excesso de peso: sobrepeso com valores de escore-Z entre +2/+3 e obesidade, acima do escore-Z de +3⁽⁸⁾.

Foram utilizadas tabelas e gráficos como forma de apresentação dos resultados. A comparação das variáveis numéricas, com distribuição normal, entre sexos e categorias do estado nutricional, foi realizada pelo teste T-Student. A associação entre variáveis qualitativas foi testada com auxílio de teste Qui-quadrado. Nas análises estatísticas foi adotado $p < 0,05$.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (612.197/2014) e a participação dos sujeitos foi consentida mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo responsável.

RESULTADOS

Foram incluídos na pesquisa 72 adolescentes com excesso de peso. Em relação à faixa etária, houve predominância de adolescentes do sexo feminino entre 10 e 14 anos, no sexo masculino a divisão entre faixas etárias foi equilibrada. A maioria dos participantes apresentou sobrepeso e a



ocorrência de sobrepeso e obesidade foi semelhante em relação ao sexo (Tabela 1). Houve uma diferença significativa entre faixa etária e grau de excesso de peso (Tabela 2).

O principal local de realização das refeições foi o domicílio. O jantar e o almoço foram as refeições mais realizadas com a família. As refeições foram preparadas pelas mães com maior frequência. Aproximadamente um quarto dos adolescentes relatou dormir durante o dia e a maioria mencionou permanecer menos de 4 horas sentados por dia. Não observamos associação entre as categorias do estado nutricional e as variáveis de hábitos. Todos no grupo com obesidade realizavam as refeições no domicílio (Tabela 3). O grupo de adolescentes que mencionou realizar as refeições com a família é mais jovem que o grupo que mencionou realizá-las fora do domicílio (Figura 1).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo sugerem uma associação entre realizar as refeições no domicílio e apresentar excesso de peso. Os adolescentes mais jovens relataram que realizavam as refeições na companhia de sua família, sobretudo durante as principais refeições, almoço e jantar. Além, de todos os adolescentes com obesidade realizarem as refeições no domicílio.

Sabe-se que nessa fase da vida acontecem mudanças importantes no modo de se alimentar. Adolescentes passam a ter mais autonomia para escolher o que, quando e onde vão comer, tanto fora quanto dentro de casa⁽²⁾. No entanto, no domicílio, a escolha depende da disponibilidade dos alimentos adquiridos pelos pais ou responsáveis provedores da alimentação⁽¹²⁾.

Na atualidade, a alimentação no domicílio é caracterizada pelo estilo de vida moderno, marcado pela presença dos responsáveis no mercado de trabalho e falta de tempo para o preparo e o consumo dos alimentos, o que favorece a presença cada vez mais frequente de alimentos industrializados⁽⁵⁾. A disponibilidade de alimentos industrializados no domicílio deve-se à praticidade e influência dos meios de comunicação, demonstrando uma forte influência de fatores impulsionadores familiares e extrafamiliares que moldam o comportamento alimentar⁽¹³⁾.

Em um estudo com 1652 adolescentes entre 12 e 17 anos foi verificado que 20% destes realizavam suas refeições sozinhos no domicílio; hábito que se relacionou com a presença de sobrepeso e obesidade, menor consumo de frutas e vegetais e maior ingestão de *junk foods* e bebidas açucaradas⁽¹⁴⁾. Resultados similares foram descritos por Boutelle *et al*⁽¹⁵⁾, onde se evidenciou que o ambiente alimentar e a atitude dos pais sobre alimentação influencia nos padrões alimentares dos adolescentes; para esses autores, a maioria dos 3980 adolescentes americanos avaliados realizava o jantar (68%) e o almoço (57%) com suas famílias. Realizar as refeições no domicílio com a família



pode gerar no adolescente a percepção de preocupação dos pais com hábitos alimentares e minimizar a influência dos amigos.

O consumo dos alimentos presentes no domicílio, são reforçados, muitas vezes, na presença dos familiares (mães, pais, irmãos menores, avós, entre outros). A idade em que o adolescente se encontra pode determinar o grau de influência da família em suas escolhas alimentares. Aparentemente quanto mais jovem o adolescente, maior é essa influência.

Nesta pesquisa evidenciou-se a mãe como a principal responsável pelo preparo das refeições. No trabalho de Campbell *et al.*⁽¹²⁾ foi demonstrada associação entre a influência da mãe como modelo no comportamento alimentar de adolescentes entre 12 e 13 anos. A ingestão de alimentos com alta densidade energética (refrigerantes, doces, salgados e comidas de tele-entrega) pelas mães teve associação positiva com a ingestão destes alimentos pelos meninos.

Diante do exposto, sugere-se que a disponibilidade de alimentos promotores da obesidade na casa dos adolescentes promova seu consumo e, possivelmente, por exclusão ou substituição, a redução na ingestão de alimentos saudáveis, como, cereais integrais, laticínios, frutas e legumes⁽¹⁶⁾.

Nesta pesquisa, a maioria dos adolescentes (principalmente os com obesidade) referiu um tempo de sono noturno insuficiente; apenas 1/3 dos avaliados atingiu a recomendação de 9 horas de sono por noite. Segundo a Fundação Nacional do Sono nos Estados Unidos da América⁽¹¹⁾, no período da adolescência, deve-se dormir no mínimo 9 horas por noite, a fim de manter o grau de alerta necessário para um dia de escola e evitar a presença de distúrbios no ritmo circadiano do adolescente.

Essa condição pode favorecer a presença de alterações na cognição, como sonolência e fadiga, na função do sistema endócrino, como redução da secreção noturna de leptina (hormônio que suprime a fome) e supressão reduzida da grelina (hormônio estimulante da fome), distorcendo o ritmo do apetite e do balanço energético, e alterações metabólicas, como diminuição dos níveis de insulina⁽¹⁰⁾.

Schinader, Bernardi e Possa⁽¹⁷⁾ verificaram correlação inversa e estatisticamente significativa entre as horas de sono e as variáveis IMC e adiposidade abdominal em 113 crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de uma escola do Sul do Brasil. Cada hora de sono a menos aumentou 0,464 kg/m² o valor do IMC e 1,489 cm a circunferência abdominal.

A ocorrência de horas insuficientes de sono dormidas no período noturno faz com que os jovens compensem dormindo horas adicionais durante o dia. Neste trabalho, foi verificada maior frequência de cochilo compensatório diurno e menor média de horas de sono a noite entre os adolescentes classificados com obesidade. Comportamento semelhante foi encontrado no estudo realizado por Landis, Parker e Dunbar⁽²¹⁸⁾, com uma amostra de estudantes americanos do ensino médio, onde a média relatada de sono noturno durante sete dias consecutivos foi de aproximadamente 7,5 horas.



Ademais, demonstrou-se que os participantes que referiram mais fome e compulsão por alimentos com maior densidade energética foram os que tiveram maior incidência de cochilo compensatório e diminuição do sono noturno. Reforçando a hipótese de que exista relação entre apresentar sono diurno compensatório e comportamentos alimentares inadequados, que possivelmente contribuem com ganho de peso e aumento dos índices de excesso de peso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que os adolescentes com excesso de peso em sua maioria apresentaram sono noturno insuficiente, hábito de dormir durante o dia, principalmente àqueles com obesidade e realizavam as refeições no domicílio juntamente com a família.

Como possíveis limitações do estudo destacam-se o viés de memória e omissão nas respostas referidas pelos adolescentes, a falta do preenchimento integral do questionário, inviabilizando a análise do perfil socioeconômico e a ausência de um grupo controle.

REFERÊNCIAS

1. Pena GG, Mendes JCL, Silveira AP, *et al.* Comportamentos de risco para a saúde de adolescentes da rede pública de ensino. *Adolescência & Saúde* 2016;13(1):36-50.
2. Enes CC, Slater B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. *Rev. Bras. Epidemiol* 2010;13(1):163-171.
3. Bloch KV, Klein CH, Szklo M *et al.* ERICA: Prevalence of hypertension and obesity in Brazilian adolescents. *Rev. Saúde Pública* 2016;50(1):1s-12s.
4. Oehlschlaeger MHK, Pinheiro RT, Horta B, *et al.* Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. *Rev. Saúde Pública* 2004;38(2):157-163.
5. Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F, *et al.* *Nutrição comportamental*. 2nd ed. São Paulo: Manole; 2019.
6. Nahas MV, Barros MG, Francalacci V. O pentágono do bem estar: base conceitual para a avaliação do estilo de vida em indivíduos ou grupos. *Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde* 2000;(5)2:48-59.
7. IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015*. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
8. Organização Mundial da Saúde. *WHO child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development*. Geneva: WHO; 2006.

9. CDC. Cuestionário Encuesta Mundial de Salud Escolar (GSHS). Argentina: CDC; 2012.
10. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. Obesidade na infância e adolescência: Manual de Orientação. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2018.
11. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert S M, *et al.* National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health* 2015;1(1):40-43.
12. Campbell KJ, Crawford DA, Salmon J, *et al.* Associations between the home food environment and obesity-promoting eating behaviors in adolescence. *Obesity* 2007;15(3):719-730.
13. Fachine ADL, Machado MMT, Lindsay AC, *et al.* Percepção de pais e professores sobre a influência dos alimentos industrializados na saúde infantil. *Rev. Bras. Promoç. Saúde* 2015;28(1):16-22.
14. Reicks M, Banna J, Cluskey M, *et al.* Influence of parenting practices on eating behaviors of early adolescents during independent eating occasions: implications for obesity prevention. *Nutrients* 2015;7(10): 8783-8801.
15. Boutelle KN, Birkeland RW, Hannan PJ, *et al.* Associations between maternal concern for healthful eating and maternal eating behaviors, home food availability, and adolescent eating behaviors. *J. Nutr. Educ. Behav.* 2007;39(5):248-256.
16. Hanson NI, Neumark-Sztainer D, Eisenberg ME, *et al.* Associations between parental report of the home food environment and adolescent intakes of fruits, vegetables and dairy foods. *Public Health Nutr.* 2005;8(1):77-85.
17. Shinader CK, Bernardi JR, Possa G. Associação entre horas de sono, fatores demográficos antropométricos e dietéticos de crianças e adolescentes de uma escola do Sul do Brasil. *Rev. Bras. Pesq. Saúde* 2018;20(1):14-22.
18. Landis AM, Parker KP, Dunbar SB. Sleep, hunger, satiety, food cravings, and caloric intake in adolescents. *J. Nurs. Scholarsh.* 2009;41(2):115-123.

TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos adolescentes.

Variáveis	Total (n=72)	Feminino (n=37)	Masculino (n=35)	Valor de p
Idade em anos (Md±DP)	14,0±2,4	13,4±2,2	14,5±2,4	0,61
Faixa etária (n)				0,59
10 a 14 anos	45 (62,5)	27	18	
15 a 19 anos	27 (37,5)	10	17	
	continua			



continua

IMC-Z (Md±DP)	1,7±0,4	1,7±0,4	1,7±0,5	0,91
Categorias de excesso de peso - n (%)				0,68
Sobrepeso	53 (73,6)	28	25	
Obesidade	19 (26,4)	9	10	

Legenda: Md±DP=média±desvio-padrão; IMC=índice de massa corporal; n=número.

Fonte: elaborado pelos autores (2017).

Tabela 2 – Faixa etária em relação ao grau de excesso de peso.

Variáveis	Total	Sobrepeso	Obesidade	Valor de p
	n = 72	n = 53	n = 19	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Faixa etária				
10 a 14 anos	45 (62,5)	31 (68,9)	14 (31,1)	0,23*
15 a 19 anos	27 (37,5)	22 (81,5)	5 (18,5)	

Legenda: n=varia de acordo com a disponibilidade do dado; *Teste Qui-quadrado.

Fonte: elaborado pelos autores (2017).

Tabela 3 – Estilo de vida em relação ao grau de excesso de peso.

Variáveis	Total	Sobrepeso	Obesidade	Valor de p
	n = 72	n = 53	n = 19	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Refeição com a família				
Café da manhã	26 (36,1)	19 (35,8)	7 (36,8)	0,93*
Almoço	49 (68,1)	35 (66,0)	14 (73,7)	0,53*
Lanche da tarde	15 (20,8)	11 (20,7)	4 (5,5)	0,97*
Jantar	55 (76,4)	39 (73,6)	16 (84,2)	0,34*
Local onde realiza a refeição				
Mesa	50 (69,4)	35 (66,0)	15 (78,9)	0,29*
Sofá	17 (23,6)	13 (24,5)	4 (21,1)	0,75*
Cama	9 (12,5)	7 (13,2)	2 (10,5)	0,76*

continua



continua

Com quem faz as refeições

Família	53 (73,6)	39 (73,6)	15 (78,9)	0,53*
Amigos	11 (15,3)	9 (16,9)	2 (10,5)	0,50*
Sozinho	17 (23,7)	17 (26,4)	3 (15,8)	0,34*

Quem cozinha

Pai	19 (26,4)	13 (24,5)	6 (31,6)	0,18*
Mãe	63 (87,5)	48 (90,6)	15 (78,9)	0,54*
Irmãos	9 (12,5)	5 (9,4)	4 (21,1)	0,18*
Avó/avô	9 (12,5)	5 (9,4)	4 (21,1)	0,18*
Adolescente	9 (12,5)	5 (9,4)	4 (21,1)	0,18*

Local da refeição

No domicílio	62 (86)	43 (81)	19 (100)	<0,05*
Fora do domicílio	10 (14)	10 (19)	0 (0)	

Hábito de comer rápido

29 (40,3)	20 (37,7)	9 (47,4)	0,46*
-----------	-----------	----------	-------

Presença de sono diurno

20 (27,8)	12 (22,6)	8 (42,1)	0,07*
-----------	-----------	----------	-------

Sono noturno

0,23*

< 9 horas	48 (66,7)	34 (64,2)	15 (78,9)
-----------	-----------	-----------	-----------

≥ 9 horas	24 (33,3)	19 (35,8)	4 (21,1)
-----------	-----------	-----------	----------

Sono noturno horas (Md ±

9,0 ± 1,6	9,1 ± 1,8	8,8 ± 1,7	0,5**
-----------	-----------	-----------	-------

DP)**Horas sentado/dia**

0,93*

≤ 4 horas	41 (56,9)	30 (56,6)	11 (57,9)
-----------	-----------	-----------	-----------

5 a 8 horas	19 (26,4)	13 (24,5)	6 (31,6)
-------------	-----------	-----------	----------

> 8 horas	12 (16,7)	10 (18,9)	2 (10,5)
-----------	-----------	-----------	----------

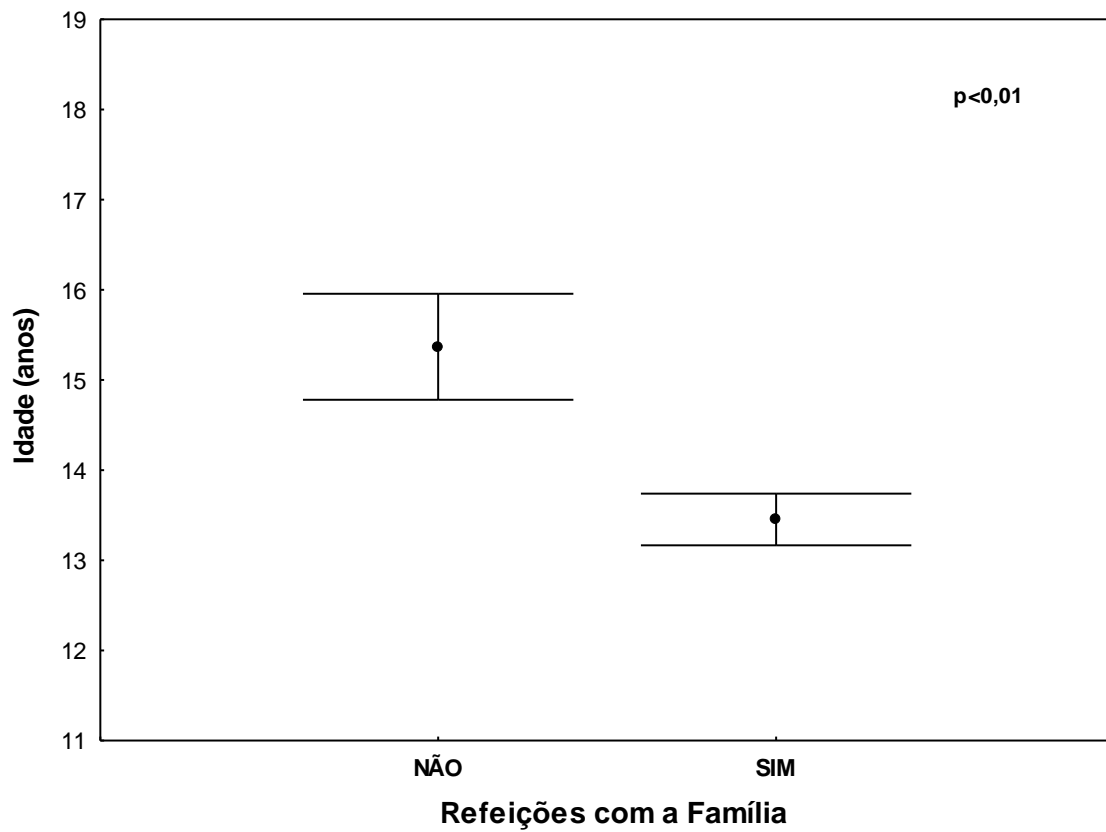
Legenda: Md±DP=média±desvio-padrão; n=varia de acordo com a disponibilidade do dado; *Teste Qui-quadrado; **Teste t.

Fonte: elaborado pelos autores (2017).



FIGURAS

Figura 1. Idade (Média e DP) dos adolescentes e refeições com a família.



Legenda: *Teste T. *Média±desvio-padrão.