

Análise do Diagnóstico de Enfermagem baixo peso em adolescentes de escolas públicas

Caroline Evelin Nascimento Kluczynik Vieira¹, Dândara Nayara Azevedo Dantas², Déborah Raquel Carvalho de Oliveira³, Larissa Soares Mariz⁴, Bertha Cruz Enders⁵

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Doutorado, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, RN, Brasil. E-mail: carolinekluczynik@gmail.com.

² Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Professora Substituto da UFRN. Natal, RN, Brasil. E-mail: dandara_dantas@hotmail.com.

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Doutorado, da UFRN. Natal, RN, Brasil. E-mail: deborahrco@hotmail.com.

⁴ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Doutorado, da UFRN. Natal, RN, Brasil. E-mail: larissamariz@gmail.com.

⁵ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Voluntária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. Natal, RN, Brasil. E-mail: bertha@ufrnet.br.

Recebido: 07/11/2014.

Aceito: 12/08/2015.

Publicado: 31/03/2016.

Como citar esse artigo:

Vieira CENK, Dantas DNA, Oliveira DRC, Mariz LS, Enders BC. Análise do Diagnóstico de Enfermagem baixo peso em adolescentes de escolas públicas. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016 [acesso em: __/__/__];18:e1151. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.32729>.

RESUMO

Objetivou-se analisar o Diagnóstico de Enfermagem baixo peso e fatores relacionados em adolescentes. Estudo transversal desenvolvido em 2013, com 372 adolescentes de escolas estaduais de Natal/RN, submetidos a exame físico e ao preenchimento de formulário. Três grupos foram formados: adolescentes com o Diagnóstico baixo peso (n=52), eutróficos (n=247) e com excesso de peso (n=73). Os dados do terceiro grupo não foram considerados nas comparações. A prevalência de adolescentes com o Diagnóstico baixo peso foi de 14%. Os fatores relacionados a esse diagnóstico foram: baixa renda e escolaridade materna; baixo consumo de leite e queijo; médias inferiores de índice de massa corporal, percentual de gordura e tecido ósseo; médias superiores de água e músculo. Verificou-se elevada prevalência do Diagnóstico de Enfermagem baixo peso em adolescentes. Aspectos socioeconômicos, sociais, alimentares e clínicos apresentaram associação a esse Diagnóstico e, portanto, devem ser alvo de ações de prevenção e intervenção de Enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem de Atenção Primária; Adolescente; Desnutrição.

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase dinâmica, que ocorre dos 10 aos 19 anos⁽¹⁾, na qual incidem profundas alterações biopsicossociais⁽²⁾. Promover saúde nessa população constitui um desafio, tanto por eles buscarem os serviços prioritariamente quando acometidos por doenças, quanto pela organização dos serviços, que têm desenvolvido poucas atividades de saúde para essa clientela⁽³⁾.

Cuidar dos adolescentes contribui para formação de uma população adulta mais saudável. Nesse cuidado, uma das principais estratégias é o acompanhamento nutricional, visto que, a ingestão de alimentos, fator importante para a saúde humana e bem-estar, é um elemento crucial nesta fase da vida, já que exerce influência no crescimento e na formação de comportamentos alimentares na idade adulta⁽⁴⁾. Ademais, o consumo inadequado de alimentos, nessa população, corrobora para o aparecimento de agravos à saúde, que se manifestam em curto ou em longo prazo.

Nesse contexto, estudos populacionais que permitam avaliar a magnitude dos agravos nutricionais e contribuir para o planejamento de ações eficazes de Saúde Pública, podem também constituir uma estratégia importante de investigação nutricional nessa população⁽⁵⁾.

Nessa perspectiva, estudos atuais estão dando maior ênfase à verificação de fatores contribuintes e relacionados ao grande número de casos de excesso de peso e obesidade em adolescentes, bem como, investigando os hábitos alimentares, atividades físicas e aspectos clínicos dessa clientela⁽⁶⁻⁸⁾.

Entretanto, destaca-se que a realização de estudos com foco na verificação de prevalências e fatores relacionados ao baixo peso também deve ser estimulado, uma vez que este desvio nutricional tem um efeito direto sobre o crescimento físico, desenvolvimento cognitivo e repercute negativamente na saúde dos adolescentes⁽⁴⁾.

O baixo peso é um Diagnóstico de Enfermagem segundo a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE®), código 10027316, cujo foco apresenta a seguinte descrição: condição de peso e massa corporal comprometidos⁽⁹⁾.

Como forma de buscar resposta para a magnitude desse problema e contribuir para o planejamento dos cuidados de Enfermagem, indagou-se: “Qual a prevalência do Diagnóstico de Enfermagem baixo peso em adolescentes de escolas públicas? Quais fatores estão relacionados a esse diagnóstico?”.

Acredita-se na pertinência deste estudo, devido às dificuldades enfrentadas por enfermeiros no cuidado com essa população e à necessidade de identificar os fatores relacionados, de modo a contribuir para o planejamento dos cuidados. Para tanto, o presente estudo objetivou analisar o Diagnóstico de Enfermagem baixo peso e os fatores relacionados em adolescentes.

MÉTODOS

Estudo transversal, desenvolvido em 2013, com adolescentes de escolas estaduais de uma capital da Região Nordeste do Brasil.

Para o plano amostral da pesquisa optou-se por uma amostragem estratificada, sendo: Estrato 1 (alunos da rede estadual de ensino da zona norte da cidade de Natal); Estrato 2 (da zona oeste); Estrato 3 (da zona leste); Estrato 4 (da zona sul).

A variável considerada, para efeito de definição do cálculo amostral, foi p = prevalência de alunos da referida população com sobrepeso. Procurou-se um estudo de delineamento metodológico confiável e que possuísse características, o mais semelhante possível, da população em análise, por tanto, considerou-se o

resultado de estudo que indicou a média de 16,5% de adolescentes com sobrepeso residentes nas capitais nordestinas⁽⁶⁾. Neste caso, o tamanho da amostra foi calculado da seguinte forma:

$$n = \frac{(0,15)N}{N^2D + 0,15}$$

Sendo: n= tamanho da amostra de alunos da rede estadual de ensino da cidade de Natal, N = 27377 alunos;⁽¹⁰⁾ e $D = \varepsilon^2/4$, sendo ε um limite de erro de estimação de p, que satisfaz: $P(|p - \hat{P}| < \varepsilon) = 0,95$. Sendo \hat{P} , uma estimativa para p.

Definido n, em seguida foi feita a alocação da amostra, ou seja, considerou-se n_j o tamanho da amostra e N_j tamanho do j-ésimo estrato, $j = 1, 2, 3, 4$, então $n_j = n w_j$, com:

$$w_j = \frac{N_j}{\sum_{i=1}^4 N_i} = \frac{N_j}{N}$$

Considerou-se $\varepsilon = 0,04$ e substituíram-se os valores na fórmula de n acima, obteve-se $n = 372$. Por outro lado, sabe-se que $N_1 = 8289$, $N_2 = 5410$, $N_3 = 8070$ e $N_4 = 5608$ (SEEC, 2011). Logo, substituiu-se na fórmula de w_j acima e obteve-se $w_1 = 0,30$; $w_2 = 0,20$, $w_3 = 0,29$ e $w_4 = 0,21$. Assim, encontraram-se os tamanhos das amostras para cada um dos estratos: $n_1 = 112$ (norte), $n_2 = 74$ (oeste), $n_3 = 108$ (leste) e $n_4 = 78$ (sul).

O plano amostral foi calculado pela consultoria em estatística da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, denominada de Laboratório de Estatística Aplicada (LEA).

Após concluir a estratificação por número de alunos matriculados por zona, procedeu-se o sorteio de duas escolas por zona, a subamostra foi dividida para ambas; uma turma foi sorteada por escola. A pesquisadora visitou a turma, explicou a pesquisa e entregou os Termos de Consentimento a serem assinados pelos pais.

No dia agendado, a pesquisadora voltou a turma e recebeu os termos assinados, os alunos permaneceram sentados em sala e foram convidados um a um para o local da avaliação do estado nutricional, sendo a ordem considerada as filas das carteiras da esquerda para direita, chamaram-se os alunos da primeira até a última carteira da fila. Admitiu-se na pesquisa apenas o equivalente ao calculado na amostra, ou seja, ao chegar no número de adolescentes para a escola, encerrou-se a avaliação do estado nutricional dos alunos. A participação ocorreu após o consentimento dos pais.

Os critérios de inclusão foram ter entre 10 e 19 anos e estar matriculado em escolas estaduais do município. O critério de exclusão foi não comparecer na data agendada.

A coleta de dados foi conduzida entre março e junho de 2013. Os adolescentes foram submetidos ao exame físico (antropometria, circunferência abdominal, pressão arterial e exame de bioimpedância) e responderam a um formulário sobre dados socioeconômicos e hábitos alimentares.

Na antropometria, considerou-se a média de duas mensurações. Para o peso, utilizou-se a balança digital da marca *Beurer*[®], com precisão de 10g, com os adolescentes descalços, roupas leves e posicionados no centro da plataforma. A estatura foi medida por estadiômetro da marca *WCS*[®], com precisão de 0,5cm, com os adolescentes descalços, em posição ortostática, braços ao longo do corpo, pés unidos, joelhos esticados, cabeça orientada no plano horizontal de *Frankfurt*, após inspiração profunda⁽¹¹⁾.

Na medição da circunferência abdominal, utilizou-se fita métrica inelástica da marca *Cardiomed*[®], com precisão de 0,1cm, no ponto médio entre a borda superior da crista ilíaca e o último rebordo costal, com o adolescente em pé, abdômen desnudo, braços posicionados ao longo do corpo e na fase expiratória da respiração⁽¹²⁾.

A pressão arterial foi aferida em três momentos, com intervalos de dois minutos, de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Considerou-se a média das duas últimas medidas⁽¹³⁾. Utilizaram-se esfigmomanômetro e estetoscópio da marca *BD*[®].

Para a bioimpedância, utilizou-se um aparelho da marca *Beurer*[®], com os adolescentes descalços, sem objetos metálicos, posicionados no centro da plataforma, segurando entre as mãos o receptor da frequência elétrica (50kHz). O aparelho identifica os percentuais corporais de gordura, água e músculo, além da quantidade de tecido ósseo.

Os dados foram tabulados e analisados no *IBM Statistical Package for the Social Science*[®] (*SPSS*[®]) 19.0, por meio dos testes de frequência, qui quadrado, *t* não pareado e *odds ratio*. Considerou-se significância de 5%.

Os participantes tiveram o estado nutricional classificado segundo o *Centers for Disease Control and Prevention*: muito baixo peso ($\leq 3rd$), baixo peso ($> 3rd$ e $\leq 10th$), eutrófico ($> 10th$ e $\leq 85th$), sobrepeso (> 85 e $\leq 95th$), obeso ($> 95th$ e $\leq 97th$) e obeso grave ($> 97th$)⁽¹⁴⁾.

O Diagnóstico foi determinado pela presença de baixo peso ou muito baixo peso. A partir da classificação do estado nutricional, a amostra foi dividida em três grupos, com o Diagnóstico baixo peso, eutróficos e com excesso de peso (sobrepeso, obeso ou obeso grave). Para o presente estudo, não foram considerados os dados dos adolescentes com excesso de peso, uma vez que, para a formação do grupo de comparação, o ideal é que eles não apresentem alteração do estado nutricional.

Considerou-se o critério para hábitos alimentares utilizado pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Para os marcadores de alimentação saudável (frutas, legumes, leite e queijo), foi considerado satisfatório o consumo desses alimentos em cinco ou mais dias da semana. Para os marcadores de alimentação não saudável (refrigerante, guloseimas, *catchup*/mostarda/maionese e fritura), considerou-se como satisfatório o consumo inferior a duas vezes na semana⁽¹⁵⁾.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sob parecer nº 183.885 e CAAE nº 10200812.0.0000.5537. A participação dos adolescentes ocorreu após consentimento dos pais e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dentre os 372 adolescentes escolares, sobressaiu a participação do sexo feminino (72%), de não brancos (73,9%), daqueles com renda familiar de até dois salários mínimos mensais (45,9%) - no período de coleta de dados o salário mínimo era R\$678,00, residindo com quatro ou mais pessoas (75,8%) e daqueles com escolaridade materna de até 9 anos (60,8%). A prevalência do Diagnóstico de Enfermagem baixo peso foi de 14% (IC 95% = 11,5 a 15,6%) na população estudada.

Na formação dos grupos de interesse, esses 14% (n=52) fizeram parte do grupo de adolescentes com o Diagnóstico baixo peso, uma vez que se enquadravam em baixo peso ou muito baixo peso. O grupo de comparação foi formado pelos 247 (66,4%) adolescentes classificados como eutróficos. Os 73 adolescentes classificados com excesso de peso (sobrepeso, obeso ou obeso grave) não foram considerados (13,5%), uma vez que comprometeria a comparação entre os grupos.

Verificou-se (Tabela 1) associação nos grupos para as seguintes variáveis socioeconômicas: renda familiar mensal e escolaridade materna. Os indivíduos com o Diagnóstico de Enfermagem baixo peso tinham 1,94 vez mais chance de ter renda de até um salário mínimo; e 2,8 vezes de a escolaridade materna ser inferior a nove anos.

Tabela 1. Associação entre variáveis socioeconômicas e o Diagnóstico de Enfermagem baixo peso em adolescentes (n=299). Natal, RN, Brasil, 2013.

Variável	Grupo		OR IC
	Baixo peso n (%)	Eutrófico n (%)	
Salário Mínimo*			
Até 1	28 (53,8)	122 (49,6)	1,94
≥ 1	24 (46,2)	125 (50,4)	(1,74-2,09)
Número de moradores na residência			
> 4	10 (19,2)	58 (23,5)	0,77
≥ 4	42 (80,8)	189 (76,5)	(0,36-1,64)
Escolaridade materna (anos)			
< 9	32 (61,5)	108 (43,7)	2,8
≥ 9	20 (38,5)	139 (56,3)	(2,43-3,48)

* No período de coleta de dados o salário mínimo era R\$678,00. OR - *odds-ratio*; IC - intervalo de confiança.

Sobre o consumo de produtos marcadores de alimentação saudável (Tabela 2), verificou-se associação nos grupos para os seguintes alimentos: leite e queijo. As frequências no grupo com o Diagnóstico baixo peso foram inferiores. Constatou-se, ainda, que os indivíduos com baixo peso tinham 3,71 vezes mais chance de consumir insatisfatoriamente queijo e 2,26 vezes o leite. Destacou-se, também, o consumo insatisfatório de frutas e legumes em ambos os grupos.

Sobre os produtos marcadores de alimentação não saudável (Tabela 2), verificou-se associação com *catchup*/mostarda/maionese e guloseimas, sendo a frequência de consumo maior para o grupo de eutróficos. Os adolescentes eutróficos tinham 2,67 vezes mais chance de consumir insatisfatoriamente *catchup*/mostarda/maionese; e 4,46 guloseimas. O consumo elevado de refrigerante e de fritura esteve presente em ambos os grupos.

Tabela 2: Associação entre o consumo de alimentos e o Diagnóstico de Enfermagem baixo peso em adolescentes (n=299). Natal, RN, Brasil, 2013.

Consumo alimentos/semana	Grupos		OR IC
	Baixo peso n (%)	Eutrófico n (%)	
Frutas			
≥5	26 (50,0)	104 (42,1)	1,37
<5	26 (50,0)	143 (57,9)	(0,75-2,50)
Legumes			
≥5	17 (32,7)	71 (28,7)	1,20
<5	35 (67,3)	176 (71,3)	(0,63-2,28)
Queijo			
≥5	9 (17,3)	191 (77,3)	3,71
<5	43 (82,7)	56 (22,7)	(3,32-4,55)
Leite			
≥5	18 (34,6)	148 (59,9)	2,26
<5	34 (65,4)	99 (40,1)	(1,67-3,36)
Refrigerante			
≤2	16 (30,8)	69 (27,9)	1,14
>2	36 (69,2)	178 (72,1)	(0,59-2,19)
Catchup/mostarda/maionese			
≤2	40 (76,9)	110 (44,5)	2,67
>2	12 (23,1)	137 (55,5)	(1,66-5,34)
Guloseimas			
≤2	46 (88,5)	54 (21,9)	4,46
>2	6 (11,5)	193 (78,1)	(3,18-5,15)
Fritura			
≤2	7 (13,5)	43 (17,4)	0,73
>2	45 (86,5)	204 (82,6)	(0,31-1,74)

OR - *odds-ratio*; IC - intervalo de confiança.

Por fim, observaram-se associações para peso, índice de massa corporal, circunferência abdominal, percentual corporal de gordura e quantidade de tecido ósseo (Tabela 3), uma vez que as médias foram significativamente menores nos adolescentes com o Diagnóstico baixo peso. Similarmente, para os percentuais corporais de água e músculo, também se observaram associações, entretanto, os valores das médias estiveram superiores nos adolescentes eutróficos.

Tabela 3: Associação entre as variáveis clínicas e o Diagnóstico de Enfermagem baixo peso em adolescentes (n=299). Natal, RN, Brasil, 2013.

Variável	Grupos		p-value*
	Baixo peso / Média ± desvio padrão	Eutrófico / Média ± desvio padrão	
Peso (kg)	43,43±7,24	52,07±8,34	0
Estatura (m)	1,61±0,09	1,61±0,08	0,415
Pressão arterial sistólica (mmHg)	102,77±10,20	105,60±11,05	0,091
Pressão arterial diastólica (mmHg)	64,14±9,72	65,03±9,13	0,531
Índice de massa corporal	15,61±1,88	20,17±2,04	0
Circunferência abdominal	63,25±5,64	69,22±5,81	0
Percentual de gordura	14,54±5,40	17,85±6,33	0,001
Percentual de água	61,98±4,85	57,61±5,40	0
Percentual de músculo	44,90±4,89	42,01±4,98	0
Tecido ósseo (kg)	9,70±0,88	10,33±0,92	0

* Teste t não pareado.

DISCUSSÃO

Na população do presente estudo, a prevalência do Diagnóstico baixo peso foi de 14%. Resultado que difere de pesquisa com escolares de todas as capitais brasileiras, a qual apontou uma prevalência em adolescentes de 1,8%⁽¹⁶⁾.

Estudo desenvolvido com 2782 adolescentes de 10 a 17 anos, matriculados em escolas públicas e privadas de cidades em diferentes Estados do Brasil, descreveu uma prevalência de desnutrição nesse grupo populacional de 13,3% (IC 95% = 12% - 14,6%), resultado que se assemelha aos achados da presente investigação⁽¹⁷⁾.

O baixo peso em adolescentes se mostrou associado, dentre outros fatores, ao nível de escolaridade das mães e a renda. De forma análoga, um estudo realizado com indivíduos de 10 a 19 anos na Índia também evidenciou associações estatísticas entre essas variáveis ($p < 0,000$) e demonstrou que os menores índices de escolaridade materna e de nível econômico estavam presentes nos adolescentes com baixo estado nutricional⁽¹⁸⁾.

Essa relação entre renda e baixo peso pode ser explicada, pois a escolha alimentar das famílias com pouco recurso financeiro é afetada pelo poder de compra do alimento. Essas pessoas dão preferência a aquisição de produtos baratos e em quantidade, em virtude do pouco dinheiro disponível para gastar com alimentação⁽¹⁹⁾. Desse modo, pressupõe-se que as populações mais carentes têm menos acesso a itens que forneçam uma nutrição diversificada e que, portanto, satisfaça as necessidades calóricas e nutricionais de todos os membros da família.

Para além desse fator econômico, o nível de escolaridade também se relaciona com o nível nutricional, na medida em que, interfere na forma como as pessoas escolhem seus alimentos. Os indivíduos com menor escolaridade podem possuir a percepção que produtos processados ricos em açúcar, gordura e/ou sódio são itens importantes em uma alimentação saudável⁽²⁰⁾. Nesse sentido, percebe-se que não basta ter dinheiro para comprar alimentos, é necessário ter educação para escolher alimentos saudáveis e que satisfaça as necessidades nutricionais.

O baixo peso também apresentou relação estatística significativa com consumo insatisfatório de queijo e leite, fontes importantes de cálcio. Salienta-se que esse nutriente está disponível em diversos produtos, mas mesmo assim, apenas 11,7% dos adolescentes consomem uma quantidade diária adequada⁽²¹⁾.

A ingestão inadequada de cálcio por jovens pode prejudicar o desenvolvimento, causar baixa estatura, osteoporose e baixo rendimento escolar⁽²²⁾. Por isso, recomenda-se que os profissionais da saúde forneçam informações a estes sujeitos, bem como aos seus responsáveis, sobre fontes de alimentos ricos em cálcio e sobre a importância desse nutriente para formação óssea e prevenção de agravos à saúde⁽²¹⁾.

No que se refere ao hábito alimentar, cabe considerar que ingestões não saudáveis estiveram presentes em ambos os grupos estudados. Os adolescentes afirmaram consumir insatisfatoriamente frutas, legumes, verduras, refrigerante e frituras. Resultado semelhante foi encontrado na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, na qual 71,1% dos adolescentes afirmaram consumir refrigerante pelo menos duas vezes

por semana, e 73,4% consumiam guloseimas⁽¹⁵⁾.

Sobre o fator relacionado às variáveis clínicas, o grupo com o Diagnóstico de baixo peso apresentou valor menor para peso, índice de massa corporal, circunferência abdominal e percentual de gordura, o que é esperado em indivíduos com baixo peso⁽²³⁾.

Nesse grupo destacou-se a baixa quantidade de tecido ósseo. Esse resultado é preocupante, porque se espera que adolescentes tenham, no mínimo, 10kg de tecido ósseo. As repercussões são baixa estatura, problemas osteoarticulares e desmineralização óssea⁽²³⁾.

Portanto, para prevenir ou intervir nesse Diagnóstico em adolescentes, sugere-se que a Enfermagem seja mediadora entre o serviço de saúde, a escola e a família, considerando os fatores relacionados a hábitos alimentares, condição socioeconômica e condição clínica.

Acredita-se ser relevante identificar fatores relacionados ao Diagnóstico baixo peso contido na CIPE®, porque colabora na mensuração rápida e de fácil compreensão, podendo impactar na qualidade do processo de Enfermagem. Sugere-se, desse modo, o desenvolvimento de estudos de tendência temporal, a fim de se confirmarem os fatores relacionados.

Como limitações do estudo, identificaram-se: a coleta de dados ocorreu em escolas estaduais, o que não permitiu comparação com uma população de maior renda; e o delineamento transversal não permitiu estabelecer relações de causalidade a partir das associações entre o Diagnóstico baixo peso e os fatores relacionados.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a prevalência do Diagnóstico de Enfermagem baixo peso na população de adolescentes de escolas estaduais de Natal foi de 14%. Além disso, fator econômico, hábito alimentar e variáveis clínicas relacionaram-se ao Diagnóstico, de forma que houve associação com as seguintes variáveis: baixa renda econômica e escolaridade materna; ingestão reduzida de alimentos ricos em cálcio; e valores de peso, índice de massa corporal, circunferência abdominal, quantidade de tecido ósseo e percentuais de gordura menores do que no grupo de comparação.

A prevalência do baixo peso encontrada constitui um alerta aos serviços de vigilância nutricional, com vistas à programação de medidas de prevenção e acompanhamento periódico. Destacou-se que há um Diagnóstico de Enfermagem específico para indivíduos com baixo peso. Os fatores relacionados identificados podem interferir na qualidade de vida e saúde desses adolescentes, levando-os a prejuízos nutricionais que podem estar presentes também na fase adulta, acarretando em outros problemas de saúde causados pela deficiência de nutrientes essenciais. Esse conjunto de informações pode contribuir para a sensibilização do enfermeiro quanto à sua responsabilidade no atendimento a essa clientela, em especial na Atenção Primária em Saúde, e no planejamento de ações resolutivas.

AGRADECIMENTO

O presente estudo recebeu apoio financeiro para bolsa de mestrado e doutorado concedido pela Coordenação de Pessoal de Ensino Superior (CAPES/DS).

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Health for the World's Adolescents: A second chance in the second decade [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2014 [acesso em: 31 Mar. 2016]. Disponível em: http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf.
2. Costello EJ, Copeland W, Angold A. Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? J Child Psychol Psychiatry [Internet]. 2011 [acesso em: 31 Mar. 2016];52(10):1015-25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x>.
3. Ayres JRCM, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Ways of comprehensiveness: adolescents and young adults in Primary Healthcare. Interface - Comun Saúde, Educ [Internet]. 2012 [acesso em: 31 Mar. 2016];16(40):67-82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000021>.
4. Naeeni MM, Jafari S, Fouladgar M, Heidari K, Farajzadegan Z, Fakhri M, et al. Nutritional Knowledge, Practice, and Dietary Habits among school Children and Adolescents. Int J Prev Med [Internet]. 2014 [acesso em: 31 Mar. 2016];5(Suppl 2):S171-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4476009/>.
5. Flores LS, Gaya AR, Petersen RD, Gaya A. Trends of underweight, overweight, and obesity in Brazilian children and adolescents. J Pediatr (Rio J) [Internet]. 2013 [acesso em: 31 Mar. 2016];89(5):456-61. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2013.02.021>.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil [Internet]. 2009 [acesso em: 31 Mar. 2016]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/pof/2008_2009_encaa/.
7. Muniz LC, Zanini RV, Schneider BC, Tassitano RM, Feitosa WMN, González-Chica DA. Prevalência e fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras entre adolescentes de escolas públicas de Caruaru, PE. Cien Saude Colet [Internet]. 2013 [acesso em: 31 Mar. 2016];18(2):393-404. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000200011>.
8. Pedroni JL, Rech RR, Halpern R, Marin S, Roth LR, Sirtoli M, et al. Prevalência de obesidade abdominal e excesso de gordura em escolares de uma cidade serrana no sul do Brasil. Cien Saude Colet [Internet]. 2013 [acesso em: 31 Mar. 2016];18(5):1417-25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500027>.
9. Ordem dos Enfermeiros. Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE®). CIPE® 2.0 Browser [Internet]. 2011 [acesso em: 31 Mar. 2016]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>.
10. Secretaria Estadual de Educação e Cultura do Estado do Rio Grande do Norte. Censo escolar 2011 [Internet]. 2011 [acesso em: 30 Nov. 2014]. Disponível em: <http://www.arquivoseec.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/seec/aplicativos/enviados/matricula.asp>.
11. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry [Internet]. Genebra: World Health Organization; 1995 [acesso em: 31 Mar. 2016]. Disponível em: http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/.
12. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2000 [acesso em: 31 Mar. 2016]. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/.
13. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Revista Brasileira de Hipertensão [Internet]. 2010 [acesso em: 31 Mar. 2016];17(1):1-69. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-1.asp>
14. Centers for Disease Control and Prevention. CDC table for calculated body mass index values for selected heights and weights for ages 2 to 20 years [Internet]. 2000 [acesso em: 31 Mar. 2016]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/healthyweight/assessing/bmi/00binaries/bmi-tables.pdf>.
15. Ministério da Saúde; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Ministério do Planejamento, Orçamento e

- Gestão. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [acesso em: 31 Mar. 2016]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv64436.pdf>.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2012. Rio de Janeiro: IBGE; 2012 [acesso em: 31 Mar. 2016]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv62715.pdf>.
17. Fernandes RA, Christofaro DGD, Dias RMR, Codogno JS, Oliveira AR. Desnutrição e sua associação com atividades durante o lazer entre adolescentes. Cien Saude Colet [Internet].; 2014 [acesso em: 31 Mar. 2016];19(3):875-80. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.07442013>.
18. Deka MK, Malhotra AK, Yadav R, Gupta S. Dietary pattern and nutritional deficiencies among urban adolescents. J Family Med Prim Care [Internet]. 2015 [acesso em: 31 Mar. 2016];4(3):364-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4103/2249-4863.161319>.
19. Defante LR, Nascimento LDO, Lima-Filho DO. Comportamento de consumo de alimentos de famílias de baixa renda de pequenas cidades brasileiras: o caso de Mato Grosso do Sul. Interações (Campo Grande) [Internet]. 2015 [acesso em: 31 Mar. 2016];16(2):265-76. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/151870122015203>.
20. Moura AF, Masquio DCL. A influência da escolaridade na percepção sobre alimentos considerados saudáveis. Revista de Educação Popular [Internet]. 2014 [acesso em: 31 Mar. 2016];13(1):82-94. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/23878>.
21. Oliveira CF, Silveira CR, Beghetto M, Mello PD, Mello ED. Assessment of calcium intake by adolescents. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2014 [acesso em: 31 Mar. 2016];32(2):216-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-0582201432211913>.
22. Veiga GV, Costa RS, Araújo MC, Souza AM, Bezerra IN, Barbosa FS, et al. Inadequação do consumo de nutrientes entre adolescentes brasileiros. Rev Saude Publica [Internet]. 2013 [acesso em: 31 Mar. 2016];47 Supl. 1:212s-21s. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000700007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
23. Fonseca RMC, Oliveira RJ, Pereira RW, França NM. Densidade mineral óssea associada a características físicas e estilo de vida em adolescentes. Rev Bras Med Esporte [Internet]. 2012 [acesso em: 31 Mar. 2016];18(6):381-4. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922012000600007>.