Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Do Diagnóstico à Intervenção de Enfermagem Comunitária: Capacitar Para Melhor Viver

Estágio e Relatório

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Ana Paula Moreira e Silva Lopes

Orientador

Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho

Vila Real, 2016

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Do Diagnóstico à Intervenção de Enfermagem Comunitária: Capacitar Para Melhor Viver

Estágio e Relatório

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Ana Paula Moreira e Silva Lopes

Orientador

Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho

Vila Real, 2016

Este trabalho foi expressamente elaborado como Estágio e Relatório original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária, sendo apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que, de algum modo, me ajudaram neste percurso, contribuindo para alcançar uma meta muito importante da minha formação e construção, quer profissional, quer pessoal.

O meu muito obrigada:

Ao Orientador dos Estágios de Enfermagem Comunitária, Professor Doutor Amâncio Carvalho, por todas as orientações prestadas, pela disponibilidade e pela dedicação para ensinar;

Aos Tutores dos Estágios de Enfermagem Comunitária – Módulo I e II, Enfermeiros Estela Vieira e Nuno Meireles, pelas suas críticas que foram sempre diretas, individuais, corretivas e construtivas;

À equipa multidisciplinar da Unidade Cuidados na Comunidade, pelo excelente acolhimento;

À colega de Estágio de Enfermagem Comunitária – Maria Pinto, pelo apoio no percurso e colaboração no Projeto "Capacitar para melhor viver";

Aos colegas do meu local de trabalho, por todos os esforços efetuados para a minha disponibilidade de horário;

Aos meus familiares, pela paciência despendida e pelo tempo que lhes roubei.

RESUMO

Este relatório diz respeito ao estágio desenvolvido no período de 8 de setembro a 19 de dezembro de 2014, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Lousada e Unidade de Saúde Pública de Paços de Ferreira, pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde Tamega III-Vale do Sousa Norte e pretende descrever de forma crítica e reflexiva todo o percurso desenvolvido. Neste estágio, a principal atividade foi a implementação de um projeto de intervenção designado "Capacitar para viver melhor", no âmbito da alimentação saudável e atividade física, procurando capacitar os alunos sobre a alimentação saudável e os benefícios da prática regular de atividade física. De entre os estilos de vida saudáveis, a alimentação saudável e a prática de atividade física desempenham um papel importante no desenvolvimento do jovem, podendo contribuir para a redução de doenças crónicas e aumentar a qualidade de vida do futuro adulto.

A metodologia seguida foi a do planeamento em saúde, desde o diagnóstico de situação, que já tinha sido realizado no estágio anterior, a que este estágio deu continuidade, até à avaliação das intervenções. A amostra integrou 450 alunos da Escola Secundária de Lousada, cerca de 23,6% da população, aos quais foi aplicado um questionário de autopreenchimento, construído e validado para o efeito. Os dados foram tratados com recurso ao *Statistical Package for the Social Science*.

Do diagnóstico de situação salienta-se que a maioria dos alunos era do sexo feminino (60,2%), pertencia ao grupo etário dos 15-17 anos (46,9%) e frequentava o ensino secundário (62,9%). Em relação aos hábitos alimentares, 72,7% da amostra fazia mais de quatro refeições diárias, sendo que 30% consumia diariamente alimentos saudáveis, verificando-se baixo consumo diário de sopa, legumes e fruta. Do total da amostra, 36,2% praticava atividade física menos de 300 minutos/semana e 17,6% era sedentária. Quanto ao lazer sedentário, 62,0% dos alunos via TV ou jogava videojogos mais de duas horas/dia. Foi identificado um conjunto de problemas, entre os quais, 70,0% dos jovens não consumia diariamente alimentos saudáveis e 17,6% não praticava atividade física, que foram priorizados, tendo sido decidido intervir na alimentação e na atividade física. As estratégias desenvolvidas centraram-se na realização de educação para a saúde sobre alimentação saudável e prática de atividade física, conto ilustrado e aula prática de zumba, em parceria com outros profissionais, com grande

adesão dos alunos e dos professores. A avaliação revela que as metas propostas foram largamente ultrapassadas.

Para além da implementação do projeto de intervenção, foram desenvolvidas nos dois contextos de estágio outras atividades, que nos permitiram desenvolver as competências preconizadas para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Este projeto poderá ter continuidade na Unidade de Cuidados na Comunidade, permitindo-lhe um melhor conhecimento da realidade da sua população e adequar melhor as intervenções futuras, consolidando os resultados das intervenções efetuadas.

Palavras-chave: Obesidade; adolescentes; alimentação; atividade física.

ABSTRACT

This report concerns the internship carried out from september 8 to december 19 of 2014, in Community Unit Care of Lousada and Health Public Unit of Paços de Ferreira, belonging to the Tâmega III Health Centers Group – Vale do Sousa Norte and it intent´s to describe in a critical and reflective way, all the route developed. At this internship the main activity was the implementation of an intervention project designated "Empower for better living", in healthy eating and physical activity areas, seeking to empower students about healthy eating and the benefits of practice regular physical activity. Among the healthy lifestyles, healthy eating and physical activity play an important role in the young development, contributing to the reduction of chronic diseases and improve the quality life of future adult.

The methodology followed was the Health Planning metodology, from the Situation Diagnostic, which was developed in the preceding internship, to watch this internship continued, until the evaluation of interventions. The sample joined 450 students from Escola Secundária de Lousada, about 23.6% of the population, to which it was applied a self report questionnaire, developed and validated for this purpose. The data were analyzed using the SPSS.

The Situation Diagnostic noted that most of the students were female (60.2%), with ages between 15-17 years old(46.9%) and attending the Secondary Education (62.9 %). Compared to eating habits, 72.7% of the sample have more than 4 daily meals, 30% consumed healthy food daily, it verified low consume of soup, vegetables and fruit daily. From the total sample, 36.2% practiced physical activity less than 300 minutes per week and 17.6% were sedentary. Relative to the sedentary leisure, 62% of students watched television or played video games for more than 2 hours a day. A series of problems has been identified, among which 70% of the student's didn´t consume healthy food daily and 17.6% didn´t practice physical activity, which were prioritized and it was decided to intervene in healthy eating and physical activity. The strategies developed focused on the conducting Health Education about healthy eating and physical activity, illustrated tale and zumba practical class, in partnership with other professionals, it had a very large membership of students and teachers. The evaluation shows that the proposed targets were greatly exceeded.

Beyond the implementation of the intervention project were developed in two internship contexts other activities, which allowed us to develop the recommended Competencies for

Specialist Nurse Community and Public Health. This project may have continuity in the Unit Care in the Community, allowing a better understanding of the reality of population and better tailor future interventions, consolidating the results of interventions.

Keywords: Obesity; adolescent; food; physical activity.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS v
RESUMO vii
ABSTRACT ix
ÍNDICE DE FIGURAS xiii
ÍNDICE DE TABELAS xv
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS xvii

1. INTRODUÇÃO 1

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: A PROMOÇÃO DA SAÚDE ENQUANTO PRINCIPAL COMPETÊNCIA DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA 7
2.1. Estilos de vida 8
2.1.1. Alimentação saudável 9
2.1.2. Atividade física 13
2.2. Quadro de referência: Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender 15
2.3. Papel do enfermeiro na promoção da saúde 18

3. METODOLOGIA: PLANEAMENTO EM SAÚDE 21
3.1. População e amostra 22
3.2. Instrumento de recolha de dados 23
3.3. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas 24
3.4. Análise de dados 25

4. PROJETO DE INTERVENÇÃO: CAPACITAR PARA VIVER MELHOR 27
4.1. Diagnóstico de situação em saúde 28
4.1.1. Apresentação e discussão dos resultados obtidos 28
4.1.1.1.Caracterização sociodemográfica da amostra 28
4.1.1.2. Hábitos alimentares 29
4.1.1.3. Atividade física e lazer sedentário 32
4.1.1.4. Perceção do estado de saúde 35
4.2. Determinação de prioridades 36
4.2.1. Necessidades identificadas na população 36
4.2.2. Priorização dos problemas 36
4.2.3. Hierarquização dos problemas 38
4.3. Fixação dos objetivos 39
4.4. Seleção de estratégias 41

4.5. Preparação operacional/programação 41
4.5.1. Execução das atividades 43
4.6. Avaliação das atividades 45

5. OUTRAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS 49
5.1. Em contexto da Unidade Cuidados na Comunidade 49
5.2. Em contexto da Unidade de Saúde Pública 50

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 53

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 57

APÊNDICES 61

Apêndice A - Versão provisória do questionário "Hábitos de vida saudáveis em jovens em idade escolar" 63
Apêndice B – Versão definitiva do questionário "Hábitos de vida saudáveis em jovens em idade escolar" 79
Apêndice C - Pedido de autorização para utilização das questões do questionário do Projeto Aventura Social, mais concretamente do estudo HBSC 89
Apêndice D - Pedido de autorização para a aplicação do pré-teste ao coordenador da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados S. Tiago 93
Apêndice E - Pedido de autorização e parecer favorável para a aplicação do questionário de recolha de dados, à Direção Geral de Educação 97
Apêndice F - Pedido de autorização para aplicação do questionário ao Diretor do Agrupamento de Escolas de Lousada 103
Apêndice G - Diapositivos da sessão de EpS sobre "Benefícios de uma alimentação saudável" 107
Apêndice H - Conto ilustrado "Comer…com saber" 119
Apêndice I - Diapositivos da sessão de EpS sobre "Benefícios da prática de AF" 201
Apêndice J - Divulgação das atividades 209

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Velocidade de crescimento dos jovens 12
Figura 2. Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender 16

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. População residente no concelho de Lousada, segundo o grupo etário (ciclo vital) e o sexo 23
Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra 29
Tabela 3. Frequência de consumo de alimentos (%) 30
Tabela 4. Resultados dos testes estatísticos entre a frequência de consumo de alimentos e o sexo . 31
Tabela 5. Resultados dos testes estatísticos entre a frequência de consumo de alimentos e a perceção da saúde 31
Tabela 6. Distribuição da amostra quanto à AF e lazer sedentário (%) 33
Tabela 7. Resultados dos testes estatísticos entre a AF e as variáveis sociodemográficas e a perceção da saúde dos jovens 33
Tabela 8. Resultados dos testes estatísticos entre o lazer sedentário e as variáveis sociodemográficas 34
Tabela 9. Perceção do estado de saúde e motivo de toma de medicação (%) 35
Tabela 10. Quadro de determinação de prioridades segundo o método de DARE 38
Tabela 11. Plano esquemático da sessão "Bem comer, para viver +" 42
Tabela 12. Plano esquemático da sessão "Mexe-te para viver +" 43
Tabela 13. Indicadores de processo das atividades "Bem comer, para viver +" e "Mexe-te, para viver +" 45
Tabela 14. Frequência do consumo de alimentos (%) 46
Tabela 15. Distribuição da amostra quanto à AF e lazer sedentário (%) 47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

AF - Atividade Física

DARE - *Decision Alternative Rational Evaluation*

DGS - Direção-Geral da Saúde

DSS - Diagnóstico de Situação em Saúde

EEECSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

EpS - Educação para a Saúde

ESL - Escola Secundária de Lousada

INE - Instituto Nacional de Estatística

IOTF - International Obesity Task Force

KW - Teste de *Kruskal-Wallis*

MEC - Mestrado em Enfermagem Comunitária

MPS - Modelo de Promoção de Saúde

MW - Teste de *Mann-Whitney*

OE - Ordem do Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

PES - Projeto de Educação para a Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE - União Europeia

USP - Unidade de Saúde Pública

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do Estágio, 2º ano, do Mestrado em Enfermagem Comunitária (MEC) da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real/Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, no período compreendido entre 08 de setembro e 19 de dezembro de 2014, na Unidade Cuidados na Comunidade (UCC) e na Unidade de Saúde Pública (USP), do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Tâmega III - Vale do Sousa Norte, num total 400 horas. O estágio na UCC de Lousada decorreu de 08 de setembro a 28 de novembro, e na USP decorreu de 01 a 19 de dezembro.

Segundo Azevedo, Moreira, Azevedo e Gonçalves (2008), um relatório tem como finalidade comunicar "…os resultados de uma investigação…" e enunciar "…o que foi feito, porque foi feito, apresentar os dados recolhidos, segundo o método escolhido e criar novos conhecimentos com base numa proposta de interpretação desses dados recolhidos" (p.66).

Este estágio permitiu dar continuidade ao Estágio de Enfermagem Comunitária desenvolvido no 1º ano, 2º semestre, no qual foi realizado o diagnóstico de situação, cujos resultados serão apresentados neste documento para contextualização. No presente Estágio, ao qual se reporta este relatório, foram levadas a cabo as restantes etapas da metodologia do Planeamento em Saúde, entre as quais as intervenções e a respetiva avaliação.

Neste relatório estão patentes as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP), definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010), como sendo específicas para esta especialidade. Assim, um EEECSP:

> …estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; Integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano nacional de saúde; Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. (OE, 2010, p.5)

No diagnóstico de situação em saúde estão descritas as necessidades da população em estudo, identificadas pela aplicação do questionário. Foram identificados, entre outros, os seguintes problemas:

Problema 1: 70% dos jovens não consome os alimentos saudáveis com a frequência recomendada;

Problema 2: 25,3% dos jovens faz menos de quatro refeições por dia;

Problema 3: 40% dos jovens passa de duas a três horas a ver televisão ou a jogar jogos eletrónicos;

Problema 4: 17,6% dos jovens não pratica atividade física (AF).

Estes problemas foram priorizados segundo o método de DARE (*Decision Alternative Rational Evaluation*), que coloca ênfase no peso relativo dos critérios pré-definidos, tendo sido ordenados tal como se encontram acima. Neste processo também participou a equipa de enfermagem da UCC de Lousada, que desenvolve Saúde Escolar e contacta todos os dias com estes jovens, apercebendo-se destas e de outras dificuldades existentes.

Recorrendo à linguagem da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE), os nossos problemas podem constituir dois diagnósticos: ingestão nutricional comprometida e não adesão ao regime de exercício físico (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011).

Dando continuidade às etapas do planeamento em saúde implementou-se um projeto na área da promoção de uma alimentação saudável e atividade física nos jovens da Escola Secundária de Lousada (ESL), denominado "Capacitar para viver melhor".

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013) enfatiza a importância de "avaliar os hábitos alimentares, prática de atividades desportivas ou culturais e ocupação de tempos livres" (p.12). Segundo o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2012a) "o número de crianças com excesso de peso e obesidade varia entre 5 e 25% na União Europeia (Eugloreth, 2007), dos 11 aos 13 anos de idade, factor de risco de doença crónica associado a mortalidade prematura" (p.5). O mesmo documento refere ainda que "há evidência de benefício para a saúde a longo prazo através de intervenções a nível de: i) Promoção das relações parentais; ii) Estilos de vida saudáveis; iii) Prevenção de comportamentos de risco, abuso e violência; iv) Apoio à saúde mental; v) Relações saudáveis e planeamento familiar; vi) Serviços de saúde adequados ao adolescente" (pp.5-6).

De entre os estilos de vida saudável, o hábito de uma alimentação saudável e atividade física desempenham um importante papel no desenvolvimento do jovem, podendo contribuir para a redução de doenças crónicas, e aumentar a qualidade de vida do futuro adulto.

Os países do Sul da Europa estão na liderança da prevalência de obesidade infantil, onde Portugal está incluído. Entre os 21 países, são as ilhas mediterrânicas de Malta, Sicília, Gibraltar e Creta e os países Portugal, Espanha e Itália, que apresentam mais de 30% de crianças com sobrepeso e mais de 10% com obesidade segundo a International Obesity Task Force (IOTF, 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é o período entre os 10 e 19 anos de idade, sendo marcado pelo crescimento e desenvolvimento acelerado, onde estilos de vida condicionam o estado nutricional. Hábitos alimentares pouco saudáveis e inatividade física, estão entre as principais causas para o aumento dos fatores de risco para o aparecimento de doenças como obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus* tipo 2 e certos tipos de cancro, que contribuem substancialmente para as despesas globais com a saúde e para os valores de mortalidade (World Health Organization, 1986).

A prática de atividade física é muito importante nos jovens, segundo a DGS (2010):

> …a actividade física e os desportos saudáveis são essenciais para a nossa saúde e bem-estar. Actividade física adequada e desporto para todos constituem um dos pilares para um estilo de vida saudável, a par de alimentação saudável, vida sem tabaco e o evitar de outras substâncias perniciosas para a saúde. A evidência científica e a experiência disponível mostram que a prática regular de atividade física regular e o desporto beneficiam, quer fisicamente, quer socialmente, quer mentalmente, toda a população, homens ou mulheres, de todas as idades, incluindo pessoas com incapacidades. (p.1)

Ainda segundo a mesma fonte:

> …o exercício físico regular fornece aos jovens inúmeros benefícios (físicos, mentais e sociais) para a saúde. Os estudos mostram que: nos adolescentes, quanto mais participarem em actividades físicas, menor será a probabilidade de virem a fumar; nas crianças que são mais activas fisicamente verifica-se uma maior performance académica. Os jogos de equipa promovem de forma positiva a integração social e facilita o desenvolvimento das capacidades sociais dos adolescentes. (pp.4-5)

A realização deste percurso terminou com o presente relatório de estágio que tem como objetivos:

- Expor a revisão da literatura desenvolvida sobre a temática de eleição;
- Apresentar os contextos de estágio, o projeto e atividades desenvolvidas;

- Descrever as etapas da metodologia de planeamento em saúde implementadas no decorrer do projeto;
- Identificar as principais competências adquiridas e desenvolvidas no âmbito de atuação do EEECSP;
- Analisar, de forma crítica e reflexiva, todo o percurso desenvolvido.

O estágio foi um espaço/tempo de desenvolvimento de saberes e competências específicas requeridas ao EEECSP, exigindo para tal uma atitude reflexiva, introspetiva da realidade, intervindo de acordo com os recursos disponíveis e com sustentação teórica fundamentada.

Todos estes objetivos figuraram-se com os nossos objetivos pessoais, tratando-se estes estágios, mais do que qualquer outro momento formativo, de um espaço para aprimoramento das nossas intervenções.

No desenvolvimento do Relatório de Estágio utiliza-se uma linguagem clara, objetiva, rigorosa e uma metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva, com recurso à pesquisa bibliográfica, reflexão pessoal e orientação do professor e tutor.

De forma a facilitar a leitura e compreensão do documento, efetuou-se uma divisão em seis capítulos. Na introdução, faz-se uma contextualização do estágio, apresenta-se o tema e justifica-se a sua importância, incluindo os objetivos. No segundo capítulo, promoção de uma alimentação saudável e atividade física, descrevem-se os conceitos de alimentação saudável e atividade física, onde se inclui um quadro de referência do Modelo de Promoção de Saúde (MPS) de Nola Pender. No terceiro capítulo aborda-se a metodologia de planeamento em saúde, descrevem-se as suas etapas e faz-se a descrição dos locais de estágio. No quarto capítulo descreve-se o projeto e as intervenções no âmbito da UCC. No quinto capítulo aborda-se as outras atividades realizadas no contexto da UCC e da USP. No sexto capítulo, designado considerações finais, serão efetuadas as principais conclusões, pertinentes e necessárias, decorrentes do desenvolvimento do Relatório do Estágio.

Todos os documentos referenciados no presente relatório, com particular interesse para a sua clarificação, serão remetidos para anexo. No entanto, alguns trabalhos não estarão contemplados, pelo que, se solicitados, serão apresentados com toda a disponibilidade.

Na execução destes projetos teve-se como finalidade a obtenção de ganhos em saúde num futuro próximo, na amostra de alunos que participou neste projeto, através do

desenvolvimento de estratégias com as escolas e/ou com outras entidades, no sentido de se melhorar e/ou promover hábitos alimentares e atividade física mais adequados nos jovens envolvidos.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: A PROMOÇÃO DA SAÚDE ENQUANTO PRINCIPAL COMPETÊNCIA DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A enfermagem comunitária desenvolve um papel fundamental nas equipas de cuidados de saúde primários, pois esta é definida como "a prática da promoção e proteção da saúde das populações utilizando conhecimento das ciências de enfermagem, sociais e de saúde pública" (Stanhope & Lancaster, 2011, p.200). O EEECSP é o profissional de saúde mais indicado para assegurar a prevenção primária dos problemas de saúde e desenvolver programas de promoção da saúde para a população. Segundo a OMS (1986), tal como refere O'Donnell (2008), promoção de saúde é quando um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo.

Os cuidados a este nível devem ser contextuais, relacionais, existenciais e todos os atos dos enfermeiros devem realizar-se "para", "pela" e "com" a pessoa e, dessa forma, é uma construção entre o ser que cuida e o ser que é cuidado. Assim, para a OE (2001), "o exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)" (p.10). Ainda segundo a OE (2001), os padrões de qualidade têm como base a saúde, a pessoa, o ambiente e a situação, devendo a nossa intervenção incidir essencialmente na prevenção e promoção de estilos de vida saudáveis.

Assim, a educação para a saúde (EpS) é de grande utilidade para a profissão do enfermeiro, pois o seu papel é facultar a autonomia, desenvolver oportunidades, desmistificar crenças e proporcionar o desenvolvimento de competências, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem da pessoa, num processo de crescimento e desenvolvimento (Bernardino, 2009).

Como referido por Carvalho e Carvalho (2006), "os enfermeiros sabem que a Educação para a Saúde faz parte integrante da ação de cuidar, sendo por isso chamados a desempenhar um papel relevante, no contexto da equipa" (p.15). E segundo os mesmos autores, a EpS enfatiza a mudança voluntária tendo por foco as atitudes e comportamentos de saúde, o conceito de

risco e a perceção do mesmo. Ainda, segundo Amorim (2000), citado por Carvalho e Carvalho (2006), a "…EpS é uma forma de estimular o desenvolvimento do homem enquanto indivíduo e como parte de um ecossistema complexo" (p.3), sendo que a intervenção do enfermeiro terá que ser uma "…intervenção autêntica na cultura dos indivíduos, tendo em conta os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos" (p.3).

A vantagem da promoção de saúde enquanto área de atenção remonta às conferências internacionais de Otawa, Adelaide, Sundsvall, Bogotá e Jacarta, recorrendo-se à utilização de recursos e conhecimentos dos indivíduos no sentido da adoção de estilos de vida saudáveis. Permanece também vasta referência a este tema em documentos nacionais, como a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de agosto), em que na alínea a) do n.º 1, capítulo I, refere que "a promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do Estado" (p.3452). Também a OE (2001), no documento dos padrões da qualidade dos cuidados de enfermagem, acerca da promoção da saúde refere que "na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde*"* (p.14).

2.1. Estilos de vida

O estilo de vida tem sido apontado como um dos fatores mais importantes na elaboração das propostas para a promoção da saúde e qualidade de vida das populações. Atualmente, as maiores causas de doença e mortalidade estão relacionadas com o estilo de vida, o que significa que podem ser atenuadas se tomadas as opções corretas em relação à saúde.

Para tal, existem programas de melhoria de aptidões pessoais e sociais que habilitam o jovem a identificar e resolver problemas, gerir conflitos interpessoais, otimizar a sua comunicação interpessoal, defender os seus direitos, resistir à pressão de pares, entre outros, e com estas aprendizagens otimizar a sua capacidade de escolher um estilo de vida saudável e de o manter (Matos et al., 2006).

Para além destes, há muitos outros fatores que contribuem para um estilo de vida menos ativo: o aumento da insegurança, a progressiva redução dos espaços livres nos centros urbanos, a disponibilidade das novas tecnologias, que favorece atividades sedentárias, tais como jogar computador ou consola (Playstation, Xbox, Wii, etc.), chats, navegar na internet, enviar

emails, redes sociais e televisão. Considera-se também que a taxa de morbilidade e mortalidade dos adolescentes resulta, em grande medida, dos estilos de vida praticados e que muitos dos comportamentos incluídos no seu estilo de vida podem influenciar, direta ou indiretamente, a sua saúde a curto ou a longo prazo. Os autores afirmam que a maioria das atuais ameaças à saúde dos adolescentes é consequência de fatores sociais, ambientais e comportamentais. Estes fatores, que podemos designar como fatores de risco, incluem comportamentos e efeitos dos distúrbios na alimentação.

Os comportamentos de risco e de saúde tendem a agrupar-se entre si e a associação de vários fatores de risco, apresentados por uma pessoa ou população, introduzem normalmente um perigo superior para a saúde, nomeadamente uma alimentação desadequada e a ausência de atividade física.

2.1.1. Alimentação saudável

A alimentação deve ser equilibrada, completa e variada de acordo com a roda dos alimentos. Desta forma, ter-se-á acesso a todos os nutrientes necessários ao bom funcionamento e desenvolvimento do organismo. É fundamental procurar obter um equilíbrio entre a energia que se consome e a energia que se gasta, ou seja, não se deve consumir mais energia do que aquela que se consegue gastar, caso contrário haverá acumulação de gordura e aumento de peso. Assim, quanto menos energia despendermos diariamente, menos calorias devemos consumir, e vice-versa. A alimentação assegura a sobrevivência do ser humano, fornece energia e nutrientes necessários ao bom funcionamento do organismo, contribui para a manutenção do nosso estado de saúde físico e mental, desempenha um papel fundamental na prevenção de certas doenças (por exemplo, obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, certos tipo de cancro, entre outras), contribui para o adequado crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes.

O Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável (DGS, 2012b) tem como finalidade melhorar o estado nutricional da população, incentivando a disponibilidade física e económica dos alimentos constituintes de um padrão alimentar saudável e criar as condições para que a população os valorize, aprecie e consuma, integrando-os nas suas rotinas diárias. Um consumo alimentar adequado e a consequente melhoria do estado nutricional dos cidadãos tem um impacto direto na prevenção e controlo das doenças mais prevalentes a nível

nacional (cardiovasculares, oncológicas, diabetes, obesidade…,) mas também deve permitir, simultaneamente, o crescimento e a competitividade económica do país em outros setores como os ligados à agricultura, ambiente, turismo, emprego ou qualificação profissional.

A dieta deve ser composta por cinco a seis refeições: pequeno-almoço e merendas da tarde e da manhã, almoço e jantar. O pequeno-almoço deve ser uma refeição completa e equilibrada e fornecer energia necessária para realizar as tarefas diárias. Um bom pequeno-almoço deverá corresponder a cerca de 20% da energia total do nosso dia.

É recomendável não estar mais de três a três horas e meia sem comer, sendo importante dividir por várias refeições os alimentos ingeridos ao longo do dia, daí a importância da merenda da manhã e da tarde. Estas refeições devem ser mais pequenas que o pequeno-almoço e adaptadas à duração da manhã e da tarde, e deve variar-se os alimentos (Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2015).

Deve incluir-se diariamente nas principais refeições: hidratos de carbono pouco refinados como pão de mistura ou integral, arroz pouco polido, massas de trigo duro e couscous, que são excelentes fontes alimentares de amido (principal fonte de energia do organismo), fibra, vitaminas do complexo B e minerais (magnésio, fósforo, cálcio, ferro); produtos hortícolas em abundância, ao almoço e ao jantar, na sopa e no prato, para garantir o aporte diário de fibra, de vitaminas, de minerais e de substâncias antioxidantes; uma a duas peças de fruta, devendo ser a sobremesa preferida. Os produtos hortícolas e fruta são muito ricos em substâncias protetoras com elevado potencial antioxidante e contribuem para diminuir o risco de desenvolvimento de várias doenças, como as neurodegenerativas, vasculares e vários tipos de cancro; beber bastante água durante todo o dia, em alternativa, beber infusões de ervas (tília, cidreira, camomila, lúcia-lima) ou chá sem açúcar. Outras bebidas não açucaradas e sopa com pouco sal e gordura constituem também excelentes formas de hidratação. Uma correta hidratação garante a manutenção do equilíbrio da água corporal, fundamental para o bom funcionamento dos rins e intestino.

Aconselha-se o consumo de laticínios duas vezes por dia, dando preferência a lacticínios meio gordos, pois são boas fontes de cálcio.

Deve dar-se preferência ao azeite para cozinhar e temperar os alimentos, pois é rico em ácido oleico que contribui para aumentar a porção do colesterol HDL, protetora do desenvolvimento

de doenças cardiovasculares. Apesar de ser uma excelente gordura, deve ser consumida com moderação dado o seu valor calórico.

Evitar o consumo de sal em excesso. Enriquecer o sabor dos alimentos e dos cozinhados substituindo o sal por ervas aromáticas (salsa, coentros, louro, tomilho, manjericão, orégãos), quantidades moderadas de especiarias (cravinho, noz-moscada, cominhos), cebola e alho. Não usar sal de mesa e evitar aperitivos salgados. O consumo excessivo de sal contribui para o aparecimento e manutenção de hipertensão arterial.

É aconselhável comer pequenas quantidades de azeitonas, nozes e amêndoas, figos secos, tremoço e sementes. São ricos em gorduras insaturadas, proteína de origem vegetal, vitaminas, minerais e fibras. Em pequenas quantidades, podem constituir um lanche, em alternativa, a produtos alimentares ricos em gorduras saturadas e açúcar como os croissants, bolos e bolachas entre outros.

O consumo de bebidas com cafeína e bebidas alcoólicas é desaconselhado a jovens.

Incluir nas refeições principais: pescado, duas ou mais vezes, por semana; carne de aves e coelho, duas vezes por semana; ovos (dois a quatro, por semana - incluir os ovos utilizados em preparações culinárias). Estes alimentos fornecem proteína de excelente qualidade com um baixo teor de gorduras saturadas. O pescado é ainda rico em ácidos gordos polinsaturados ómega-3, protetores do sistema cardiovascular.

As leguminosas secas e frescas (feijão, grão-de-bico, lentilhas, chícharo, fava, ervilha), devem ingerir-se mais de duas vezes por semana. Deve combinar-se as leguminosas com cereais (arroz, massa, couscous) ou com batata (não consumir mais de três vezes por semana), assim obtém-se uma excelente fonte de proteína vegetal com baixo teor de gordura. As carnes vermelhas, deve reduzir-se o seu consumo para uma a duas vezes por semana e carnes processadas (fiambre, enchidos, presunto e outros produtos de charcutaria) menos de uma vez por semana, e em pequenas quantidades. Estes alimentos apresentam um teor elevado em gorduras saturadas e o seu consumo excessivo está associado ao desenvolvimento de doença cardiovascular e de alguns tipos de cancro.

A alimentação mediterrânica baseia-se na variedade e na abundância de alimentos de origem vegetal e na moderação de alimentos de origem animal. Privilegia, também, o consumo de produtos alimentares locais, frescos e sazonais (DGS, 2012b).

Os jovens são influenciados por inúmeros fatores, entre eles os fatores sociais (família, pares, escola), económicos, meio ambiente, a televisão, moda, *marketing*, entre outros. A televisão é apontada como estratégia de *marketing*, utilizada para incentivar ao consumo de produtos alimentares de alta densidade energética, ricas em açúcar ou sal e pobres em nutrientes, sendo um importante determinante dos comportamentos, preferências e escolhas alimentares, para além de potenciar o sedentarismo (Fialho & Almeida, 2008).

Por outro lado, na União Europeia (UE) estima-se que 10% da totalidade dos encargos com doenças é devido a fatores relacionados com o regime alimentar, distribuindo-se os encargos do seguinte modo: 3,7% ao excesso de peso, 3,5% pelo consumo reduzido de frutas e produtos hortícolas, 1,1% para o consumo elevado de gorduras saturadas e a falta de AF. Constata-se que os encargos com estes problemas de saúde são superiores aos encargos com o consumo do tabaco, com cerca de 9% de gastos.

Atualmente, os jovens têm maior autonomia de escolha e, em geral, dispõem de mais dinheiro para gastar, facto que os fabricantes e os publicitários exploram para bem próprio. Nesta faixa etária, os jovens fazem cada vez mais refeições fora de casa, substituindo a tradicional refeição por refeições tipo "snack", que se caracterizam por ser hipercalóricas e de baixa densidade nutricional, ricas em gordura e sal (Ferreira et al., 2009).

São vários os autores que referem que com melhores condições de vida, o que se verificou nas últimas décadas, incluindo a alimentação, conduziu a um maior crescimento das crianças. Nesta fase da vida ocorre um grande aumento da velocidade do crescimento corporal (Figura 1), alcançando-se o pico da massa óssea e cerca de 50% do peso definitivo e 20% da altura de adulto.

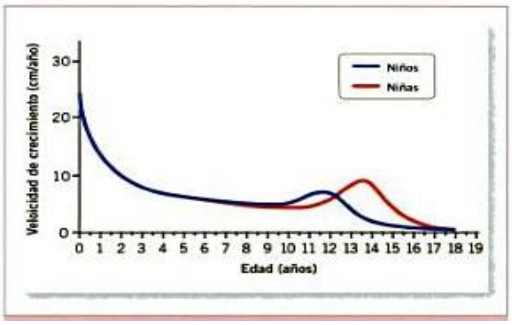


Figura 1. Velocidade de crescimento dos jovens

(Gil, 2011)

Nas raparigas, o pico de crescimento ocorre geralmente entre os 11 e os 15 anos e nos rapazes entre os 13 e os 16 anos (European Food Information Council, 2006). Existem diferenças entre os sexos, o que afeta as necessidades de nutrientes e de energia. Nos rapazes, ocorre um maior crescimento corporal e maior proporção de massa magra, levando a uma maior necessidade energética, em comparação com as raparigas. Nesta etapa da vida, as necessidades nutricionais variam consoante o sexo e a maturidade.

A adoção de estilos de vida menos saudáveis poderá ter consequências negativas na saúde do jovem e, posteriormente, no adulto que virá a ser, pelo que este deve procurar ter uma alimentação saudável e praticar atividade física. A alimentação deste grupo etário deve proporcionar um adequado crescimento e desenvolvimento e, ao mesmo tempo, permitir uma atividade física relevante e ser adequada para desenvolver as atividades escolares de forma satisfatória.

2.1.2. Atividade física

A AF é definida como todos os movimentos associados à contração muscular que fazem aumentar o dispêndio de energia acima dos níveis de repouso. Esta vasta definição inclui todos os contextos da AF, ou seja, em momentos de lazer (incluindo a maioria das atividades desportivas e de dança), AF ocupacional, AF em casa ou perto de casa, e a AF ligada ao transporte. A AF, a saúde e a qualidade de vida estão estreitamente relacionadas entre si. O corpo humano foi concebido para se movimentar e, como tal, necessita de AF regular com vista ao seu funcionamento ótimo e de forma a evitar doenças. Está provado que um estilo de vida sedentário constitui um fator de risco para o desenvolvimento de diversas doenças crónicas, incluindo doenças cardiovasculares, uma das principais causas de morte no mundo ocidental (Instituto do Desporto de Portugal, 2009).

Ainda segundo o Instituto do Desporto de Portugal (2009), a AF é "qualquer movimento associado à contração muscular que faz aumentar o dispêndio de energia acima dos níveis de repouso" (p.7). E ainda de acordo com a OMS (2014), "a atividade física é qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeiram gasto de energia – incluindo atividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e em atividades de lazer" (p.1). Estas duas definições demonstram duas perspetivas que se complementam acerca da AF, a primeira meramente biológica e a segunda

de âmbito mais sociocultural, o que ilustra a complexidade que a caracterização deste comportamento acarreta. De facto, não existe uma medida padrão da AF, podendo assumir características diversas, em função do tipo, duração, intensidade, frequência e intermitência do comportamento.

A AF é essencial para a saúde e bem-estar, e quando adequada constitui um dos pilares para um estilo de vida saudável, a par de alimentação saudável, vida sem tabaco e o evitar de outras substâncias prejudiciais à saúde.

A AF é para o indivíduo o melhor meio de prevenção de doenças e, para os governos, um dos métodos com melhor custo/efetividade na promoção da saúde de uma população. A AF regular fornece aos jovens inúmeros benefícios (físicos, mentais e sociais) para a saúde.

Apesar das evidências dos benefícios da saúde estarem associados com a prática regular da AF, alguns dos efeitos estão mais confirmados do que outros. No caso dos jovens, verifica-se uma forte evidência científica relacionada com a capacidade cardiorrespiratório mais elevada, maior força muscular, maiores índices cardiovasculares e verifica-se uma evidência moderada na redução de sintomas de depressão (Health & Human Services, 2008).

Outro dos benefícios identificados e extremamente valorizados por jovens e pais, é a melhoria dos resultados académicos (Active Healthy Kids Canadá, 2009). Esta pode ser explicada por diversos fatores, nomeadamente: melhoria da função cognitiva (memória, concentração, etc.); neurogénese; melhoria do fluxo sanguíneo cerebral; aumento dos neurotransmissores libertados; aumento da autoestima, autoconfiança e autoimagem; atenção aumentada através do aumento da adrenalina; redução dos maus comportamentos na escola; produção de substâncias que protegem os neurónios dos radicais livres e oxidantes; aumento do sentimento de conectividade com a escola; e aumento da habilidade para relaxar.

A promoção da AF nos jovens é um dos procedimentos de saúde definido universalmente com diretrizes específicas de aplicabilidade, tendo em conta as variáveis contextuais de referência. Assim, a prática de AF traduz a adoção de um estilo de vida saudável, reflexo da satisfação e concretização de objetivos e expectativas de vida e, no fundo, de qualidade de vida e bem-estar.

O reconhecimento e a necessidade premente de redefinições da realidade desperta para a necessidade de identificação e valorização, como estratégia de prevenção reabilitativa (e não

só), dos benefícios/custos da prática e manutenção da AF e exercício (Matos & Sardinha, 1999).

No caso das pessoas em idade escolar, segundo as orientações da União Europeia para a atividade física (Instituto do Desporto de Portugal, 2009), devem praticar 60 minutos de AF diária de intensidade moderada a vigorosa, a maior parte da AF deverá ser de natureza aeróbia, AF diária para além dos 60 minutos mínimos que resultará em benefícios extra para a saúde dos praticantes, e a AF deverá integrar exercícios que permitam fortalecer os músculos e os ossos.

Se aceitarmos os já reconhecidos efeitos benéficos da AF na saúde (bem-estar físico, social e psicológico), podemos concluir a urgência na tomada de medidas a nível da família e da escola no sentido de apoiar os jovens na escolha de um estilo de vida ativo e saudável, pois, no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis, é já reconhecida a importância dos contextos sociais dos jovens. A família, o envolvimento escolar, o estabelecimento de laços com os pares, um bom nível económico, uma fácil circulação entre os vários cenários da vida do jovem, aparecem como um efeito facilitador da aquisição e manutenção de um estilo de vida ativo na adolescência (Matos & Sardinha, 1999).

2.2. Quadro de referência: Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

O MPS proposto por Nola Pender baseia-se na otimização da saúde humana. Este modelo vem apresentar a relação entre as ciências de enfermagem e do comportamento humano na promoção de saúde, incluindo comportamentos para melhorar a saúde, sendo aplicável ao longo de todo o ciclo vital (Sakraida, 2004). Assim, escolhemos realizar EpS sobre alimentação saudável e benefícios da AF para ir ao encontro da teoria de Nola Pender.

Esta teórica define por objetivo dos cuidados de enfermagem a saúde ótima do indivíduo. A sua teoria reconhece fatores cognitivos e percetivos no indivíduo e a importância de comportamentos promotores de saúde como a alimentação saudável e a prática da AF (Sakraida, 2004). Ainda segundo esta teórica, o MPS consiste num esforço de identificar os fatores que influenciam comportamentos saudáveis (tais como manter o peso, ter uma aparência física agradável, entre outros) e compreender todo processo que leva a pessoa a

adotar esses mesmos comportamentos promotores de saúde (Sakraida, 2004). Para Nola Pender, um comportamento de promoção de saúde consiste, assim, "num fim ou resultado de ação orientado no sentido de obtenção de resultados de saúde positivos, tais como, o bem-estar ótimo, realização pessoal e existência produtiva" (Sakraida, 2004, p.705). As pessoas têm capacidade de auto consciência refletiva e procuram criar condições de vida para exprimir o seu potencial de saúde. É ainda de referir que Nola Pender considera que "os profissionais de saúde constituem parte do ambiente interpessoal que exerce influência sobre as pessoas ao longo do seu ciclo vital" (Sakraida, 2004 p.706). Assim sendo, podemos considerar que nós, enfermeiros, ao realizarmos as EpS conseguimos influenciar os jovens alvo da nossa intervenção para que estes alcancem resultados de saúde positivos.

Como é evidenciado na Figura 2, o MPS consiste num modelo de enfermagem que pode ser utilizado na implementação e avaliação de ações promotoras de saúde, através da compreensão de três pontos essenciais: as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se pretende alcançar e o comportamento de promoção da saúde desejável.

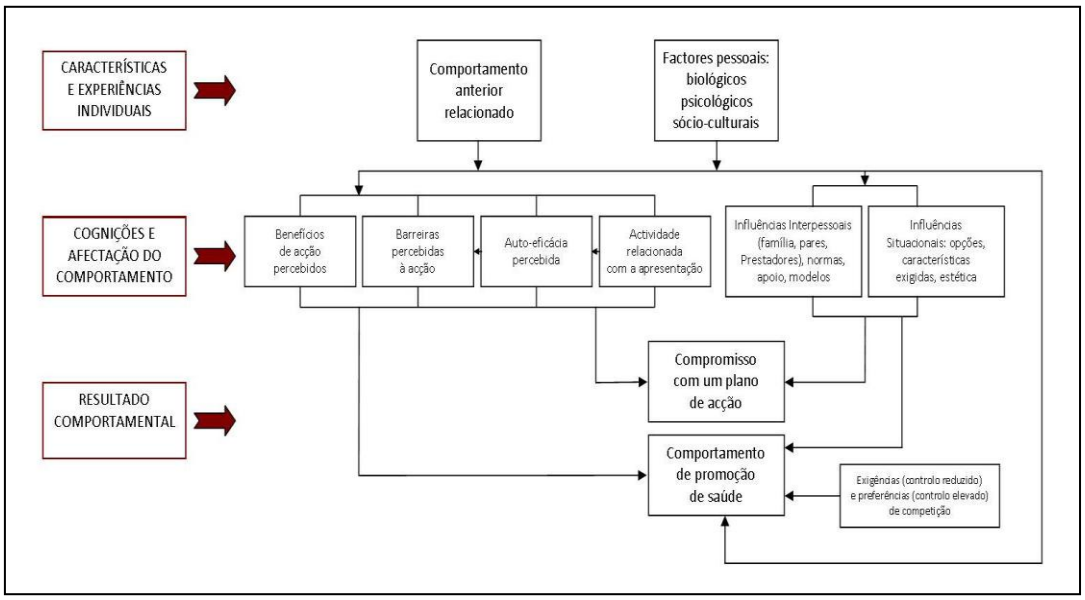


Figura 2. Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

(Machado, 2009)

A primeira componente do MPS consiste nas características e experiências individuais. Para Víctor, Lopes e Ximenes (2005), estas são únicas para cada pessoa e afetam de forma particular as ações posteriores, sendo influenciadas por duas variáveis: o comportamento anterior e os fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais). Quanto ao

comportamento anterior, este refere-se ao comportamento que deve ser mudado (alimentação inadequada e ausência da prática de AF) e que pode ter efeitos diretos ou indiretos sobre a probabilidade de ter um comportamento de promoção de saúde. Sakraida (2004) destaca ainda que os enfermeiros podem ajudar os clientes a ter comportamentos promotores de saúde focando os seus benefícios (através de EpS, por exemplo), ensinando estratégias para ultrapassarem dificuldades e fornecendo reforços positivos. Relativamente aos fatores pessoais, estes são classificados como fatores biológicos (idade, sexo), psicológicos (autoestima, perceção do estado de saúde) e socioculturais (educação) (Sakraida, 2004).

A segunda componente do MPS (comportamento específico) é considerada como aquela que apresenta maior importância motivacional e constitui o centro da intervenção dado que é modificável através de intervenções de enfermagem (EpS). Contempla seis variáveis (benefícios para a ação, barreiras para a ação, auto eficácia, sentimentos em relação ao comportamento, influências interpessoais e influências situacionais) (Víctor et al., 2005). A primeira variável percebe benefícios para ação, refere-se às representações mentais positivas, que reforçam as consequências da adoção de um comportamento (ter aparência desejada e ser saudável). A variável percebe barreiras para a ação, refere-se às perceções negativas ou bloqueios que podem ser antecipados, imaginados ou reais e aos custos pessoais de ter determinado comportamento (deixar de comer tantos doces ou jogar menos no computador, para ter tempo de realizar AF). A terceira variável percebe autoeficácia, diz respeito ao julgamento da capacidade pessoal de organizar e executar um comportamento promotor de saúde (ter a capacidade de fazer alguns sacrifícios para atingir os objetivos). Relativamente aos sentimentos em relação ao comportamento, estes transportam a uma reação emocional direta ou a uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positivo, negativo, agradável ou desagradável. A variável influências interpessoais refere-se ao comportamento que pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, profissionais de saúde, ou por normas e modelos sociais (a família e os pares têm muita influência nos hábitos dos jovens). Segundo Nola Pender, as fontes primárias de influências são as famílias, os pares e os prestadores de cuidados de saúde, sendo ainda reconhecida a importância da cultura a este nível. A teórica, através do MPS, propõe que as influências interpessoais afetam a adoção de comportamentos promotores de saúde, de uma forma direta mas também indireta, através da pressão social e do compromisso para um plano de ação. Por último, as influências situacionais consistem em perceções e conhecimentos pessoais de uma dada situação ou

contexto que pode facilitar ou dificultar o comportamento, podendo ter também influência direta ou indireta (Sakraida, 2004).

A terceira e última componente do modelo (resultado do comportamento) compreende três variáveis: exigências imediatas, comportamento de promoção de saúde e compromisso com um plano de ação. A primeira variável, exigências imediatas, considera que as pessoas têm baixo controlo sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto as preferências pessoais exercem um elevado controlo sob as ações de mudança de comportamento. A variável comportamento de promoção de saúde pode ser entendida como o resultado da implementação do MPS, pois consiste no resultado de ação orientado no sentido de obtenção de resultados de saúde positivos, tais como bem-estar ótimo, realização pessoal e existência produtiva. Por fim, a terceira variável, compromisso com o plano de ação, reporta às ações que possibilitem ao indivíduo manter-se no comportamento de promoção de saúde esperado, isto é, as intervenções de enfermagem.

Resumindo, o MPS proporciona uma estrutura simples e clara ao enfermeiro para que este possa prestar cuidados que permitam planeamento, intervenção e avaliação das suas ações, no sentido de promoção de saúde, compreendendo o indivíduo como um todo. Na implementação do projeto seguiu-se esta lógica, existindo o planeamento das ações, a execução das intervenções e a sua avaliação, que também está subjacente à metodologia do planeamento em saúde. O enfermeiro possui conhecimentos e competências para planear, executar e avaliar as atividades de promoção de saúde e empoderamento dos seus clientes, sendo que a intervenção precoce na promoção de estilos de vida saudáveis é fundamental para prevenir complicações futuras como a obesidade, sedentarismo e outras.

2.3. Papel do enfermeiro na promoção da saúde

O foco de atenção de enfermagem deve estar voltado para a promoção da saúde e prevenção da doença na pessoa como ser holístico, inserida na família e comunidade. Como refere a OE (1998):

> …a enfermagem é a profissão que na área da saúde tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. (p.15)

Promoção da saúde caracteriza-se pela capacidade que o indivíduo tem para alterar o comportamento, com o objetivo de potenciar a sua saúde. No âmbito da alimentação e AF nos jovens, este conceito passa pela promoção de iniciativas educativas, educações para a saúde, com o objetivo de diminuir alguns fatores de risco.

A saúde de cada pessoa depende de vários aspetos, nomeadamente do seu projeto de vida, do seu sentido de felicidade e dos comportamentos e estilos de vida que decide seguir. Assim, na sociedade atual, espera-se que todos tenham meios e recursos que lhes permita desenvolver capacidades e competências para traçar um caminho pessoal e coletivo em direção ao bem-estar físico, psíquico e social.

A EpS surge como um meio facilitador deste trajeto, no sentido de preparar os indivíduos para um papel ativo na saúde. Assim, um dos seus principais objetivos é ajudar as pessoas a desenvolver a sua capacidade de tomada de decisão, responsabilizando-as pela sua saúde. Pretende-se que as pessoas se sintam capazes para contribuir nos processos de mudança, com vista à adoção de estilos de vida saudáveis e promotores de saúde.

A OMS defende que é essencial habilitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, sendo para isso necessário as intervenções dos profissionais de saúde. Estas intervenções devem ter lugar em vários contextos como, por exemplo, a escola, o trabalho, entre outros.

Educar as pessoas para a saúde é, então, criar condições para adquirirem informação e competências necessárias para fazerem escolhas saudáveis e modificarem os comportamentos de risco. Por vezes, não se mudam comportamentos apenas porque alguém dá indicação da necessidade de mudança, ou disponibiliza a informação atualizada em saúde. A mudança ocorre quando, no processo de EpS, os interesses e necessidades do indivíduo, família e comunidade são valorizados, envolvendo-os como sujeitos ativos e participantes. Todo este processo exige dinâmica ao nível do planeamento (OE, 2011).

Assim, a EpS não deve ser uma simples transmissão de informação, pois implica planear as atividades adequadas, prevendo-se os recursos e metodologias a utilizar, capazes de dar uma resposta apropriada às necessidades de saúde de cada pessoa, família e comunidade, estando sempre subjacente o planeamento em saúde. O papel do enfermeiro como educador direciona-se para a identificação das necessidades de aprendizagem específicas da comunidade, valorizando as suas preocupações, as barreiras existentes à aprendizagem e estratégias facilitadoras dessa aprendizagem. Um programa de EpS é algo "vivo" e negociável, algo que

se pode modificar em função de novas necessidades e situações que vão surgindo ao longo da sua implementação (OE, 2011).

O EEECSP tem um papel primordial neste processo, pois possui as competências para coordenar e implementar projetos de saúde que envolvam os vários setores da comunidade: a saúde, a educação, as redes sociais, os diferentes departamentos das autarquias e outros, que visam a capacitação de grupos e comunidades. É da sua responsabilidade conceber e planear projetos de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, tendo em conta a identificação das reais necessidades que as pessoas têm na área da saúde. Além disso, também consta no Código Deontológico o dever de todos os enfermeiros trabalharem a área de informação através da EpS, encorajando a independência e autonomia das pessoas. A promoção da saúde é um processo em que o enfermeiro assume um papel relevante, garantindo a participação ativa dos cidadãos. Como tal, para que a Eps seja uma ferramenta para a mudança de comportamentos deve ser previamente planeada por profissionais de saúde.

3. METODOLOGIA: PLANEAMENTO EM SAÚDE

A metodologia utilizada foi o planeamento em saúde, pois este procura, segundo Tavares (1992), ”um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações” (p.37).

Planeamento em saúde além de ser um conjunto de técnicas, é também uma atitude ou posição face à realidade socioeconómica. É um processo de intervenção sobre esta realidade ou sobre outra vertente como a saúde. Planeamento é um esforço coletivo em que intervêm vários agentes envolvidos na realidade que visam transformar (Silva, 1993).

As etapas no processo de planeamento em saúde ajudam a optar por corretas intervenções, permitindo a elaboração de projetos eficientes que, de acordo com Tavares (1992), são: o diagnóstico de situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional-programação e a avaliação.

O diagnóstico de saúde, enquanto primeira etapa do planeamento, consiste num procedimento rígido de avaliação das várias causas dos determinantes da saúde que influenciam os processos de saúde/doença de grupos e/ou comunidades. Permite, deste modo, obter um conhecimento dos mesmos, tendo como auxilio o processo de priorização das necessidades/problemas identificados, pela aplicação dos critérios epidemiológicos e métodos/técnicas científicas que potenciam a participação ativa das comunidades nas tomadas de decisão que lhes dizem respeito em matéria de saúde (OE, 2010). Esta é, pois, uma das competências do EEECSP, pelo que podemos afirmar que esta competência foi desenvolvida em pleno com a realização deste diagnóstico de situação em saúde.

A determinação de prioridades é a segunda etapa e trata-se de um processo de tomada de decisão, devendo ser tão objetiva quanto possível recorrendo-se a critérios para daí resultar uma lista final de prioridades.

Quanto à etapa fixação dos objetivos, terceira etapa do processo de planeamento, podemos dizer que os objetivos correspondem aos resultados visados em termos de estado de saúde que se pretende para a população alvo. Quanto à quarta etapa, seleção de estratégias, visa-se utilizar formas de atuação para atingir os objetivos.

Na quinta e última etapa, preparação operacional-programação, logo no início deve especificar-se as atividades constituintes do projeto, devendo estas ser definidas em função dos objetivos. Por último, a etapa da avaliação, permite determinar o grau de sucesso na consecução dos objetivos.

O tema "Hábitos de vida saudáveis em jovens em idade escolar" foi proposto pela equipa da UCC de Lousada, através da técnica de *brainstorming* e de pesquisa de consenso, pois "um consenso, obtido entre um grupo de pessoas conhecedoras dos problemas e da população em estudo, é altamente fiável" (Tavares, 1992, p.64).

O diagnóstico de situação e a determinação de prioridades foi realizado em contexto de estágio de Enfermagem Comunitária na UCC de Lousada, a fixação dos objetivos e restantes etapas foram desenvolvidas no contexto deste estágio final.

Neste capítulo descreveremos a população e amostra, precisando os critérios de inclusão e exclusão, o instrumento da recolha de dados, o procedimento de recolha de dados e considerações éticas, bem como a análise de dados.

3.1. População e amostra

Uma população é um conjunto de pessoas acerca das quais se pretende produzir conclusões. Para Polit e Hungler (1995), "a população inclui sempre um agregado específico de indivíduos em que o pesquisador está interessado" e "a população alvo é toda a população em que está interessado o pesquisador" (p.143). Os mesmos autores definem população como "toda a agregação de casos, que atendam a um conjunto eleito de critérios" (p.6).

Assim, este estudo foi realizado no concelho de Lousada, com uma população residente total de 47.450 indivíduos, dos quais 14.902 pertencem ao grupo etário dos 0 aos 24 anos, o que faz desta população uma das mais jovens de Portugal. Na Tabela 1 encontra-se definido o número de residentes, por sexo e grupo etário, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011).

Tabela 1.
População residente no concelho de Lousada, segundo o grupo etário (ciclo vital) e o sexo

Grupo Etário	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total
0 -14 anos	4255	4094	8349
15 - 24 anos	3293	3260	6553
25 - 64 anos	13258	14019	27277
65 e mais anos	2241	3030	5271
Total	23047	24403	47450

Fonte: INE, 2011

A população alvo foram os alunos da ESL, constituída por 768 alunos do 3º ciclo e 1.135 alunos do secundário, perfazendo um total de 1.903 alunos. Os critérios de inclusão na amostra foram: ser aluno da ESL e ter devolvido a declaração de consentimento informado devidamente assinada pelo progenitor/encarregado de educação. Foram aplicados 1.903 questionários, tendo sido recolhidos no total 520, mas consideramos válidos 450, sendo 70 questionários invalidados por não cumprirem as normas de preenchimento indicadas no questionário, nomeadamente, terem dado respostas múltiplas a questões de apenas uma resposta e não ter assinalado a resposta que consideravam válida.

A amostra ficou assim constituída pelos alunos que estavam presentes no dia da recolha de dados na sala de aula, cujos encarregados de educação autorizaram a participar no diagnóstico de situação e obedeceram às normas de preenchimento do questionário, num total de 450 alunos, cerca de 23,6% da população. Considerámos, assim, que é uma amostra não probabilística com o método de amostragem acidental, pois foi determinada por um processo de seleção, segundo o qual cada elemento da população não teve uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra (Fortin, Côté & Filion, 2009).

3.2. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados selecionado foi o inquérito por questionário, uma vez que, segundo Fortin et al. (2009), corresponde a um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa, e é um instrumento constituído por uma série ordenada de questões, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do investigador.

Este tipo de instrumento oferece a possibilidade de anonimato total e a ausência de um entrevistador garante não haver tendenciosidade nas respostas. Os questionários são considerados meios privilegiados de recolha de dados, quer qualitativos quer quantitativos, que permitem trabalhar com amostras alargadas, desde que o investigador tenha competências para a redação, codificação e exploração das várias questões, para a construção das bases de dados em programas informáticos específicos e para a realização de análise de conteúdo, sobretudo às respostas abertas (Quivy & Campenhoudt, 1998).

O questionário foi construído para o efeito, com base no instrumento de recolha de dados utilizado no projeto Aventura Social e Saúde, tendo sido pedida autorização à investigadora principal deste projeto. O referido questionário designado "Hábitos de vida saudáveis em jovens em idade escolar" encontra-se organizado em duas partes: na primeira parte foi efetuada a caracterização sociodemográfica da amostra e, na segunda parte, foram feitas questões sobre os estilos de vida dos jovens, versando a alimentação e a AF, o estado de saúde dos jovens, os consumos de tabaco, álcool e drogas ilícitas e o relacionamento com os amigos e familiares (*Apêndice A* - versão provisória do questionário).

O instrumento foi validado através de um pré-teste aplicado a 10 jovens com as mesmas características da nossa amostra, que recorreram às consultas de saúde infantil do Centro de Saúde de Felgueiras, Unidade da Longra, onde exercemos a nossa atividade profissional e se disponibilizaram a participar. O preenchimento dos mesmos teve em média a duração de 15 minutos. No final fez-se uma entrevista aos jovens em questão, com o objetivo de apurar dúvidas e erros, para reformulação das questões do questionário. Foi necessário reformular algumas questões, nomeadamente as questões abertas, especificamente, a pergunta nº 8 do consumo de tabaco e a nº 2 do relacionamento familiar, pois apercebemo-nos da ambiguidade das respostas. Foi-lhe dada uma nova redação a fim de as tornar mais compreensíveis e o questionário mais fácil de preencher, obtendo-se, assim, a versão final do questionário *(Apêndice B)*.

3.3. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas

Num primeiro momento foi formalizado um pedido de autorização para utilização de algumas questões do questionário utilizado no Projeto Aventura Social, mais concretamente do estudo *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) *(Apêndice C)*. De seguida, para se

proceder à aplicação do pré-teste do questionário, foi efetuado um pedido de autorização ao coordenador da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) S. Tiago, do ACES Tâmega III - Vale do Sousa Norte, onde este foi aplicado *(Apêndice D)*.

Após chegarmos à versão definitiva do questionário, foi efetuado o pedido de autorização para a aplicação do questionário de recolha de dados, à Direção Geral de Educação, através da entidade Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar, cujo parecer tem o nº 0444700001 *(Apêndice E)*. Por último, foi também solicitado autorização para a aplicação do questionário ao Diretor do Agrupamento de Escolas de Lousada *(Apêndice F)*.

Os questionários foram distribuídos e preenchidos em sala de aula, tendo em conta os consentimentos informados previamente assinados pelos encarregados de educação. O período de recolha de dados decorreu de 6 a 13 de junho de 2014.

Após a articulação com o coordenador do projeto de educação para a saúde (PES) da ESL, ficou decidido que seria ele a dinamizar o processo e a articular com os restantes professores, estes distribuíram-nos pelas respetivas turmas e foram elucidados para a aplicação e recolha dos questionários. Foram entregues os questionários, tendo sido instruído acerca do procedimento a adotar na recolha de dados e este deu essa informação aos professores, que fizeram a aplicação dos mesmos.

Neste estudo foram considerados os princípios éticos da declaração de Helsínquia, que se relacionam com a participação voluntária, a autorização dos encarregados de educação para a aplicação do instrumento de recolha de dados e a garantia da privacidade (princípios 25 e 26) e da confidencialidade das declarações dos participantes (princípio 24). Em todos os procedimentos da presente investigação na recolha de dados foram salvaguardados os direitos dos participantes.

3.4. Análise de dados

Os dados obtidos através da aplicação do questionário foram inseridos numa base de dados, construída no programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 22), com recurso à estatística descritiva, com o cálculo das frequências absolutas, relativas e moda de todas as variáveis. Foi ainda calculado o mínimo, o máximo e desvio-padrão das variáveis de rácio (frequências e medidas de tendência central). Também se recorreu à

estatística inferencial, utilizando-se os testes não paramétricos, teste *Mann-Whitney* (MW), teste de *Kruskal-Wallis* (KW) e teste χ^2 (Teste Qui quadrado). Consideramos existirem diferenças estatisticamente significativas, no caso de $p<0,05$ (Marôco, 2010).

Existiu a necessidade de recodificação de algumas variáveis na base de dados, pois verificou-se que, desta forma, este processo seria simplificado e melhor organizado. As variáveis sujeitas a recodificação foram a frequência alimentar em nunca, não diário e diário, e em relação à frequência de consumo de alimentos selecionou-se um grupo de quatro alimentos saudáveis e outro grupo equivalente de alimentos de elevada densidade calórica.

Neste estudo considerou-se alimentação saudável quando os jovens consumiam diariamente todos os seguintes alimentos do grupo "saudável": fruta, vegetais, leite e sopa, e que não consumiam alimentos do grupo "pouco saudável". Considera-se alimentação pouco saudável quando os jovens consumiam, pelo menos diariamente, um dos seguintes alimentos do grupo "pouco saudável": batatas fritas, hambúrgueres, cachorros quentes ou salsichas e refrigerantes e, se por outro lado, não consumiam diariamente os alimentos considerados do grupo "saudável".

4. PROJETO DE INTERVENÇÃO: CAPACITAR PARA VIVER MELHOR

O projeto "Capacitar para Viver Melhor" surgiu após o diagnóstico de situação em saúde realizado no estágio anterior e visou dar resposta aos problemas identificados. Foi planeado pela aluna do MEC e equipa de enfermagem da UCC de Lousada, sendo executado em parceria com outros profissionais convidados, pertencentes à escola e a um ginásio da localidade. Este projeto foi elaborado com a participação da UCC, pois esta tem subjacente a implementação de diversos programas nacionais de acordo com as abordagens estratégicas orientadoras do Plano Nacional de Saúde, nomeadamente as estratégias para obter mais saúde para todos, que destacam as intervenções centradas na família e no ciclo de vida e nos problemas de saúde através de uma aproximação à gestão integrada da doença. Para além disso, tivemos em conta os principais objetivos em saúde, que constam do Plano Local de Saúde do ACES Tâmega III - Vale do Sousa Norte (Diniz & Neves, 2011), que são: menor mortalidade por doenças cerebrovasculares antes dos 65 anos, menor mortalidade por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão antes dos 65 anos, menor mortalidade por doença crónica do fígado e cirrose antes dos 65 anos, menor mortalidade por tumor maligno da mama feminina, menor consumo de tabaco, maior consumo de frutas, maior consumo de legumes. Assim sendo, as nossas intervenções podem dar resposta a estes objetivos, pois abordámos a alimentação saudável, incentivando o consumo de frutas e de legumes e a AF, que contribui para a prevenção das doenças cerebrovasculares.

As atividades decorreram durante o mês de outubro, tendo sido dirigidas aos jovens do 6º ano da ESL, embora estes não estivessem incluídos na população do nosso diagnóstico de saúde. Contudo, foi exigência do coordenador do PES e direção da referida escola que este projeto fosse realizado junto a estes alunos, justificando que esta intervenção se coadunaria mais com o plano curricular destes e que teria maior impacto neste grupo por ser mais jovem, com possibilidade de se obterem mais ganhos em saúde no futuro. Embora a mestranda tivesse argumentado que este não era o grupo participante no diagnóstico de situação, estes foram irredutíveis e não alteraram a sua posição.

A intervenção deveria ser dirigida aos alunos do 6º ano de escolaridade ou não autorizariam a realização de qualquer intervenção. Assim, optou-se por dirigir a intervenção aquele grupo, partindo do pressuposto que tinham as mesmas problemáticas.

Neste capítulo descrevemos tudo o que foi realizado em cada uma das etapas do planeamento em saúde, desde o diagnóstico de situação até à avaliação.

4.1. Diagnóstico de situação em saúde

O diagnóstico de situação em saúde efetuado focou-se no estilo de vida dos jovens em idade escolar da ESL. Segundo Tavares (1992), o diagnóstico de situação em saúde "é o primeiro passo no processo de planeamento, devendo corresponder às necessidades da população" (p.51), e "…só a partir da definição do diagnóstico é que será possível começar a atuação. … O diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas atividades" (Imperatori, 1993a, pp. 43, 45). Trata-se de conhecer o meio, a comunidade, avaliando e caracterizando a população, os riscos a que está submetida, os recursos que apresenta, a sua distribuição e os custos dos serviços de saúde.

4.1.1. Apresentação e discussão dos resultados obtidos

No final de um diagnóstico de situação, os resultados obtidos devem ser analisados com atenção de modo a não condicionar a solução dos problemas. O diagnóstico de situação deve terminar sempre com uma lista de problemas, dos quais serão escolhidos os que se pretendem solucionar ou minimizar (Tavares, 1992). A apresentação dos resultados focar-se-á apenas na caracterização sociodemográfica, hábitos alimentares, AF e lazer sedentário e perceção do estado de saúde, que constituem as problemáticas identificadas e que em acordo com a outra colega de estágio me foram distribuídas. Os dados obtidos através do questionário são de seguida apresentados em tabelas para melhor análise dos mesmos.

4.1.1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Do total de alunos da amostra (n=450), a maioria pertencia ao grupo etário dos 15-17 anos (46,9%), era do sexo feminino (60,2%) e frequentava o ensino secundário (62,9%). A idade mínima era os 12 anos, a máxima os 19 anos, sendo a média da idade 15,86±1.934 anos e a moda de 18 anos (Tabela 2).

Tabela 2.
Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis		Fa	Fr
Grupo etário	12-14 anos	124	27,6%
	15-17 anos	211	**46,9%**
	≥ 18 anos	115	25,5%
Sexo	Feminino	271	**60,2%**
	Masculino	179	39,8%
Nível de ensino	3.º Ciclo	167	37,1%
	Secundário	283	**62,9%**

4.1.1.2. Hábitos alimentares

Na alimentação pretendeu-se conhecer o número de refeições diárias e a frequência do consumo de vários alimentos. Nesta etapa do seu crescimento e desenvolvimento, os jovens estudam e necessitam ter uma boa capacidade de memorização e de raciocínio, o que se consegue à custa de uma alimentação rica em determinados alimentos e concretização de um número de refeições adequado. Nesta amostra, verificou-se que 72,7% faz um número de refeições diárias superiores a quatro, sendo a média de 5.05±1.007 refeições/dia.

No estudo de Carvalho, Espinheira, Dinis e Meneses (2011), com uma amostra de 136 alunos e com o objetivo de descrever os hábitos de alimentação e de AF dos alunos do 8º ano de uma escola secundária do concelho de Vila Real, os resultados diferem dos nossos, pois a maior proporção de alunos (46,3%) desse estudo faziam quatro refeições por dia, sendo a média de 4,4 refeições dia.

Ao analisarmos a Tabela 3, constata-se que cerca de 30,0% do total da amostra consome diariamente diariamente os alimentos saudáveis. O leite deste conjunto de alimentos é o mais consumido diariamente (71,6%) e a sopa o menos consumido (33,3%). No que concerne aos alimentos de elevada densidade energética, verifica-se que todos estes alimentos, embora com percentuais baixos, são consumidos diariamente, salientando-se os refrigerantes com 30,2% de consumo diário. As batatas fritas são o menos consumido diariamente (6,0%). Estes resultados permitem concluir que poucos jovens consomem leite, sopa, legumes e fruta diariamente.

Em relação ao sexo, podemos concluir que as raparigas consomem diariamente mais fruta e legumes crus (56,0% e 43,9%), embora os rapazes consumam mais sopa e leite (34,0% e 74,3%).

Em relação aos alimentos de elevada densidade energética, constatámos que os rapazes consomem em maior percentagem bolos/pastelaria, hambúrgueres e refrigerantes (17,3%, 6,7% e 32,9%), enquanto as raparigas consomem em maior percentagem batatas fritas (6,2%).

Podemos verificar que as raparigas consomem mais fruta e legumes diariamente e os rapazes consomem mais refrigerantes e hambúrgueres.

Tabela 3.
Frequência de consumo de alimentos (%)

Frequência/Alimentos	Nunca			Não Diário			Diário		
	Masc. n=179	Fem. n=271	Total n=450	Masc. n=179	Fem. n=271	Total n=450	Masc. n=179	Fem. n=271	Total n=450
Fruta	3,4	0,7	11,8	43,5	43,1	33,3	53,0	56,0	54,9
Legumes crus	6,7	5,2	22,2	53,0	50,9	35,4	40,2	43,9	42,4
Sopa	5,6	3,7	26,3	60,3	63,4	40,4	34,0	32,8	**33,3**
Leite	1,1	4,4	14,4	24,5	25,8	14,0	74,3	69,7	**71,6**
Bolos/pastelaria	1,1	2,2	44,7	81,5	86,3	41,5	17,3	11,4	13,8
Batatas fritas	1,1	1,8	52,2	93,2	91,8	41,8	5,5	6,2	**6,0**
Hambúrguer	1,7	3,0	61,8	91,6	91,1	32,0	6,7	5,9	6,2
Refrigerantes	1,1	3,3	33,3	65,9	68,2	36,5	32,9	28,4	**30,2**

Quanto ao consumo de fruta, legumes crus, leite e sopa em relação ao sexo, não se constataram diferenças estatísticas significativas ($p \geq 0,05$).

O consumo de pastelaria difere significativamente entre os sexos (MW: $p \leq 0.028$), em que o sexo masculino consome este tipo de alimentos mais frequentemente, tendo obtido uma ordenação média de 240,70 *versus* 215,46 do sexo feminino.

O consumo de batatas fritas difere significativamente entre os sexos (MW: $p \leq 0.020$), em que o sexo masculino consome este tipo de alimento mais frequentemente, tendo obtido uma ordenação média de 240,98 *versus* 215,27 do sexo feminino.

O consumo de hambúrgueres difere significativamente entre os sexos (MW: $p \leq 0.011$), em que o sexo masculino consome este tipo de alimento mais frequentemente, tendo obtido uma ordenação média de 241,92 *versus* 214,65 do sexo feminino.

O consumo de refrigerantes difere significativamente entre os sexos (MW: $p \leq 0.008$), em que o sexo masculino consome este tipo de bebidas mais frequentemente, tendo obtido uma ordenação média de 244,23 *versus* 213,13 do sexo feminino (Tabela 4).

Tabela 4.
Resultados dos testes estatísticos entre a frequência de consumo de alimentos e o sexo

Variáveis	n		Ordenação média		Valor	*p*
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Teste	
Frequência consumo de pastelaria ×Sexo	179	271	240,70	215,46	21534,500	**0,028**
Frequência consumo batatas fritas× Sexo	179	271	240,98	215,27	21483,500	**0,020**
Frequência consumo hambúrgueres× Sexo	179	271	241,92	214,65	21314,500	**0,011**
Frequência consumo refrigerantes × Sexo	179	271	244,23	213,13	20902,500	**0,008**

O consumo de sopa difere significativamente quanto à perceção da saúde dos jovens (KW: $p \leq 0.034$), sendo que os jovens que se consideram bastante saudáveis são aqueles que consomem com mais frequência sopa, tendo obtido uma ordenação média de 242,69 *versus* 176,00 dos que se consideram pouco saudáveis.

Em relação ao consumo dos outros alimentos quanto à perceção de saúde não se constataram diferenças estatísticas significativas ($p \geq 0,05$) (Tabela 5).

Tabela 5.
Resultados dos testes estatísticos entre a frequência do consumo de alimentos e a perceção da saúde

Variáveis	n		Ordenação média			Valor Teste	df	*p*
	Masc.	Fem.	Bastante Saudável	Saudável	Pouco Saudável			
Frequência consumo sopa × perceção da saúde	179	271	242,69	218,35	176,00	6,759	2	**0,034**
Frequência consumo fruta × perceção da saúde	179	271	242,41	216,23	215,06	5,277	2	0,071
Frequência consumo legumes crus × perceção da saúde	179	271	2,3504	221,28	202,31	1,908	2	0,385
Frequência consumo refrigerantes × perceção da saúde	179	271	214,83	231,45	230,31	1,885	2	0,390
Frequência consumo pastelaria × perceção da saúde	179	271	214,34	228,77	281,06	5,107	2	0,780
Frequência consumo batatas fritas × perceção da saúde	179	271	233,11	221,93	210,53	1,232	2	0,540
Frequência consumo hambúrgueres × perceção da saúde	179	271	219,26	226,92	263,56	2,422	2	0,298
Frequência consumo leite × perceção da saúde	179	271	236,18	218,10	245,41	3,727	2	0,155

No estudo realizado por Carvalho et al. (2011), conclui-se que, respetivamente, 84,4%, 24,3%, 28,4% e 47,9% dos alunos referiram consumir leite e derivados, saladas, legumes e fruta. Os alimentos saudáveis menos consumidos são as saladas e os legumes.

Neste estudo, constatamos que 71,6% dos alunos participantes consomem leite e derivados, proporção ligeiramente inferior à do estudo atrás citado, embora consumam mais legumes (42,4%) e fruta (54,9%) do que no referido estudo. A sopa é ingerida pela mesma proporção, coincidindo os resultados de ambos os estudos (33,3%).

No estudo de Carvalho, Rodrigues, Carvalho e Gonçalves (2007), realizado na região do Douro, com uma amostra de 466 alunos, tendo como objetivo caracterizar o estilo de vida dos jovens do 2º, 3º ciclos e secundário, no que se refere à frequência de alimentos consumidos, os autores verificaram que ingeriam todos os dias vegetais, fruta e leite, respetivamente, 23,6%, 45,7% e 73,3% dos alunos. Por sua vez, em relação ao consumo diário de doces e de refrigerantes, as proporções foram, respetivamente, 16,5% e 27,0% dos alunos. Ainda segundo o mesmo estudo, consumiam diariamente alimentos altamente calóricos como *fast-food*, batatas fritas, doces e refrigerantes, respetivamente, 1,4%, 4,0%, 6,7% e 16,2% dos alunos.

No presente estudo, verificamos uma ingestão diária de hambúrgueres, batatas fritas, doces e refrigerantes, respetivamente, 6,2%, 6,0%, 13,8% e 30,2%, sendo o sexo masculino a consumir mais refrigerantes, doces e hambúrgueres. As proporções de alunos da nossa amostra que consomem alimentos não saudáveis são superiores às do estudo supramencionado, significando um comportamento menos adequado da nossa amostra e que ainda há muito trabalho a ser feito com estes jovens.

4.1.1.3. Atividade física e lazer sedentário

Com esta questão pretendíamos conhecer o tempo despendido com a AF fora do horário escolar. Ao visualizar a Tabela 6, verifica-se que 36,2% do total de alunos pratica AF menos de 300 minutos/semana, não seguindo as recomendações da OMS para este grupo etário (300 minutos por semana). Salienta-se que existe um grupo de 17,6% de alunos que é sedentário, o que constitui um comportamento de risco. Também verificamos que os rapazes (57,0%) praticam mais AF que as raparigas (39,1%) quanto ao praticaram mais de trezentos minutos por semana.

Quanto ao lazer sedentário, observa-se que o maior grupo de alunos da amostra vê TV e joga jogos eletrónicos mais de duas horas por dia (62,0%), o que significa que despendem muitas horas em atividades sem gasto energético (Tabela 6).

Em relação ao lazer sedentário, não se verificaram diferenças estatísticas significativas quanto ao grupo etário.

Tabela 6.
Distribuição da amostra quanto à AF e lazer sedentário (%)

Variáveis		Sexo Masculino n=179	Sexo Feminino n=271	Total n=450
Atividade física	Nenhuma	11,7	21,4	17,6
	<300 minutos	31,3	39,5	36,2
	>300 minutos	57,0	39,1	46,2
Lazer sedentário	Até 2 horas/dia	36,9	43,2	38,0
	≥ 2 horas/dia	63,1	56,8	62,0

A prática de AF difere significativamente quanto ao sexo (MW: $p \leq 0.000$), em que o sexo masculino pratica AF mais frequentemente do que o sexo feminino, tendo obtido uma ordenação média de 252,51 *versus* 207,66 do sexo feminino (Tabela 7).

A AF difere significativamente quanto ao grupo etário (KW: $p \leq 0.038$), em que os mais jovens (12-14 anos) são aqueles que praticam AF com mais frequência, tendo obtido uma ordenação média de 248,48 *versus* 214,28 dos alunos dos 15 aos 17 anos, que são os que praticam com menos frequência (Tabela 7).

A AF difere significativamente quanto à perceção da saúde dos jovens (KW: $p \leq 0.048$), em que os jovens que se consideram bastante saudáveis são aqueles que praticam AF com mais frequência, tendo obtido uma ordenação média de 243,26 *versus* 192,75, dos que se consideram pouco saudáveis, que praticam com menos frequência (Tabela 7).

Tabela 7.
Resultados dos testes estatísticos entre a AF e as variáveis sociodemográficas e a perceção da saúde dos jovens

Variáveis		n	Ordenação média	Valor Teste	df	*p*
Atividade física × Sexo	Masc.	179	252,51	19420,00	-	0,00
	Fem.	271	207,66			
Atividade física × Grupo etário	12-14 anos	124	248,48	6,556	2	**0,038**
	15-17 anos	211	214,28			
	18 anos	115	221,31			
Atividade física × perceção da saúde dos jovens	Bastante saudável	160	243,26	6,081	2	**0,048**
	Saudável	274	217,04			
	Pouco saudável	16	192,75			

Quanto ao lazer sedentário, no que se refere às horas diárias gastas a jogar videojogos difere significativamente quanto ao sexo (MW: $p \leq 0.005$), em que o sexo masculino joga mais frequentemente, tendo obtido uma ordenação média de 243,12 *versus* 213,86 do sexo feminino (Tabela 8).

Tabela 8.
Resultados dos testes estatísticos entre o lazer sedentário e as variáveis sociodemográficas

Variáveis		n	Ordenação média	Valor Teste	df	*p*
Lazer sedentário × Sexo	Masc.	179	243,12	21100,00	-	**0,005**
	Fem.	271	213,86			
Lazer sedentário × Grupo etário	12-14anos	124	234,79	221,00	2	0,535
	15-17anos	211	222,49			
	18anos	115	221,00			

Segundo o estudo de Matos, Carvalhosa e Diniz (2001), que investigou o comportamento dos jovens em idade escolar em relação à AF, com uma amostra de 6903 jovens do 6º, 8º e 10º anos de todo o país, 71,9% dos jovens inquiridos praticava o tempo de AF recomendado pela OMS, sendo a proporção no nosso estudo inferior (46,2%). Os jovens do nosso estudo são, por isso, mais sedentários que os participantes no estudo mencionado.

No estudo de Carvalho et al. (2007), a maior proporção de alunos da amostra (41,9%) pratica algum tipo de AF todos os dias, muito semelhante ao percentual obtido no nosso estudo (46,2%).

Os alunos participantes no estudo de Carvalho et al. (2011), que cumprem as orientações da OMS (>300 minutos/semana) quanto à AF são 47,8%, sendo os sedentários 1,5%. Enquanto o percentual dos alunos que seguiam as recomendações da OMS é bastante semelhante ao presente estudo (46,2%), o percentual dos alunos sedentários é bastante superior no nosso estudo (17,1%). Quanto ao sexo, os resultados são semelhantes ao nosso estudo, prevalecendo os rapazes a praticar AF com mais frequência e durante mais tempo.

O estudo de Loureiro (2011), com uma amostra constituída por 4.877 indivíduos, do 6º, 8º e 10º anos de todo país, cujo objetivo era identificar os perfis de jovens, com base no tempo despendido diariamente a ver televisão e a jogar, revelou que 86,1% jogava e via televisão mais de duas hora por dia e somente 13,9% via televisão e jogava menos de duas horas por dia. Comparativamente com o nosso estudo, depreendemos que na nossa amostra existem menos alunos (62,0%) a despender tempo em atividades sem gasto energético, isto é, mais de

duas horas a verem televisão ou a jogarem por dia, sendo menos sedentários que os alunos daquele estudo.

4.1.1.4. Perceção do estado de saúde

No nosso estudo, relativamente à perceção da própria saúde, 60,8% dos jovens consideravam-se saudáveis, o que se conclui que mais de metade dos jovens refere estar de boa saúde. Só 3,6% refere estar pouco saudável. A maior parte dos jovens questionados refere que não usava medicação para qualquer sintoma físico, embora seja de salientar que 37,7% consumiu medicação para a dor de cabeça, e 26,4% para a dor de barriga. Constatou-se ainda que, em relação à frequência de consumo de medicação, em todas as situações estudadas é mais prevalente o consumo no sexo feminino (Tabela 9).

Tabela 9.
Perceção do estado de saúde e motivo de toma de medicação (%)

Variáveis		Sexo Masculino n=179	Sexo Feminino n=271	Total n=450
Perceção do estado de saúde	Pouco saudável	3,4	3,7	3,6
	Saudável	53,6	65,7	60,8
	Bastante saudável	43,0	30,6	35,6
Motivos de consumo aos 30 dias de medicação para tratamento	Dor de cabeça	26,8	**45,0**	**37,7**
	Dor de Barriga	10,5	**22,4**	26,4
	Dificuldade em adormecer	8,3	**22,8**	17,0
	Nervosismo	16,2	**28,0**	23,2
	Cansaço	12,8	**28,4**	22,2

No estudo de Carvalho et al. (2007) constatou-se que, do total da amostra, 17,2% dos alunos respondeu que tinha algum problema de saúde. No nosso estudo verificamos que 3,5% considera-se pouco saudável, sendo o sexo feminino que obteve a maior percentagem.

No estudo Matos et al. (2004), que investigou os estilos de vida dos adolescentes portugueses, numa amostra constituída por 6.131 adolescentes do 6º, 8º e 10º anos de todo o país, tendo como objetivo estudar os perfis ligados ao risco e à proteção dos adolescentes portugueses, foi constatado que as raparigas apresentavam mais frequentemente sintomas de mal-estar físico e psicológico como dores de cabeça (48,0%), de barriga (25,4%), nervosismo (32,2%), dificuldade em adormecer (23,2%) e cansaço (33,5%), o que corrobora o nosso estudo que obteve percentuais, respetivamente, de 45,0%, 22,4%, 22,8%, 28,0% e 28,4%, com maior prevalência do sexo feminino.

Após a analise dos dados obtidos surge-nos a etapa da determinação de prioridades para podermos identificar os problemas prioritários.

4.2. Determinação de prioridades

Nesta fase pretendeu-se identificar quais os problemas que mereciam prioridade de intervenção, pois como se trata da segunda etapa do planeamento em saúde e como refere Tavares (1992), são na sua essência um processo de tomada de decisões, ajudando a decidir qual o problema para solucionar em primeiro lugar.

4.2.1. Necessidades identificadas na população

Na etapa do diagnóstico de situação foram descritas as necessidades da população em estudo e identificados os seguintes problemas:

Problema 1 – 70% dos jovens não consome os alimentos saudáveis com a frequência recomendada;

Problema 2 – 25,3% dos jovens faz menos de quatro refeições por dia;

Problema 3 – 40% dos jovens passa duas a três horas a ver televisão ou a jogar jogos eletrónicos;

Problema 4 – 17,6% dos jovens não pratica AF;

Problema 5 – 69% dos jovens não está satisfeito com o seu aspeto físico;

Problema 6 – 17,8% dos jovens consome tabaco;

Problema 7 – 26,4% dos jovens consome álcool;

Problema 8 – 13,4% dos jovens já experimentou drogas.

4.2.2. Priorização dos problemas

Para a determinação de prioridades dos problemas obtidos é necessário estabelecer um conjunto de critérios, que estão dependentes dos conhecimentos, da opinião, perceção e

experiência do próprio sujeito, que se encontra a planear. No entanto, Tavares (1992) afirma que este processo deve ser o mais objetivo possível e que o consenso entre o grupo é um critério de extrema importância para a sua concretização. Ainda o mesmo autor refere que existem três critérios considerados obrigatórios na determinação de prioridades, que são: a magnitude do problema, caracterizando-o pela sua dimensão; a transcendência, que valoriza a morbilidade por grupos etários; e a vulnerabilidade, ou seja, a possibilidade de ação e prevenção.

Existem várias técnicas e métodos utilizados para a determinação de prioridades, mas optamos pelo Método DARE (*Decision Alternative Rational Evaluation*), por ser de fácil exequibilidade e rápida execução, e por ser um método simples de ser utilizado perante vários problemas, tendo em conta o fator tempo e disponibilidade. Como refere Tavares (1992), este método coloca ênfase no peso relativo dos critérios pré-definidos, ordenando assim os problemas.

O Método de DARE determina os seguintes passos:

1. Definição dos critérios de avaliação do problema, que o grupo de trabalho, em consenso, decidiu serem os seguintes: percentagem da população afetada; suscetibilidade à intervenção; problema com maiores consequências; e custos relacionados com o problema, sendo estes pessoais ou comunitários;

2. Determinação do peso relativo de cada critério escolhido: 1 a 4, sendo 1 o de menor peso relativo e o 4 o maior peso relativo, considerou-se:

    - Percentagem da população afetada: 4;
    - Problema que tem maiores consequências: 3;
    - Suscetibilidade à intervenção: 2;
    - Custos: 1.

    3. Avaliação relativa dos critérios definidos no ponto 1 (Definição dos critérios de avaliação dos problemas). Pretendeu-se neste ponto atribuir uma pontuação ao critério, em função dos problemas sobre os quais se vão determinar as prioridades e independentemente do peso relativo de cada critério obtido no ponto 2 (Determinação do peso relativo de cada critério escolhido);

4. Aplicação da fórmula seguinte, permitindo obter o valor total de cada problema:

Problema = C1 x P1 + Cn x Pn em que C= pontuação do critério e P= peso do critério.

4.2.3. Hierarquização dos problemas

A hierarquização dos problemas encontra-se sistematizada na Tabela 10, onde é possível observar os diferentes passos do método utilizado e a priorização definitiva dos problemas. O problema com maior pontuação foi o primeiro "70% dos jovens não consome os alimentos saudáveis nas porções recomendadas", com 720 pontos, seguindo-se o quarto problema em que "17,6% dos jovens não faz AF", com 490 pontos e, por último, o segundo problema, em que "25,3% dos jovens faz menos de quatro refeições por dia", com 480 pontos.

Tabela 10.
Quadro de determinação de prioridades segundo o método de DARE

PRIORIZAÇÃO		Problema 1		Problema 2		Problema 3		Problema 4		Problema 5		Problema 6		Problema 7		Problema 8	
Critério	**Peso do critério**	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Percentagem pop. sfetada	4	100	400	25	100	35	140	20	80	100	400	20	80	25	100	15	60
Problemas com mais consequências	3	50	150	70	210	30	150	80	240	5	15	70	210	60	180	80	240
Suscetibilidade à intervenção	2	80	160	80	160	40	80	80	160	5	10	80	160	80	160	80	160
Custo	1	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Total		**720**		**480**		**380**		**490**		**435**		**460**		**450**		**470**	

Legenda: A - Pontuação do critério; B - Pontuação do critério por problema

Pela priorização realizada, decidiu-se que os problemas alvo de intervenção seriam a alimentação, a AF e os consumos de drogas lícitas e ilícitas. Estes problemas foram divididos por consenso pelas duas alunas do MEC, a realizar estágio na UCC de Lousada, tendo os temas alimentação e AF sido o alvo de intervenção neste projeto. Na determinação de prioridades não existiram casos de empate pelo que não houve necessidade de utilização de outro método.

4.3. Fixação dos objetivos

Com este projeto, dirigido a esta população específica, pretendeu-se contribuir de uma forma mais concreta e direta para a minimização problemas de saúde priorizados, nomeadamente alimentação desadequada e reduzida frequência de AF. Pretendeu-se obter ganhos em saúde através da promoção da saúde e prevenção da doença, não esquecendo que o papel do enfermeiro, enquanto elemento de uma equipa multidisciplinar, assume importância relevante na EpS. Para tal, procurou-se capacitar estes jovens e motivá-los para uma possível mudança de atitudes e comportamentos geradores de bem-estar/saúde. Foi tido em conta o MPS de saúde de Nola Pender, pois este proporciona uma estrutura simples e clara ao enfermeiro que permite planear, intervir e avaliar as suas ações, no sentido da promoção de saúde, compreendendo o indivíduo como um todo. A intervenção precoce na promoção de estilos de vida saudáveis é fundamental para prevenir complicações futuras, como a obesidade, 0 sedentarismo e outras. Para isso, foram realizadas duas atividades "Bem comer, para viver +" e "Mexe-te, para viver +".

Atividade "Bem comer, para viver +" - As doenças crónicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, cancro, patologia respiratória crónica, diabetes, doenças osteoarticulares e perturbações da saúde mental, como a depressão) constituem, hoje, a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas. O aumento global, epidémico, destas doenças está estritamente relacionado com alterações dos estilos de vida, nomeadamente a alimentação não saudável e a inatividade física (sedentarismo).

No nosso estudo, verificou-se que 27,3% dos alunos fazem menos de quatro refeições por dia, sendo o número de refeições desadequado. Ao analisarmos os resultados, podemos concluir que os alunos consomem pouca quantidade de sopa (66,7%), frutas (45,1%), leite (29,4%) e legumes (57,6%) diariamente.

Atividade "Mexe-te, para viver +" - No nosso estudo, concluímos que 62,0% dos jovens via mais de duas horas por dia televisão e jogava jogos eletrónicos, o que lhes deixa pouco tempo para a prática de AF, indicador de que estes jovens são bastante sedentários.

Os objetivos devem ser bem enunciados, pois só assim fornecem normas e critérios às atividades seguintes, devem explicar aos participantes dos projetos os tipos de comportamentos apropriados e pertinentes. Devem estar subjacentes os critérios com que se

poderá analisar o grau de sucesso de um projeto, assim como a adequação entre os fins procurados pela sua implementação com as expectativas da população alvo. Há quatro fases para a consecução desta etapa, sendo a primeira a seleção dos indicadores dos problemas prioritários, a segunda será a determinação da tendência, projeção e previsão dos problemas prioritários, a terceira é a fixação dos objetivos a atingir e a quarta será a tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas.

Os objetivos devem conter mensagens sobre comportamentos e estados desejáveis, acerca da população-alvo (Tavares, 1992). Existem características que devem ser consideradas, entre as quais, o objetivo ser pertinente, preciso, realizável e mensurável.

Objetivo geral da atividade "Bem Comer para viver +"

- Capacitar os alunos do 6º ano pertencentes à ESL sobre alimentação saudável, para a mudança de atitudes e de comportamentos, pelo menos em 5% dos alunos, até 31 de outubro de 2014.

Objetivos específicos da atividade "Bem Comer para viver +"

- Ensinar sobre os benefícios da alimentação saudável, destacando os malefícios de uma alimentação não saudável, sobre os cuidados diários a ter com a alimentação e quais os alimentos a ser consumidos diariamente;
- Sensibilizar para a adoção de uma alimentação saudável;
- Instruir sobre confeção saudável de alimentos e a melhor forma de ingestão dos alimentos.

Objetivos operacionais-meta da atividade "Bem Comer para viver +"

- 70% dos alunos do 6º ano da ESL estejam presentes nas sessões de EpS;
- 70% dos alunos do 6º ano da ESL participem no conto ilustrado.

Objetivo geral da atividade "Mexe-te para viver +"

- Capacitar os alunos do 6º ano da ESL sobre os benefícios da prática regular (mais de três vezes por semana) de AF para uma mudança de atitudes e de comportamentos, pelo menos em 5% dos alunos abordados, até 31 de outubro de 2014.

Objetivos específicos da atividade "Mexe-te para viver +"

- Ensinar sobre os benefícios da prática regular de AF e os malefícios da não prática regular de AF e sobre os cuidados a ter na prática de AF e qual o equipamento mais adequado;
- Sensibilizar para a prática de AF regular;
- Instruir sobre exemplos de AF mais adequada nesta população e o bem-estar após a prática de AF e a alegria na prática de AF;
- Instruir sobre a prática de Zumba.

Objetivos operacionais-meta da atividade "Mexe-te para viver +"

- Que 70% dos alunos do 6º ano da ESL esteja presente nas sessões de EpS;
- Que 70% dos alunos do 6º ano da ESL esteja presente no evento desportivo.

4.4. Seleção de estratégias

Neste capítulo pretende-se dar a conhecer as estratégias utilizadas para atingir os objetivos, selecionadas tendo em conta o custo, o benefício e os recursos humanos, físicos, tecnológicos e financeiros disponíveis (Tavares 1992). Assim, selecionámos as seguintes estratégias:

- EpS sobre benefícios de uma alimentação saudável *(Apêndice G)*;
- Conto ilustrado comer…com saber *(Apêndice H)*;
- EpS sobre benefícios da prática de AF *(Apêndice I)*;
- Aula prática de zumba.

4.5. Preparação operacional/programação

Neste capítulo pretende-se reportar o planeamento operacional da execução do projeto, forma de programação que permite clarificar o mais possível as atividades, pois "não haverá uma atividade cujo local de realização se desconheça, ou se ignore como irá ser executada" (Tavares, 1992, p.166).

Em relação ao planeamento das atividades, iniciou-se por agendar reunião com o coordenador do PES e os vários professores dos alunos do 6º ano da ESL, ficando decidido que as atividades seriam no dia 16 de outubro por ser o dia mundial da alimentação, e que seria oportuno abordar o tema da AF, verificando-se desde logo a disponibilidade do professor de educação física para colaborar nas atividades, oferecendo-se para realizar EpS sobre o tema.

Quanto ao tema da alimentação saudável, foi convidada uma nutricionista que, em conjunto com a aluna do MEC, realizaram EpS e instruíram sobre confeção saudável de alimentos e a melhor forma de ingestão dos alimentos.

Quanto à divulgação das atividades, foram afixados cartazes *(Apêndice J)* nos espaços comuns da ESL e distribuídos panfletos *(Apêndice J)* aos alunos do 6º ano.

Pensamos que a programação permite clarificar o mais possível cada uma das atividades, assim, e por acharmos pertinente, apresentamos na Tabela 11 o plano esquemático da sessão, para melhor perceção.

Tabela 11.
Plano esquemático da sessão "Bem comer, para viver +"

Formadora: Ana Lopes e Cláudia Melo **Tema:** Alimentação Saudável **Grupo-alvo:** Alunos do 6º ano da ESL **Data, Hora:** 16 de outubro de 2014 das 09.30 às 10.10 horas e das 14.30 às 15.10 horas. **Local:** Escola Secundária de Lousada **Duração**: 60 minutos	**Objetivo Geral:** • Capacitar os alunos do 6ºano pertencentes à ESL sobre alimentação saudável, para uma mudança de atitudes e comportamentos, pelo menos em 5% dos alunos, até 31 de outubro de 2014. **Objetivos Específicos:** • Ensinar sobre os benefícios da alimentação saudável, destacando os malefícios de uma alimentação não saudável e cuidados diários a ter com a alimentação e quais os alimentos a ser consumidos diariamente; • Sensibilizar para a adoção de uma alimentação saudável; • Instruir sobre confeção saudável de alimentos e a melhor forma de ingestão dos alimentos.

Fase/ Duração	Conteúdos	Metodologia	Avaliação
Introdução 10 Minutos	- Apresentação pessoal das formadoras - Apresentação do tema e objetivos - Avaliação diagnostica - Motivação: necessidade de uma adequada alimentação, para um bom desenvolvimento.	Utilização de método expositivo através do meio auxiliar: diapositivos realizados em PowerPoint®.	
Desenvolvimento 20 Minutos	Apresentação das funções da alimentação. Apresentação dos benefícios da alimentação para uma saúde adequada. Apresentação dos malefícios de uma má alimentação. Descrição do número adequado de refeições e seus intervalos. Apresentação do conto ilustrado.	Utilização de método expositivo através dos meios auxiliares: - Diapositivos realizados em *PowerPoint®;* - Imagem da roda dos alimentos; - Demonstração de técnicas saudáveis de preparação de alimentos.	Observação do interesse e participação dos formandos. Aplicação de questionário para avaliação da atividade.
Conclusão 10 Minutos	- Síntese das ideias principais. - Espaço para a participação e esclarecimento de dúvidas. - Bibliografia. - Avaliação imediata.	- Utilização de método expositivo através do meio auxiliar: diapositivos realizados em *PowerPoint*®; - Motivação para o diálogo.	

Além da sessão "Bem comer, para viver +" esquematizada anteriormente, considerámos necessário esquematizar a sessão "Mexe-te para viver +" para melhor perceçao da mesma, como consta na Tabela 12.

Tabela 12.
Plano esquemático da sessão "Mexe-te para viver +"

Formadora: Ana Lopes, Nuno Delgado e Joana Gonçalves **Tema:** Benefícios da atividade física **Grupo-alvo:** Alunos do 6º ano da ESL **Data, Hora:** 16 de outubro de 2014 das 10.20 às 11.00 horas e das 15.20 às 16.00 horas. **Local:** Escola Secundária de Lousada **Duração**: 60 minutos	**Objetivo Geral:** • Capacitar os alunos do 6ºano da ESL sobre os benefícios da prática regular (mais de três vezes por semana) de AF para uma mudança de atitudes e de comportamentos, pelo menos em 5% dos alunos, até 31 de outubro de 2014. **Objetivos Específicos:** • Ensinar sobre benefícios da prática regular de AF e os malefícios da não prática regular de AF, sobre os cuidados a ter na prática de AF e qual o equipamento mais adequado; • Sensibilizar para a prática de AF regular; • Instruir sobre exemplos de AF mais adequada nesta população e o bem-estar após a prática de AF e a alegria na prática de AF; • Instruir sobre a prática de Zumba.

Fase/ Duração	Conteúdos	Metodologia	Avaliação
Introdução 10 Minutos	- Apresentação pessoal das formadoras. - Apresentação do tema e objetivos. - Avaliação diagnóstica. - Motivação: Necessidade de uma adequada AF.	Utilização de método expositivo através do meio auxiliar: diapositivos realizados em PowerPoint®	
Desenvolvimento 20 Minutos	Apresentação das funções da AF. Apresentação do benefício da AF para uma saúde adequada. Apresentação dos malefícios da não AF. Descrição da técnica, número adequado e tempo de AF. Apresentação de material para a AF. Sessão prática de Zumba.	Utilização de método expositivo através dos meios auxiliares: - Diapositivos realizados em *PowerPoint*® - Demonstração prática de uma aula de Zumba.	Observação do interesse e participação dos formandos. Aplicação de questionário para avaliação da atividade.
Conclusão 10 Minutos	- Síntese das ideias principais. - Espaço para participação e esclarecimento de dúvidas. - Bibliografia. - Avaliação imediata.	- Utilização de método expositivo através de: diapositivos realizados em *PowerPoint*® - Motivação para o diálogo.	

4.5.1. Execução das atividades

As intervenções foram realizadas aos alunos do 6º ano, por se considerar que a intervenção deve ser precoce e preventiva. As intervenções realizadas são fundamentadas através do referencial teórico de promoção de saúde de Nola Pender (1982). Para a autora, e neste caso, os jovens comprometem-se a adotar comportamentos, dos quais advêm benefícios subsequentes que são valorizados pelos próprios. Neste contexto, a promoção da saúde, através da EpS, irá incentivar os jovens a adotar estilos de vida saudáveis, para potenciar

assim uma mudança de ação positiva. A autora destaca, ainda, que os enfermeiros podem ajudar os clientes a ter comportamentos promotores de saúde, focando os benefícios dos mesmos (através de EpS, por exemplo), ensinando estratégias para ultrapassarem dificuldades e fornecendo reforços positivos.

Na componente característica deste modelo, entende-se que o comportamento anterior é o que necessita ser mudado, face também aos fatores pessoais. Visto que, nesta situação, a idade de atuação é precoce, também aqui podemos considerar não só um comportamento a mudar, mas também a conceção de expectativas face a um determinado comportamento ou estilo de vida. Tenta-se gerar nos jovens comportamentos e estilos de vida promotores de saúde. Quanto aos fatores biológicos, considera-se a idade e as alterações psicológicas que dela possam advir.

Na componente comportamento específico, trabalha-se a perceção dos benefícios para a ação, ou seja, destaca-se que uma alimentação saudável e a prática de AF possibilitam benefícios na sua saúde. A barreira para a ação considerada como a perceção negativa de determinado comportamento é a ignorância dos benefícios de uma alimentação saudável e da AF. Assim, na gestão da perceção da autoeficácia tenta-se reforçar esta ideia nos jovens, provocando-lhes sentimentos positivos em relação ao comportamento escolhido, sendo este promotor de saúde. Devido à idade e à sua imaturidade, os jovens são influenciáveis, pelo que, e neste caso, reforça-se as consequências de uma má alimentação e da inatividade física.

Na componente resultado do comportamento percebe-se que a necessidade de fazerem uma alimentação saudável e praticarem AF, face às suas preferências pessoais pode exercer uma força potencializadora e positiva. Assim, pretende-se um compromisso de promoção de saúde, em que se consiga capacitar e sensibilizar os jovens sobre os benefícios de uma alimentação saudável e da prática de AF, levando a uma mudança de hábitos. As atividades decorreram em 16 de outubro de 2014, das 10.20 às 11.00 horas e das 15.20 às 16.00 horas, foram realizadas conforme o seu planeamento e verificou-se grande adesão por parte dos alunos (183 alunos) e professores.

Com base nas premissas anteriores, foi fundamental a elaboração deste projeto com vista ao desenvolvimento de atitudes/comportamentos pró-ativos, no que concerne aos hábitos alimentares saudáveis. Para isso, contamos com a colaboração de uma nutricionista para a realização de EpS sobre os benefícios de uma alimentação saudável e também foi narrado um conto ilustrado, sobre a alimentação saudável.

Para a atividade de promoção da AF contámos com a colaboração de um professor de educação física da ESL que apresentou o tema "benefícios da AF". Também foi realizado um evento desportivo "Mexer para viver melhor!", em colaboração com uma professora de zumba, que efetuou uma demostração deste tipo de dança.

4.6. Avaliação das atividades

Avaliar um projeto não é tarefa fácil, contudo, é uma etapa necessária. Uma avaliação necessita da determinação cuidadosa das situações para poder conduzir a conclusões acertadas, devendo basear-se em informações pertinentes, sensíveis e fáceis de obter (Imperatori, 1993b). São necessários indicadores para medir a estrutura, o processo e os resultados, sendo essenciais como forma de avaliar os projetos desenvolvidos.

A avaliação das atividades "Bem comer, para viver+" e "Mexe-te para viver +" foi efetuada através dos indicadores de processo e resultado. Dos 193 alunos da população alvo, 183 estiveram presentes nas sessões, a meta proposta para a presença de alunos foi de 70%, tendo sindo abrangidos 94,8% dos alunos, pelo que se ultrapassou a meta proposta, como se pode verificar na Tabela 13.

Tabela 13.
Indicadores de processo das atividades "Bem comer, para viver +" e "Mexe-te, para viver +"

Indicador de Atividade	Construção	Meta	Avaliação
Percentagem de alunos do 6ºano da ESL que participaram na EpS "Benefícios de uma alimentação saudável" e na atividade "Mexe-te, para viver +"	Nº de alunos do 6ºano da ESL/ Nº de alunos presentes no dia 16 de outubro de 2014 x 100	70,0%	94,8%
Percentagem de alunos do 6ºano da ESL que participaram no conto ilustrado e na aula de zumba	Nº de alunos do 6ºano da ESL/ Nº de alunos que participaram no conto ilustrado no dia 16 de outubro de 2014x 100	70,0%	94,8%

Partimos do pressuposto que as prevalências desta amostra seriam semelhantes às da amostra do diagnóstico de situação em saúde. No dia 10 de dezembro de 2014 aplicamos a esta amostra um grupo de questões semelhantes às do questionário aplicado no diagnóstico de situação em saúde. A nossa amostra foi constituída por 133 alunos adolescentes de uma população total de 193, pois só conseguimos o retorno de 133 questionários.

Assim, apresentamos na Tabela 14 as prevalências do consumo de alimentos após as intervenções, em que os resultados do questionário do diagnóstico de situação em saúde são comparados com os resultados do questionário de avaliação das intervenções (A), permitindo-nos avaliar as intervenções realizadas.

Pudemos verificar um aumento significativo em relação ao consumo diário de fruta (72,2%), legumes crus (55,7%), sopa (59,3%), leite (90,2%) e a diminuição do consumo diário de bolos/pastelaria (9,1%) e refrigerantes (21,0%), embora o consumo de batatas fritas (8,3%) e hambúrgueres (11,3%) aumentasse. Podemos concluir que as intervenções atingiram largamente os objetivos.

Tabela 14.
Frequência do consumo de alimentos (%)

Frequência de consumo de alimentos	Nunca		Não Diário		Diário	
	DSS Total n=4 50	A Total n=133	DSS Total n=4 50	A Total n=133	DSS Total n=450	A Total n=133
Fruta	11,8	2,3	33,3	25.,1	**54,9**	**72,2**
Legumes crus	22,2	3,8	35,4	40,1	**42,4**	**55,7**
Sopa	26,3	4,6	40,4	36,1	**33,3**	**59,3**
Leite	14,4	1,5	14,0	8,3	**71,6**	**90,2**
Bolos/pastelaria	44,7	2,3	41,5	88,0	**13,8**	**9,1**
Batatas fritas	52,2	3,0	41,8	88,7	6,0	8,3
Hambúrgueres	61,8	5,3	32,0	83,4	6,2	11,3
Refrigerantes	33,3	6,0	36,5	73,0	**30,2**	**21,0**

Legenda: DSS – Diagnóstico de situação de saúde; A – Avaliação das intervenções

Em relação aos indicadores de resultado da atividade "Mexe-te para viver +", estão representados na Tabela 15.

Ao observarmos a Tabela 15 podemos constatar que as intervenções atingiram os objetivos, ao verificar-se uma diminuição da percentagem de alunos que não praticavam AF de 17,6% para 6,8%. Verificou-se ainda que a maioria (56,4%) passou a praticar AF mais de trezentos minutos por semana.

Relativamente ao lazer sedentário, constatamos também que a percentagem maior de alunos via televisão ou jogava até duas horas por dia jogos eletrómicos (75,9%). Nos resultados do diagnóstico de situação em saúde, a maior percentagem de alunos (62,0%) via televisão e jogava mais ou duas horas por dia, nos resultados da avaliação contatámos que só 24,1% dos alunos via duas horas ou mais por dia.

Tabela 15.
Distribuição da amostra quanto à AF e lazer sedentário (%)

Atividade física/Lazer sedentário		DSS Total n= 450	A Total n= 133
Atividade física	Nenhuma	**17,6**	**6,8**
	<300 Minutos	36,2	36,8
	>300 Minutos	**46,2**	**56,4**
Lazer sedentário	Até 2 H/dia	**38,0**	**75,9**
	≥ 2H/dia	**62,0**	**24,1**

Legenda: DSS - Diagnóstico de situação de saúde; A - Avaliação das intervenções.

Pelo exposto concluímos que as intervenções escolhidas foram adequadas e que conseguimos capacitar e sensibilizar os jovens sobre os benefícios de uma alimentação saudável e da prática de AF, levando a uma mudança de hábitos.

Portanto, quanto à competência contribuir para o processo de capacitação de grupos/comunidades, pensámos que o desenvolvimento desta competência foi efetuada através da colaboração e participação em atividades do projeto "VIVER +" com base nos problemas priorizados no diagnóstico de situação de saúde, de forma a responder às necessidades identificados na população estudada e permitir que a mesma fosse capaz de se capacitar para a gestão eficaz da sua saúde.

5. OUTRAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Numa época de constrangimentos a nível socioeconómico para toda a sociedade portuguesa, torna-se cada vez mais importante refletir sobre as dificuldades que a população está a atravessar e pensar em estratégias para minimizar o impacto dos problemas de saúde. Ter uma prática de enfermagem em que predominem competências especializadas adequadas às necessidades específicas em cuidados de enfermagem da população é cada vez mais um objetivo a ter em conta, para isso a enfermagem comunitária pode utilizar diagnósticos de situação em saúde, realizar saúde escolar e trabalhar em diversos projetos que envolvam a comunidade.

Para além das atividades que nos permitiram dar continuidade à metodologia do planeamento em saúde, inseridas no âmbito do projeto descrito no capítulo anterior, que desenvolvemos no decorrer deste estágio, em contexto da UCC, houve também outras atividades neste contexto e em contexto da USP que descrevemos de seguida.

5.1. Em contexto da Unidade Cuidados na Comunidade

Durante o estágio na UCC, além das intervenções descritas anteriormente e resultantes do diagnóstico de situação em saúde, tivemos a oportunidade de participar na atividade realizada no concelho de Lousada, "Feira Social", pois assim pudemos desenvolver a competência contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades. Esta atividade foi de extrema importância para a comunidade, provocando a participação ativa da população, e realizou-se no parque urbano da Vila de Lousada. Envolveu parcerias com o município, escolas e outras entidades que quiseram participar. Demonstrou a importância de uma alimentação saudável, através da divulgação e promoção de batidos de fruta. Foram também realizados rastreios e ensinos, quando necessário, para promover hábitos de vida saudáveis.

Em contexto de saúde escolar, participamos no dia 15 de outubro na promoção de hábitos alimentares saudáveis, com ensinos e distribuição de batidos de fruta durante os intervalos das aulas na Escola EB 2,3 de Caíde de Rei. Na mesma escola, no dia da Feira de São Martinho,

realizámos também rastreios de hipertensão e diabetes, realizando avaliações de tensão arterial e glicemia capilar.

As visitas domiciliárias realizadas levaram-nos a conhecer a realidade dos indivíduos e grupos. No apoio domiciliário, participámos e colaborámos com a equipa da UCC, no apoio ao prestador de cuidados, em cuidados paliativos, em situação de luto e, por último, em atividades de reabilitação dos utentes.

5.2. Em contexto da Unidade de Saúde Pública

Neste contexto, tivemos oportunidade de efetuar atividades de vigilância da saúde e bem-estar dos cidadãos, incluindo a recolha de dados para a produção de estatísticas, e medidas de acompanhamento nas áreas das doenças de declaração obrigatória e não obrigatória, saúde mental, saúde materna e infantil, saúde ocupacional e ambiente, bem como proceder a inquéritos e outras medidas de seguimento de estilos de vida e padrões de comportamento, que nos permitiram desenvolver a competência realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Tivemos oportunidade de perceber todo o processo que envolve a Doença de declaração obrigatória, desde que esta é notificada até à vigilância epidemiológica efetuada. Foram notificados vários diagnósticos de tuberculose, em que preenchemos a declaração, fizemos o inquérito pré-definido, monitorizamos os rastreios aos conviventes e medicação. Tivemos oportunidade de colaborar (introduzimos questionários numa base de dados) num estudo sobre consumo de tabaco a todos os alunos do 7º, 8º e 9º anos de escolaridades das escolas da área de abrangência do ACES Tamega III - Vale do Sousa Norte.

A USP também promove a saúde através de ações sobre os determinantes sociais, com especial foco na identificação de pessoas e populações com riscos diferenciados. Neste contexto, tivemos oportunidade de reunir com a coordenadora do PES de um agrupamento de escolas de Felgueiras, que nos pediu para, futuramente, se desenvolver um projeto a nível da saúde mental, pois existem vários relatos de alterações de comportamento (auto mutilações, *bullying*, entre outras) por parte dos alunos deste agrupamento, ficando definido a realização de um diagnóstico de saúde nesta instituição, para futuras intervenções.

A USP atua na prevenção da doença, em particular pela supressão da exposição a agentes nocivos para a saúde, garante a cobertura vacinal adequada, onde nos foi explicado os procedimentos desta unidade quanto ao programa de vacinação, nomeadamente a vacina da gripe, e à monitorização da vacinação em saúde escolar.

Foi também possível contribuir para a planificação e monitorização das ações e atividades necessárias para a manutenção da saúde das populações, em que nos apercebemos que além da monitorização do Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar, também o desenvolvem junto aos alunos. Foi-nos explicado que, por várias vezes, necessitam de passar segundas vias dos cheques dentistas, pois estes acabam por se extraviar, mas através da articulação com os coordenadores do PES das escolas é possível fazer chegar a segunda via aos alunos destinatários. Conseguimos perceber a dinâmica em relação ao Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escola e Programa Escolas Livres de Tabaco.

Este estágio foi proveitoso, pois permitiu-nos perceber quais as funções do EEECSP na USP e a sua importância para os cuidados de saúde primários.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso de aprendizagem que termina com a elaboração deste relatório foi longo e acompanhado de muito trabalho e reflexão. Este percurso iniciou-se com o estágio cujo principal objetivo era a elaboração de um diagnóstico de situação em saúde, para avaliar os hábitos de vida dos jovens em idade escolar, temática que nos foi proposta pela equipa da UCC de Lousada.

Ao determinarmos as prioridades confrontámo-nos com vários problemas, estes foram hierarquizados e, assim, as nossas intervenções foram dirigidas à alimentação e à AF. Utilizou-se, principalmente, a estratégia da EpS no sentido de produzir uma mudança de comportamento consciente e por se pensar ser a mais adequada às populações-alvo das comunidades trabalhadas.

Conseguir provocar alterações nas atitudes e hábitos das pessoas não é fácil, não se faz de um momento para o outro, mas através de uma definição de metas a médio e a longo prazo, na procura de uma "fórmula" para obter a reação adequada, prevendo que o resultado possa ser o esperado. Contudo, e embora com alguns entraves pelo caminho, pensámos ter atingido os objetivos, quer relativos a este documento, quer os referentes ao projeto de intervenção, como pudemos constatar na avaliação das intervenções. Assim, fizemos uma revisão da literatura sobre os focos de atenção das nossas intervenções; descrevemos sumariamente os contextos de estágio e apresentamos o projeto e as atividades inerentes desenvolvidas; descrevemos os procedimentos efetuados durante cada uma das etapas da metodologia do planeamento em saúde; identificámos as competências desenvolvidas e consolidadas ao longo deste percurso, com uma análise crítica e reflexiva do mesmo. Em termos da operacionalização do projeto, conseguimos ultrapassar os indicadores delineados à partida, tanto em termos do processo como de resultado.

As competências desenvolvidas neste estágio foram essencialmente as de enfermeiro especialista, onde estabelecemos, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, efetuamos nomeadamente um diagnóstico de saúde na comunidade, fixamos as prioridades em saúde de uma comunidade, formulamos os objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas,

estabelecemos projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados, efetuamos a avaliação do projeto, para percebermos se existiu resolução dos problemas.

Compreende-se, neste momento, de forma mais consciente, a importância de contribuir para o processo de capacitação e empoderamento de grupos e comunidades, ajudando a colocar em prática as competências do enfermeiro especialista, pois serve de facilitador de informação, devendo participar e colaborar na capacitação dos jovens.

No contexto da USP, tivemos oportunidade de desenvolver a competência realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico ao efetuar atividades de vigilância da saúde e bem-estar dos cidadãos, incluindo a recolha de dados para a produção de estatísticas e medidas de acompanhamento nas áreas das doenças de declaração obrigatória e não obrigatória, saúde mental, saúde materna e infantil, saúde ocupacional e ambiente, bem como proceder a inquéritos e outras medidas de seguimento de estilos de vida e padrões de comportamento.

As principais limitações e constrangimentos sentidos ao longo deste estágio e do projeto de intervenção, que dele fez parte integrante, foram a harmonização da vida profissional com a realização do estágio, as dificuldades na articulação com o coordenador do PES/professores, a pouca colaboração e recetividade para a realização das intervenções junto dos alunos que participaram no diagnóstico de situação em saúde, que nos obrigaram a redefinir o planeamento inicial, e as dificuldades sentidas durante o processo de análise de dados devido à nossa inexperiência neste âmbito. Apesar da nossa experiência profissional nos cuidados de saúde primários, sentimos inexperiência na concretização das etapas do planeamento em saúde. Contudo, estes obstáculos despoletaram um crescimento, maturação de atitudes e desenvolvimento de potencialidades.

Este projeto constitui apenas um ponto de partida para a UCC, que agora passa a dispor de um instrumento (diagnóstico de situação em saúde que lhe foi entregue), que lhe permite conhecer melhor a realidade desta população, no que diz respeito ao seu estilo de vida e adequar melhor as suas intervenções futuras, que irão dar continuidade e consolidar os resultados das intervenções que realizámos. Deste modo, a qualidade de cuidados de enfermagem prestados, no âmbito desta unidade de saúde, poderá ser melhorada, potenciando assim ganhos em saúde desta população.

Por tudo o que já anteriormente foi descrito e fundamentalmente pela aquisição de

competências que permitam uma intervenção adequada, desenvolveu-se todo este percurso pessoal e profissional na área da enfermagem comunitária, que por se considerar inacabado pode vir a constituir ponto de partida para novos estágios. Sugerimos para estágios futuros a replicação deste trabalho numa amostra maior e em outras localizações geográficas do país. Também sugerimos que este tipo de intervenções integre a participação de outros técnicos, na concretização de intervenções dirigidas aos pais/encarregados de educação, nomeadamente no fornecimento de conselhos práticos e úteis para a execução de refeições saudáveis e motivação para a prática de AF.

O planeamento em saúde é, sem dúvida, a melhor forma de conhecer os problemas e dificuldades da população, as suas necessidades em saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Active Healthy Kids Canada. (2009). *The Active Healthy Kids Canada. Report card on physical activity for children and youth*. Retrieved from http://www. activehealthykids.ca/ReportCard/2009ReportCardOverview.aspx

Associação Portuguesa dos Nutricionistas. (2015). *Adolescência*. Acta Portuguesa de Nutrição. Retirado de http://www.apn.org.pt/ver.php?cod=0I0C0C

Azevedo, C., Moreira, A., Azevedo, & Gonçalves A. (2008). *Metodologia científica: Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos* (9a ed.). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Bernardino, A. (2009). *Os enfermeiros enquanto agentes de educação para a saúde: Validação da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde.* Instituto Politécnico de Leiria. Retirado de https://iconline.ipleiria. pt/handle/10400.8/113

Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, Práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.

Carvalho, A., Espinheira, M., Dinis, M., & Meneses, M. (2011). Obesidade em alunos do 3º ciclo. *Nursing, 271* (23), 2-9.

Carvalho, A., Rodrigues, V., Carvalho, G., & Gonçalves, A. (2007). Um olhar sobre os hábitos alimentares e de lazer de jovens adolescentes. In B. Pereira, G. S. Carvalho & V. Pereira (Eds. lits.), *Novas realidades, novas práticas: Actas do Seminário Internacional de Educação Física, Lazer e Saúde*, 3, Braga, Portugal. Braga: Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho. Retirado de http://repositorium. sdum.uminho.pt/handle/1822/6692

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Diniz, F., & Neves, M. N. (2011). *Plano Local de Saúde do ACES Tâmega III - Vale do Sousa Norte*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte.

Direção-Geral da Saúde. (2010). *A actividade física e o desporto: Um meio para melhorar a saúde e o bem-estar*. Retirado de file:///C:/Users/User/Downloads/i009044%20(3).pdf

Direção-Geral da Saúde. (2012a). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Estratégias para a saúde (versão discussão)*. Lisboa: Autor. Retirado de http://pns.dgs. pt/files/2011/03/OSS2_20-06-2011.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2012b). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável: Orientações programáticas*. Lisboa: Autor. Retirado de file:///C:/Users/User/Downloads/i017665.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Autor. file:///C:/Users/User/Downloads/i019087.pdf

European Food Information Council. (2006). *Child and adolescent nutrition*. Retrieved from http://www.eufic.org/article/en/expid/basics-child-adolescent-nutrition/

Ferreira, A., Castro, D., Valada, E., Costa, P., Samorinha, C., & Precioso, J. (2009). Caracterização da oferta alimentar dos bufetes e máquinas de venda automática de alimentos da Universidade do Minho. *Alimentação Humana, 15* (3), 80-85. Retirado de file:///C:/Users/User/Downloads/SPCNA_20101209222726_SPCNA_n3_2009_6.pdf

Fialho, A. S. R., & Almeida, M. D. V. (2008). Publicidade a géneros alimentícios no meio televisivo dirigida a crianças e adolescentes em Portugal. *Alimentação Humana,14* (2), 57-65. Retirado de file:///C:/Users/User/Downloads/Publicidade_a_g_neros_aliment_cios_no_meio_televisivo_dirigida_a_crian_as_e_adolescentes_em_Portugal.pdf

Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.

Gil, A. (2011). *Tratado de nutrición: Nutrición humana en el estado de salud* (2a ed., tomo 3). Madrid: Editora Médica Panamerica.

Health & Human Services. (2008). *Physical activity guidelines for Americans: Be active, healthy and happy*. Retrieved rom http://www.health.gov/paguidelines/guidelines/default.aspx

Imperatori, E. (1993a). Diagnóstico da situação. In E. Imperatori & M. R. Giraldes, *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3a ed. rev. e atual., cap. 5, pp. 43-55). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Imperatori, E. (1993b). Avaliação. In E. Imperatori & M. R. Giraldes, *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3a ed. rev. e atual., cap. 15, pp. 173-196). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto do Desporto de Portugal. (2009). *Orientações da União Europeia para a atividade física: Políticas recomendadas, para a promoção da saúde e do bem-estar*. Lisboa: Autor. Retirado de http://www.idesporto.pt/ficheiros/File/Livro_IDPfinalJan09.pdf

Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos 2011: Resultados provisórios*. Recuperado de http://censos.ine.pt

International Obesity Task Force. (2013). *News*. Retrieved from http://www.iuns.org/newsletter/

Lei nº 48/90, de 24 de agosto. Lei de bases da saúde. Diário da República, 95. Série I.

Loureiro, N. (2011). *A prática desportiva e a actividade física dos adolescentes portugueses: Género, ambiente e lazer*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.

Machado, M. (2009). *Adesão ao regime terapêutico.* Tese de mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.

Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o SPSS statistics* (6a ed.). Lisboa: ReportNumber.

Matos, M. G., Carvalhosa, S. F., & Diniz, J. A. (2001). *Actividade física e prática desportiva nos jovens portugueses* (Tema 4, nº 1). Lisboa: Edições FMH. Retirado de http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/ActFisica.pdf

Matos, M. G., Carvalhosa, S. F., Simões, C., Branco, J., Urbano, J., & Equipa do Aventura Social. (2004). *Risco de protecção: Adolescentes, pais, amigos e escola* (Tema 8, 1). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa.

Matos, M., & Sardinha S. (1999). *Estilos de vida activos e qualidade de vida*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social. (2006). *Indicadores de saúde dos adolescentes portugueses: Relatório preliminar do estudo HBSC 2006.* Recuperado de www.aventurasocial.com

O'Donnell, M. P. (2008). Evolving definition of health promotion: What do you think? *American Journal of Health Promotion, 23* (2), 4. doi:10.4278/ajhp.23.1.iv

Ordem dos Enfermeiro. (2011). *Educação para a saúde, um aliado para a mudança de comportamentos.* Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt

Ordem dos Enfermeiros. (1998). *REPE: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual, enunciados descritivos.* Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.* Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/regulamentocompetenciascomunitariasaude%20publica_aprovadoag_20nov2010.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2014). Atividade física. *Folha Informativa, 385*. Retirado de http://actbr.org.br/uploads/conteudo/957_FactSheetAtividadeFisicaOMS2014_port_REV1.pdf

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995): *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de investigação ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Sakraida, T. J. (2004). Nola J. Pender: Modelo de promoção da saúde. In A. M. Tomey & S. M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5a ed., cap.33, pp. 699-715). Loures: Lusociência.

Silva, M. (1993). Prefácio à 1ª edição. In E. Imperatori & M. R. Giraldes, *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3a ed. rev. e atual., pp.3-4). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (7a ed.). Loures: Lusodidacta.

Tavares, A. (1992). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Víctor, J. F., Lopes, M. V. O., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem, 18 (*3), 235-240. Retirado de http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf

World Health Organization. (1986). *Young people´s health: A challenge for society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All*. Geneva: Author. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41720/1/WHO_TRS_731.pdf

APÊNDICES

Apêndice A

Versão provisória do questionário "Hábitos de vida saudáveis em jovens em idade escolar"

Q			

QUESTIONÁRIO

Por favor leia atentamente as seguintes questões e assinale a resposta apropriada. As suas respostas serão tratadas com a máxima confidencialidade.

PARTE A – CARACTERIZAÇÃO

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: Masculino: ☐ Feminino: ☐

3. Ano de Escolaridade: _____ ano

4. Já reprovaste alguma vez? Não ☐ Sim ☐

5. Moras? Numa aldeia ☐ Numa Vila ☐ Numa Cidade ☐

PARTE B - QUESTIONÁRIO: "HÁBITOS DE VIDA NOS JOVENS EM IDADE ESCOLAR"

ESCOLA

1. Após terminares o 12.º ano (escolaridade obrigatória), o que pensas fazer?

Continuarei os meus estudos (universidade/escola técnica) ☐

Irei aprender um ofício ☐

Irei trabalhar ☐

Irei para o desemprego ☐

Não sei ☐

ALIMENTAÇÃO

1. Consomes os seguintes alimentos/bebidas? (uma só resposta para cada alínea)

a) Frutas

Várias vezes por dia ☐ Uma vez por dia ☐

Todas as semanas, mas não todos os dias ☐

Raramente ☐ Nunca ☐

b) Legumes Crus (alface, tomate, cenoura…)

Várias vezes por dia ☐ Uma vez por dia ☐

Todas as semanas, mas não todos os dias ☐

Raramente ☐ Nunca ☐

c) Legumes cozinhados (espinafres, brócolos, couves…)

Várias vezes por dia ☐ Uma vez por dia ☐

Todas as semanas, mas não todos os dias ☐

Raramente ☐ Nunca ☐

Q			

d) Coca-cola, sumos/refrigerantes

Várias vezes por dia	☐	Uma vez por dia	☐
Todas as semanas, mas não todos os dias	☐		
Raramente	☐	Nunca	☐

e) Chocolates, Bombons

Várias vezes por dia	☐	Uma vez por dia	☐
Todas as semanas, mas não todos os dias	☐		
Raramente	☐	Nunca	☐

f) Bolos ou pastelaria

Várias vezes por dia	☐	Uma vez por dia	☐
Todas as semanas, mas não todos os dias	☐		
Raramente	☐	Nunca	☐

g) Pacotes de batatas fritas

Várias vezes por dia	☐	Uma vez por dia	☐
Todas as semanas, mas não todos os dias	☐		
Raramente	☐	Nunca	☐

h) Batatas Fritas

Várias vezes por dia.	☐	Uma vez por dia	☐
Todas as semanas, mas não todos os dias	☐		
Raramente	☐	Nunca	☐

i) Hambúrguer, cachorro-quente ou salsichas

Várias vezes por dia.	☐	Uma vez por dia	☐
Todas as semanas, mas não todos os dias	☐		
Raramente	☐	Nunca	☐

j) Pão integral, cereais

Várias vezes por dia.	☐	Uma vez por dia	☐
Todas as semanas, mas não todos os dias	☐		
Raramente	☐	Nunca	☐

k) Leite

Várias vezes por dia	☐	Uma vez por dia	☐
Todas as semanas, mas não todos os dias	☐		
Raramente	☐	Nunca	☐

l) Café

Várias vezes por dia	☐	Uma vez por dia	☐
Todas as semanas, mas não todos os dias	☐		
Raramente	☐	Nunca	☐

Q			

m) Bebidas energéticas (Redbull, etc)

Várias vezes por dia	☐	Uma vez por dia	☐
Todas as semanas, mas não todos os dias	☐		
Raramente	☐	Nunca	☐

2. Quantas Refeições fazes por dia? _____(inclui lanches e ceia)

ATIVIDADE FÍSICA

1. Diariamente quantas horas vês televisão?

Nenhuma ☐
Menos de meia hora por dia ☐
Entre meia hora e uma hora por dia ☐
2 A 3 horas por dia ☐
Perto de 4 horas por dia ☐
Mais de 4 horas por dia ☐

2. Normalmente quantas horas por semana utilizas jogos eletrónicos (computador, playstation, Wii, outros.)?

Nenhuma ☐
Menos de 1 hora por semana ☐
1 A 3 horas por semana ☐
4 A 6 horas por semana ☐
7 A 9 horas por semana ☐
10 Ou mais horas por semana ☐

3. Com que frequência praticas desporto fora do horário da escola?

Todos os dias ☐
4 A 6 vezes por semana ☐
2 A 3 vezes por semana ☐
1 Vez por semana ☐
1 Vez por mês ☐
Menos de uma vez por mês ☐
Nunca ☐

ESTADO DE SAÚDE

1. Relativamente à tua saúde, consideras-te:

Bastante saudável ☐
Saudável ☐
Pouco saudável ☐

Q			

2. De um modo geral, como te sentes na vida atualmente?

Sinto-me muito feliz ☐ Sinto-me feliz ☐

Sinto-me pouco feliz ☐ Sinto-me infeliz ☐

3. Sentes-te muitas vezes só?

Sim, quase sempre ☐

Sim, muitas vezes ☐

Sim, de vez em quando ☐

Não ☐

4. Existe algo no teu corpo que tu gostasses de mudar?

Sim ☐ Não ☐

5. Tu pensas que estás:

Demasiado magro ☐

Um pouco magro ☐

Ideal ☐

Um pouco gordo ☐

Muito gordo ☐

Não penso nisso ☐

6. Como achas a tua aparência? Pensas que és fisicamente atraente, bonito(a)?

Muito atraente fisicamente ☐

Atraente ☐

Mais ou menos na média ☐

Não muito atraente fisicamente ☐

Nada atraente ☐

Não me interesso pela minha aparência física ☐

7. Sentes-te:

a) Rejeitado, posto de lado

Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐

Raramente ☐ Nunca ☐

b) Fraco, incapaz

Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐

Raramente ☐ Nunca ☐

c) Confiante em ti mesmo

Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐

Raramente ☐ Nunca ☐

Q			

8. Durante o último mês, tomaste medicamentos para curar os seguintes problemas?

a) Dor de cabeça

Sim, várias vezes ☐ Sim, uma vez ☐ Não ☐

b) Dor de estômago/barriga

Sim, várias vezes ☐ Sim, uma vez ☐ Não ☐

c) Dificuldade em adormecer

Sim, várias vezes ☐ Sim, uma vez ☐ Não ☐

d) Nervosismo

Sim, várias vezes ☐ Sim, uma vez ☐ Não ☐

e) Cansaço

Sim, várias vezes ☐ Sim, uma vez ☐ Não ☐

CONSUMO DE TABACO

1. Já alguma vez fumaste?

Sim ☐ Não ☐

2. Se fumas:

Diariamente. ☐

Às Vezes. ☐

3. Na última semana quantos cigarros fumaste? _____

4. No último mês quantos cigarros fumaste? _____

5. Se Fumas diariamente, quantos cigarros fumas por dia?

Menos de 5 cigarros ☐

Entre 5 a 10 cigarros ☐

Entre 11 e 20 cigarros ☐

Mais de 20 cigarros ☐

6. Com que idade fumaste o primeiro cigarro? _____anos

7. Desde que idade fumas diariamente? Tinha _____ anos

8. Por que razão fumas?

Porque me dá conforto ☐

Porque sou nervoso ☐

Porque há na minha família quem fume ☐

Porque não me sinto bem de outra maneira ☐

Q			

Porque gosto do paladar ☐
Por hábito ☐
Porque me liberta de preocupações e problemas ☐
Porque sinto prazer ☐
Porque sou viciado ☐
Porque os meus amigos fumam ☐
Porque estou aborrecido ☐
Outra razão. Qual? _____ ☐

9. Com quem costumas Fumar?

Só com os meus pais e família ☐
Só com os meus irmãos ☐
Com amigos da minha idade ☐
Com companhias e amigo mais velhos ☐
Bebo sozinho ☐

10. Em tua casa alguém fuma diariamente?

Sim ☐
Não ☐

11. Se sim, quem?

Mãe ☐
Pai ☐
Irmão/Irmã ☐
Avô/Avó ☐
Outra pessoa (s) da família. Quem_____ ☐
Outra (s) pessoa (s). Quem_____ ☐

12. Um dia gostavas de (vir ou continuar) a ser fumador?

Tenho a certeza que virei a fumar ☐
Provavelmente virei a fumar ☐
Não sei se virei a fumar· ☐
Provavelmente não virei a fumar ☐
Tenho a certeza que não virei a fumar ☐

Q			

CONSUMO DE ÁLCOOL

(Fonte: Escala AAIS)

1. **Com que frequência costumas tomar bebidas alcoólicas?**
   - Nunca ☐
   - 1 Ou 2 vezes por ano ☐
   - 1 Ou 2 vezes por mês ☐
   - Todos os fins-de-semana ☐
   - Várias Vezes por semana ☐
   - Todos os dias ☐

2. **Quando tomaste o teu último copo?**
   - Nunca bebi ☐
   - Há mais de um ano ☐
   - Entre 6 meses e um ano ☐
   - Há várias semanas atrás ☐
   - A semana passada ☐
   - Ontem ☐
   - Hoje ☐

3. **Habitualmente começo a beber**:
   - Porque gosto do paladar ☐
   - Para acompanhar os amigos ☐
   - Para sentir-me como os adultos ☐
   - Porque me sinto nervoso, tenso, cheio de aborrecimento ou com problemas ☐
   - Porque me sinto triste, só, com pena de mim próprio ☐

4. **O que é que bebes?**
   - Vinho ☐
   - Cerveja ☐
   - Cocktails de bebidas alcoólicas ☐
   - Bagaço, brandy, whisky ou licores ☐

5. **Como começaste a beber?**
   - Na presença dos pais ou parentes ☐
   - Com os irmãos ou irmãs ☐
   - Em casa sem os pais saberem ☐
   - Com os amigos ☐
   - Comprada por mim ☐

Q			

6. Quando bebeste pela primeira vez?

- Nunca ☐
- Recentemente ☐
- Depois dos 15 anos ☐
- Entre os 14 e os 15 anos ☐
- Entre os 10 e os 10 anos ☐
- Antes dos 10 anos ☐

7. A que horas do dia costumas beber?

- Com as refeições ☐
- À noite ☐
- De tarde ☐
- Normalmente de manhã ou com o pequeno-almoço ☐
- Muitas vezes levanto-me durante a noite e bebo um copo ☐

8. Da primeira vez que bebeste, porque razão o fizeste?

- Por curiosidade ☐
- Porque me foi oferecido pelos pais ou família ☐
- Entusiasmado pelos amigos ☐
- Para me sentir mais "maduro ☐
- Para me embebedar ou para entrar "numa boa " ☐

9. Quando bebes, quanto bebes?

- 1 Copo ou menos ☐
- 2 Copos ☐
- 3 A 6 copos ☐
- 6 Ou mais copos ☐
- Até ficar alegre ou bêbado ☐

10. Com quem costumas beber?

- Só com os meus pais ou família ☐
- Só com os meus irmãos ou irmãs ☐
- Com os amigos da minha idade ☐
- Com amigos ou companhias mais velhas ☐
- Bebo sozinho ☐

Q			

11. Qual o efeito mais importante que já tiveste com a bebida?

- Descontrair-me ☐
- Ficar moderadamente alegre ☐
- Ficar bêbado ☐
- Ficar doente ☐
- Desmaiar, perder os sentidos ☐
- Beber muito e não me lembrar de nada no dia seguinte ☐

12. Qual a maior consequência da bebida que já sentiste, em toda a tua vida?

- Nenhum-não senti qualquer efeito ☐
- Interferiu com o que dizia ☐
- Não me deixou passar um bom bocado ☐
- Interferiu com o meu trabalho escolar ☐
- Perdi alguns amigos por beber bebidas alcoólicas ☐
- Provocou-me problemas em casa ☐
- Meti-me à pancada ou destruí coisas ☐
- Provocou-me um acidente, ferimentos, problemas com a polícia, ou fui castigado na escola ☐

13. Como te sentes em relação ao que bebes?

- Sem problemas ☐
- Posso controlar-me e impor limites a mim próprio ☐
- Acho que posso controlar-me, mas os meus amigos influenciam-me com facilidade ☐
- Tenho-me sentido mal comigo por beber ☐
- Preciso que me ajudem para poder controlar-me ☐
- Já tive de pedir ajuda ou que me tratassem por causa do que bebo ☐

14. Como o acham os outros?

- Não sei, ou acham-me um bebedor normal para a minha idade ☐
- Acham que quando bebo, tenho tendência a negligenciar a minha família ou os amigos ☐
- A família e/ou os amigos já me disseram para me controlar melhor, ou para cortar com o álcool ☐
- A família e/ou os amigos já me aconselharam a procurar ajuda por causa do que bebo ☐
- A família e/ou os amigos já alguma (s) Vez (es) pediram ajuda para mim por causa da bebida ☐

Q			

CONSUMO DE DROGAS

(adaptado do ASSIST-OMS)

1. **Com que idade tiveste a primeira experiência com a droga?**

Tinha _____ anos

Nunca experimentei ☐

2. **Na sua vida qual destas substâncias já usaste?**

Erva ☐

Cocaína, crack. ☐

Anfetaminas ou êxtase ☐

Inalantes ☐

Alucinogénios ☐

Opiáceos ☐

Medicamentos ☐

Outras ☐

Nenhuma ☐

3. **Durante os últimos três meses, com que frequência é que utilizaste essas substâncias?**

Nunca ☐

1 Ou 2 vezes ☐

Mensalmente ☐

Semanalmente ☐

Diariamente ou quase todos os dias ☐

4. **Durante os últimos três meses, com que frequência teve um forte desejo ou urgência em consumir?**

Nunca ☐

1 Ou 2 vezes ☐

Mensalmente ☐

Semanalmente ☐

Diariamente ou quase todos os dias ☐

5. **Durante os últimos três meses, com que frequência é que o teu consumo resultou em problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros**

Nunca ☐

1 Ou 2 vezes ☐

Mensalmente ☐

Semanalmente ☐

Diariamente ou quase todos os dias ☐

Q			

6. **Durante os últimos três meses, com que frequência é que o teu consumo, o impediu de fazer coisas, que era normalmente esperadas de si?**
   - Nunca ☐
   - 1 Ou 2 vezes ☐
   - Mensalmente ☐
   - Semanalmente ☐
   - Diariamente ou quase todos os dias ☐

7. **Existem amigos, familiares ou outras pessoas que tenham demonstrado preocupação pelo teu consumo?**
   - Não, nunca ☐
   - Sim, nos últimos três meses ☐
   - Sim, mas não nos últimos três meses ☐

8. **Alguma vez já tentaste controlar, diminuir ou parar o consumo e não conseguiste?**
   - Não, nunca ☐
   - Sim, nos últimos três meses ☐
   - Sim, mas não nos últimos três meses ☐

9. **Alguma vez já usaste drogas injetadas?**
   - Não, nunca ☐
   - Sim, nos últimos três meses ☐
   - Sim, mas não nos últimos três meses ☐

10. **Com quem costumas consumir?**
    - Só com os meus pais e família ☐
    - Só com os meus irmãos ☐
    - Com amigos da minha idade ☐
    - Com companhias e amigo mais velhos ☐
    - Consumo sozinho ☐

11. **Na tua opinião os jovens consomem drogas, porque.**
    - Os amigos também consomem ☐
    - Querem experimentar ☐
    - Gostam dos efeitos da droga ☐
    - Sentem-se melhor quando tomam drogas ☐
    - Não podem passar sem ela ☐
    - Existem drogas nos lugares onde costumam ir ☐
    - Sentem-se sozinhos ☐

Q			

RELACIONAMENTO COM OS AMIGOS

1. **Dá uma resposta para cada uma das seguintes frases que se referem aos teus amigos. Os meus amigos...**

   a) Fumam

Todos ☐ A maior parte ☐ Alguns ☐
Poucos ☐ Nenhum ☐ Não sei ☐

   b) Gostam da escola

Todos ☐ A maior parte ☐ Alguns ☐
Poucos ☐ Nenhum ☐ Não sei ☐

   c) Pensam ser importante ter boas notas na escola

Todos ☐ A maior parte ☐ Alguns ☐
Poucos ☐ Nenhum ☐ Não sei ☐

   d) Dão-se bem com os pais

Todos ☐ A maior parte ☐ Alguns ☐
Poucos ☐ Nenhum ☐ Não sei ☐

   e) Consomem drogas ou outras substâncias (medicamentos)

Todos ☐ A maior parte ☐ Alguns ☐
Poucos ☐ Nenhum ☐ Não sei ☐

   f) Já ficaram alcoolizados

Todos ☐ A maior parte ☐ Alguns ☐
Poucos ☐ Nenhum ☐ Não sei ☐

2. **Tens o hábito de passar tempo com os teus amigos assim que sais da escola?**

Sim, 4 a 5 vezes por semana ☐
Sim, 2 a 3 vezes por semana ☐
1 Vez por semana ou mais raramente ☐
Não tenho amigos de momento ☐

3. **Geralmente, quantas noites por semana sais com os teus amigos?**

Saio _____ noites por semana

4. **É fácil ou difícil para ti fazer novos (as) amigos (as)?**

Muito fácil ☐
Fácil ☐
Difícil ☐
Muito difícil ☐

Q			

RELACIONAMENTO FAMILIAR

1. **De uma maneira geral, como te sentes com os teus pais?** (uma só resposta para cada alínea)

   a) Com a minha mãe

Muito bem ☐ Bem ☐

Não muito bem ☐ Nada bem ☐

   b) Com o meu pai

Muito bem ☐ Bem ☐

Não muito bem ☐ Nada bem ☐

2. **Porque me preocupo:** (escolhe os problemas que te causam maior preocupação)

Porque o meu pai e/ou a minha mãe não me compreendem ☐

Porque o meu pai e/ou a minha mãe não tratam de mim ☐

Porque os meus pais não se entendem ☐

Porque o meu pai e/ou a minha mãe me bate(m) ☐

Porque não me entendo com um (ou vários) dos meus irmãos ou irmãs ☐

Porque não tenho verdadeiros amigos ☐

Porque não tenho sucesso nas relações de afetividade ☐

Porque me chateiam ou gozam na escola ☐

Porque não sou bom na escola ☐

Porque me aborreço na escola ☐

Porque a minha família não tem dinheiro que chegue ☐

Porque não tenho uma mesada suficiente ☐

Porque há qualquer coisa acerca do meu corpo que eu não gosto ☐

Porque não estou à vontade com os outros ☐

Porque não sei o que quero fazer na vida ☐

Porque não estou de boa saúde ☐

Porque _____

Não tenho preocupações ☐

3. **Todos temos pequenos defeitos: quais são aqueles que melhor correspondem às pessoas com quem tu vives?** (Várias respostas possíveis para cada alínea)

   a) Fuma muito

Pai ☐ Mãe ☐

Padrasto se tiveres ☐ Madrasta se tiveres ☐

Irmão (s) ou irmã (s) se tiveres ☐ Nenhum tem esse efeito ☐

   b) Trabalha muito

Pai ☐ Mãe ☐

Padrasto se tiveres ☐ Madrasta se tiveres ☐

Q			

Irmão (s) ou irmã (s) se tiveres ☐ Nenhum tem esse efeito ☐

c) Bebe muito álcool

Pai ☐ Mãe ☐

Padrasto se tiveres ☐ Madrasta se tiveres ☐

Irmão (s) ou irmã (s) se tiveres ☐ Nenhum tem esse efeito ☐

d) Não trata de mim

Pai ☐ Mãe ☐

Padrasto se tiveres ☐ Madrasta se tiveres ☐

Irmão (s) ou irmã (s) se tiveres ☐ Nenhum tem esse efeito ☐

e) Não fala comigo o suficiente

Pai ☐ Mãe ☐

Padrasto se tiveres ☐ Madrasta se tiveres ☐

Irmão (s) ou irmã (s) se tiveres ☐ Nenhum tem esse efeito ☐

f) Enerva-se rapidamente

Pai ☐ Mãe ☐

Padrasto se tiveres ☐ Madrasta se tiveres ☐

Irmão (s) ou irmã (s) se tiveres ☐ Nenhum tem esse efeito ☐

g) Bate-me

Pai ☐ Mãe ☐

Padrasto se tiveres ☐ Madrasta se tiveres ☐

Irmão (s) ou irmã (s) se tiveres ☐ Nenhum tem esse efeito ☐

h) Não se interessa por mim

Pai ☐ Mãe ☐

Padrasto se tiveres ☐ Madrasta se tiveres ☐

Irmão (s) ou irmã (s) se tiveres ☐ Nenhum tem esse efeito ☐

i) Consomem drogas ou outras substâncias (Medicamentos)

Pai ☐ Mãe ☐

Padrasto se tiveres ☐ Madrasta se tiveres ☐

Irmão (s) ou irmã (s) se tiveres ☐ Nenhum tem esse efeito ☐

Apêndice B

Versão definitiva do questionário "Hábitos de vida saudáveis em jovens em idade escolar"

QUESTIONÁRIO - HÁBITOS DE VIDA DOS JOVENS EM IDADE ESCOLAR

Somos Enfermeiras e encontramo-nos a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real – UTAD. Estamos a realizar um estudo, em colaboração com a UCC de Lousada, onde pretendemos avaliar e compreender os estilos de vida dos alunos do 3º ciclo e secundário do concelho de Lousada.
Vimos pedir a tua colaboração no preenchimento deste questionário. A participação no mesmo é facultativa e a decisão de não participar, não terá qualquer prejuízo para ti. Todas as informações fornecidas são anónimas e confidenciais e destinam-se a ser tratados em conjunto com dados de outros alunos.
Por favor, responde a todas as perguntas, para que este questionário seja válido. Obrigado pela tua colaboração e participação.

PARTE I - Caracterização do Aluno

Por favor lê atentamente as seguintes questões e responde de forma apropriada

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: Masculino: ☐ Feminino: ☐

PARTE II – Questionário Relativo aos Estilos de Vida

Assinala em cada questão a resposta mais adequada com X
Em caso de engano, circula a resposta incorreta

ESCOLA

1. Após terminares o 12.º ano (escolaridade obrigatória), o que pensas fazer?

1. Continuarei os meus estudos ☐
2. Irei aprender um ofício ☐
3. Irei trabalhar ☐
4. Irei para o desemprego ☐
5. Não sei ☐

ALIMENTAÇÃO

1. Consomes os seguintes alimentos/bebidas? (uma só resposta para cada alínea)

a) Frutas

6. Várias vezes por dia ☐
7. Uma vez por dia ☐
8. Todas as semanas, mas não todos os dias ☐
9. Raramente ☐
10. Nunca ☐

b) Legumes Crus (alface, tomate, cenoura, outros)

1. Várias vezes por dia ☐
2. Uma vez por dia ☐
3. Todas as semanas, mas não todos os dias ☐
4. Raramente ☐
5. Nunca ☐

c) Legumes Cozinhados (espinafres, Brócolos, couves, outros)

1. Várias vezes por dia ☐
2. Uma vez por dia ☐
3. Todas as semanas, mas não todos os dias ☐
4. Raramente ☐
5. Nunca ☐

d) Coca-Cola, sumos/refrigerantes

1. Várias vezes por dia ☐
2. Uma vez por dia ☐
3. Todas as semanas, mas não todos os dias ☐
4. Raramente ☐
5. Nunca ☐

e) Chocolates, bombons

1. Várias vezes por dia ☐
2. Uma vez por dia ☐
3. Todas as semanas, mas não todos os dias ☐
4. Raramente ☐
5. Nunca ☐

f) Bolos ou pastelaria

1. Várias vezes por dia ☐
2. Uma vez por dia ☐
3. Todas as semanas, mas não todos os dias ☐
4. Raramente ☐
5. Nunca ☐

g) Batatas Fritas

1. Várias vezes por dia ☐
2. Uma vez por dia ☐
3. Todas as semanas, mas não todos os dias ☐
4. Raramente ☐
5. Nunca ☐

h) Hambúrguer, cachorro quente ou salsichas

1. Várias vezes por dia ☐
2. Uma vez por dia ☐
3. Todas as semanas, mas não todos os dias ☐
4. Raramente ☐
5. Nunca ☐

i) Pão integral, Cereais

1. Várias vezes por dia ☐
2. Uma vez por dia ☐
3. Todas as semanas, mas não todos os dias ☐
4. Raramente ☐
5. Nunca ☐

j) Leite

1. Várias vezes por dia ☐
2. Uma vez por dia ☐
3. Todas as semanas, mas não todos os dias ☐
4. Raramente ☐
5. Nunca ☐

k) Sopa

1. Várias vezes por dia ☐
2. Uma vez por dia ☐
3. Todas as semanas, mas não todos os dias ☐
4. Raramente ☐
5. Nunca ☐

l) Café

1. Várias vezes por dia ☐
2. Uma vez por dia ☐
3. Todas as semanas, mas não todos os dias ☐
4. Raramente ☐
5. Nunca ☐

m) Bebidas Energéticas

1. Várias vezes por dia ☐
2. Uma vez por dia ☐
3. Todas as semanas, mas não todos os dias ☐
4. Raramente ☐
5. Nunca ☐

2. Quantas Refeições fazes por dia?

_____(inclui lanches e ceias)

LAZER E ATIVIDADE FÍSICA

1. Quantas horas por dia na semana vês televisão?

a) Nenhuma ☐
b) Menos de meia hora por dia ☐
c) Entre meia hora e uma hora por dia ☐
d) 2 A 3 horas por dia ☐
e) Perto de 4 horas por dia ☐
f) Mais de 4 horas por dia ☐

2. Quantas horas por dia, no fim-de-semana vês televisão?

a) Nenhuma ☐
b) Menos de meia hora por dia ☐
c) Entre meia hora e uma hora por dia ☐
d) 2 A 3 horas por dia ☐
e) Perto de 4 horas por dia ☐
f) Mais de 4 horas por dia ☐

3. Quantas horas por dia na semana utilizas jogos eletrónicos? (PC, Playstation, WII, Outros)

a) Nenhuma ☐
b) Menos de meia hora por dia ☐
c) Entre meia hora e uma hora por dia ☐
d) 2 A 3 horas por dia ☐
e) Perto de 4 horas por dia ☐
f) Mais de 4 horas por dia ☐

4. Quantas horas por dia no fim-de-semana utilizas jogos eletrónicos? (PC, Playstation, WII, outros)

a) Nenhuma ☐
b) Menos de meia hora por dia ☐
c) Entre meia hora e uma hora por dia ☐
d) 2 A 3 horas por dia ☐
e) Perto de 4 horas por dia ☐
f) Mais de 4 horas por dia ☐

5. Com que frequência praticas desporto fora do horário da escola?

a) Nenhuma ☐
b) Menos de meia hora por dia ☐
c) Entre meia hora e uma hora por dia ☐
d) 2 A 3 horas por dia ☐
e) Perto de 4 horas por dia ☐
f) Mais de 4 horas por dia ☐

ESTADO DE SAÚDE

1. Relativamente à tua saúde, consideraste:

a) Bastante Saudável ☐
b) Saudável ☐
c) Pouco Saudável ☐

2. De um modo Geral, como te sentes na tua vida atualmente?

a) Sinto-me muito feliz ☐
b) Sinto-me feliz ☐
c) Sinto-me pouco feliz ☐
d) Sinto-me infeliz ☐

3. Sentes-te muitas vezes só?

a) Sim, quase sempre ☐
b) Sim, muitas vezes ☐
c) Sim, de vez em quando ☐
d) Não ☐

4. Existe algo no teu corpo que tu gostasses de mudar?

Sim ☐
Não ☐

5. Tu pensas que estás:

a) Demasiado magro ☐
b) Um pouco magro ☐
c) Ideal ☐
d) Um pouco gordo ☐
e) Muito gordo ☐
f) Não penso nisso ☐

6. Como achas a tua aparência? Pensas que és fisicamente atraente, bonito(a)?

a) Muito atraente fisicamente ☐
b) Atraente ☐
c) Mais ou menos na média ☐
d) Não muito atraente fisicamente ☐
e) Nada atraente ☐
f) Não me interesso pela minha aparência física ☐

7. Sentes-te: (uma só resposta por cada alínea)

a) Rejeitado, posto de lado

1. Sempre ☐
2. Frequentemente ☐
3. Às vezes ☐
4. Raramente ☐
5. Nunca ☐

b) Fraco, incapaz

1. Sempre ☐
2. Frequentemente ☐
3. Às vezes ☐
4. Raramente ☐
5. Nunca ☐

c) Confiante em ti mesmo

1. Sempre ☐
2. Frequentemente ☐
3. Às Vezes ☐
4. Raramente ☐
5. Nunca· ☐

8. Durante o ultimo mês, tomaste medicamentos para curar os seguintes problemas?

a) Dor de cabeça

1. Sim, várias vezes ☐
2. Sim, uma vez ☐
3. Não ☐

b) Dor de estômago/barriga

1. Sim, várias vezes ☐
2. Sim, uma vez ☐
3. Não ☐

c) Dificuldade em adormecer

1. Sim, várias vezes ☐
2. Sim, uma vez ☐
3. Não ☐

d) Nervosismo

1. Sim, várias vezes ☐
2. Sim, uma vez ☐
3. Não ☐

e) Cansaço

1. Sim, várias vezes ☐
2. Sim, uma vez ☐
3. Não ☐

CONSUMO DE TABACO

1. Já alguma vez Fumaste?
Sim ☐ Não ☐

Se respondeste **não** na questão anterior avança até á questão **n.º 10**

2. Fumas habitualmente?
Sim ☐ Não ☐

2.1. **Se sim, com que frequência?**

a) Diariamente ☐
a) Às vezes ☐

3. Nos últimos 30 dias quantos cigarros fumaste? _____

4. Na última semana, quantos cigarros fumaste? _____

5. Se fumas diariamente, quantos cigarros fumas por dia?

a) Menos de 5 cigarros ☐
b) Entre 5 a 10 cigarros ☐
c) Entre 11 a 20 cigarros ☐
d) Mais de 20 cigarros ☐

6. Com que idade fumaste o primeiro cigarro? _____ Anos

7. Desde que idade fumas diariamente? _____ Anos

8. Por que razão fumas?
(Escolhe a opção que te parece mais correta)

a) Porque me dá conforto ☐
b) Porque sou nervoso ☐
c) Porque há na minha família quem fume ☐
d) Porque não me sinto bem de outra maneira ☐
e) Porque gosto do paladar ☐
f) Por hábito ☐
g) Porque me liberta de preocupações e problemas ☐
h) Porque sinto prazer ☐
i) Porque sou viciado ☐
j) Porque os meus amigos fumam ☐
k) Porque estou aborrecido ☐
l)

9. Com quem costumas fumar?
(Escolhe a opção que te parece mais correta)

a) Só com os meus pais e família ☐
b) Só com os meus irmãos ☐
c) Só com os amigos da minha idade ☐
d) Com companhias e amigos mais velhos ☐
e) Fumo sozinho ☐

10. Em tua casa, alguém fuma diariamente?
Sim ☐ Não ☐

11. Se sim, quem?

a) Mãe ☐
b) Pai ☐
c) Irmão/irmã ☐
d) Avó/Avô ☐
e) Outra (s) pessoa (s) da família ☐
f) Outra (s) Pessoas (s) ☐

12. Um dia gostavas de (vir ou continuar a) ser fumador?

a) Tenho a certeza que fumarei ☐
b) Provavelmente fumarei ☐
c) Não sei se fumarei ☐
d) Provavelmente não fumarei ☐
e) Tenho a certeza que não fumarei ☐

CONSUMO DE ÁLCOOL (ESCALA AAIS)

1. Com que frequência costumas tomar bebidas alcoólicas?

a) Nunca ☐
b) 1 Ou 2 vezes por ano ☐
c) 1 Ou 2 vezes por mês ☐
d) Todos os fins-de-semana ☐
e) Várias vezes por semana ☐
f) Todos os dias ☐

2. Quando tomaste o teu último copo?

a) Nunca bebi ☐
b) Há mais de um ano ☐
c) Entre 6 meses e um ano ☐
d) Há várias semanas atrás ☐
e) A semana passada ☐
f) Ontem ☐
g) Hoje ☐

3. Habitualmente começo a beber:

a) Porque gosto do paladar ☐
b) Para acompanhar os amigos ☐
c) Para sentir-me como os adultos ☐
d) Porque me sinto nervoso, tenso, cheio de aborrecimento ou com problemas ☐
e) Porque me sinto triste, só, com pena de mim próprio ☐

4. O que é que bebes?

a) Vinho ☐
b) Cerveja ☐
c) Cocktails de bebidas alcoólicas ☐
d) Bagaço, brandy, Whisky ou licores ☐

5. Como começaste a beber?

a) Na presença dos pais ou parentes ☐
b) Com os irmãos ou irmãs ☐
c) Em casa sem os pais saberem ☐
d) Com os amigos ☐
e) Comprada por mim ☐

6. Quando bebeste pela primeira vez?

a) Nunca ☐
b) Recentemente ☐
c) Depois dos 15 anos ☐
d) Entre os 14 e os 15 anos ☐
e) Entre os 10 e os 13 anos ☐
f) Antes dos 10 anos ☐

7. A que horas do dia costumas beber?

a) Com as refeições ☐
b) À noite ☐
c) De tarde ☐
d) Normalmente de manha ou com o pequeno-almoço ☐
e) Muitas vezes levanto-me durante a noite e bebo um copo ☐

8. Da primeira vez que bebeste, porque razão o fizeste?

a) Por curiosidade ☐
b) Porque me foi oferecido pelos pais ou família ☐
c) Entusiasmado pelos amigos ☐
d) Para me sentir mais "maduro" ☐
e) Para me embebedar ou para entrar "numa boa" ☐

9. Quando bebes, quanto bebes?

a) 1 Copo ou menos ☐
b) 2 Copos ☐
c) 3 A 6 copos ☐
d) 6 Ou mais copos ☐
e) Até ficar alegre ou bêbado ☐

10. Com quem costumas beber?

a) Só com os meus pais ou família ☐
b) Só com os meus irmãos ou irmãs ☐
c) Com os amigos da minha idade ☐
d) Com amigos ou companhias mais velhas ☐
e) Bebo sozinho ☐

11. Qual o efeito mais importante que já tiveste com a bebida?

a) Descontrair-me ☐
b) Ficar moderadamente alegre ☐
c) Ficar bêbado ☐
d) Ficar doente ☐
e) Desmaiar, perder os sentidos ☐
f) Beber muito e não me lembrar de nada no dia seguinte ☐

12. Qual a maior consequência da bebida que já sentiste, em toda a tua vida?

a) Nenhum – não senti qualquer efeito ☐
b) Interferiu com o que dizia ☐
c) Não me deixou passar um bom bocado ☐
d) Interferiu com o meu trabalho escolar ☐
e) Perdi alguns amigos por beber bebidas alcoólicas ☐
f) Provocou-me problemas em casa ☐
g) Meti-me à pancada ou destruí coisas ☐
h) Provocou-me um acidente, ferimentos, problemas com a polícia, ou fui castigado na escola ☐

13. Como te sentes em relação ao que bebes?

a) Sem problemas ☐

b) Posso controlar-me e impor limites a mim próprio ☐
c) Acho que posso controlar-me, mas os meus amigos influenciam-me com facilidade ☐
d) Tenho-me sentido mal comigo por beber ☐
e) Preciso que me ajudem para poder controlar-me ☐
f) Já tive de pedir ajuda ou que me tratassem por causa do que bebo ☐

14. Como o acham os outros?

a) Não sei, ou acham-me um bebedor normal para a minha idade ☐
b) Acham que quando bebo, tenho tendência a negligenciar a minha família ou os meus amigos ☐
c) A família e/ou os amigos já me disseram para me controlar melhor, ou para cortar com o álcool ☐
d) A família e/ou amigos já me aconselharam a procurar ajuda por causa do que bebo ☐
e) A família e/ ou os amigos já alguma (s) vez (es) pediram ajuda por mim por causa da bebida ☐

CONSUMO DE DROGAS

1. Com que idade tiveste a primeira experiência com a droga?

Tinha_____anos
Nunca experimentei ☐

Se respondeste **nunca experimentei** na questão anterior avança até á questão **n.º 11**

2. Na tua vida qual destas substâncias já usaste?

a) Haxixe (Erva) ☐
b) Cocaína ☐
c) Anfetaminas ☐
d) Ecstasy ☐
e) Heroína ☐
f) Morfina ☐
g) Codeína ☐
h) Inalantes ☐
i) Alucinogénios ☐
j) Outras ☐

3. Durante os últimos 30 dias, com que frequência é que utilizaste essas substâncias?

a) Nunca ☐
b) 1 Ou 2 vezes ☐
c) Semanalmente ☐
d) Diariamente ou quase todos os dias ☐

4. Durante os últimos 30 dias, com que frequência tiveste um forte desejo ou urgência em consumir?

a) Nunca ☐
b) 1 Ou 2 vezes ☐
c) Semanalmente ☐
d) Diariamente ou quase todos os dias ☐

5. Durante os últimos 30 dias com que frequência é que o teu consumo resultou em problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?

a) Nunca ☐
b) 1 Ou 2 vezes ☐
c) Semanalmente ☐
d) Diariamente ou quase todos os dias ☐

6. Durante os últimos 30 dias com que frequência o teu consumo, te impediu de fazer coisas que eram normalmente esperadas de ti?

a) Nunca ☐
b) 1 Ou 2 vezes ☐
c) Semanalmente ☐
d) Diariamente ou quase todos os dias ☐

7. Existem amigos, familiares ou outras pessoas que tenham demonstrado preocupação pelo teu consumo?

a) Não, nunca ☐
b) Sim, nos últimos 30 dias ☐
c) Sim, mas não nos últimos 30 dias ☐

8. Alguma vez já tentastes controlar, diminuir ou parar o consumo e não conseguiste?

a) Não, nunca ☐
b) Sim, nos últimos 30 dias ☐
c) Sim, mas não nos últimos 30 dias ☐

9. Alguma vez já usaste drogas injetadas?

a) Não, nunca ☐
b) Sim, nos últimos 30 dias ☐
c) Sim, mas não nos últimos 30 dias ☐

10. Com quem costuma consumir?

a) Só com os meus pais ou família ☐
b) Só com os meus irmãos ou irmãs ☐
c) Com os amigos da minha idade ☐
d) Com amigos ou companhias mais velhas ☐
e) Consumo sozinho ☐

11. Na tua opinião, os jovens consomem drogas porque:

a) Os amigos também consomem ☐
b) Querem experimentar ☐
c) Gostam dos efeitos da droga ☐
d) Sentem-se melhores quando consomem drogas ☐
e) Não podem passar sem elas ☐
f) Existem drogas nos lugares onde costumam ir ☐
g) Sentem-se sozinhos ☐

RELACIONAMENTO COM OS AMIGOS

1. Dá uma resposta para cada uma das seguintes frases que se referem aos teus amigos. Os meus amigos…

a) Fumam

1. Todos ☐
2. A maior parte ☐
3. Alguns ☐
4. Poucos ☐
5. Nenhum ☐
6. Não sei ☐

b) Gostam da escola

1. Todos ☐
2. A maior parte ☐
3. Alguns ☐
4. Poucos ☐
5. Nenhum ☐
6. Não sei ☐

c) Pensam ser importante, ter boas notas na escola

1. Todos ☐
2. A maior parte ☐
3. Alguns ☐
4. Poucos ☐
5. Nenhum ☐
6. Não sei ☐

d) Dão-se bem com os pais

1. Todos ☐
2. A maior parte ☐
3. Alguns ☐
4. Poucos ☐
5. Nenhum ☐
6. Não sei ☐

e) Consomem drogas/medicamentos

1. Todos ☐
2. A maior parte ☐
3. Alguns ☐
4. Poucos ☐
5. Nenhum ☐
6. Não sei ☐

f) Já ficaram alcoolizados

1. Todos ☐
2. A maior parte ☐
3. Alguns ☐
4. Poucos ☐
5. Nenhum ☐
6. Não sei ☐

2. Tens o hábito de passar tempo com os teus amigos assim que sais da escola?

a) Sim, 4 a 5 vezes por semana ☐
b) Sim, 2 a 3 vezes por semana ☐
c) 1 Vez por semana ou mais raramente ☐
d) Não tenho amigos de momento ☐

3. Geralmente, quantas noites por semana sais com os teus amigos?

Saio _____ noites por semana

4. É fácil ou difícil para ti fazer novos (as) amigos (as)?

a) Muito fácil ☐
b) Fácil ☐
c) Difícil ☐
d) Muito difícil ☐

RELACIONAMENTO FAMILIAR

1. De uma maneira geral, como te sentes com os teus pais? (uma só resposta por cada alínea)

a) Com a minha mãe

1. Muito bem ☐
2. Bem ☐
3. Não muito bem ☐
4. Nada bem ☐

b) Com o meu pai

1. Muito bem ☐
2. Bem ☐
3. Não muito bem ☐
4. Nada bem ☐

2. Porque me preocupo: (escolhe os problemas que te causam maior preocupação)

a) Porque o meu pai e/ou a minha mãe não me compreendem ☐
b) Porque o meu pai e/ou a minha mãe não tratam de mim ☐
c) Porque os meus pais não se entendem ☐
d) Porque o meu pai e/ou minha mãe me bate (m) ☐
e) Porque não me entendo com um (ou vários) dos meus irmãos ou irmãs ☐
f) Porque não tenho amigos ☐
g) Porque não tenho sucesso nas relações de afetividade ☐
h) Porque me chateiam ou me gozam na escola ☐
i) Porque não sou bom na escola ☐
j) Porque me aborreço na escola ☐
k) Porque a minha família não tem dinheiro que chegue ☐
l) Porque não tenho uma mesada suficiente ☐
m) Porque há qualquer coisa acerca do meu corpo que eu não gosto ☐
n) Porque não estou à vontade com os outros ☐
o) Porque não sei o que quero, fazer na vida ☐
p) Porque não estou de boa saúde ☐
q) Não tenho preocupações ☐

3. Todos temos pequenos defeitos: quais são aqueles que melhor correspondem às pessoas com quem tu vives? (várias resposta possíveis por cada alínea)

a) Fuma muito

1. Pai ☐
2. Mãe ☐
3. Padrasto se tiveres ☐
4. Madrasta se tiveres ☐
5. Irmão (s) ou irmã (s) se tiveres ☐
6. Nenhum tem esse efeito ☐

b) Trabalha muito

1. Pai ☐
2. Mãe ☐
3. Padrasto se tiveres ☐

4. Madrasta se tiveres ☐
5. Irmão (s) ou irmã (s) se tiveres ☐
6. Nenhum tem esse efeito ☐

c) Bebe muito álcool

1. Pai ☐
2. Mãe ☐
3. Padrasto se tiveres ☐
4. Madrasta se tiveres ☐
5. Irmão (s) ou irmã (s) se tiveres ☐
6. Nenhum tem esse efeito ☐

d) Não trata de mim

1. Pai ☐
2. Mãe ☐
3. Padrasto se tiveres ☐
4. Madrasta se tiveres ☐
5. Irmão (s) ou irmã (s) se tiveres ☐
6. Nenhum tem esse efeito ☐

e) Não fala comigo o suficiente

1. Pai ☐
2. Mãe ☐
3. Padrasto se tiveres ☐
4. Madrasta se tiveres ☐
5. Irmão (s) ou irmã (s) se tiveres ☐
6. Nenhum tem esse efeito ☐

f) Bate-me

1. Pai ☐
2. Mãe ☐
3. Padrasto se tiveres ☐
4. Madrasta se tiveres ☐
5. Irmão (s) ou irmã (s) se tiveres ☐
6. Nenhum tem esse efeito ☐

g) Não se interessa por mim

1. Pai ☐
2. Mãe ☐
3. Padrasto se tiveres ☐
4. Madrasta se tiveres ☐
5. Irmão (s) ou irmã (s) se tiveres ☐
6. Nenhum tem esse efeito ☐

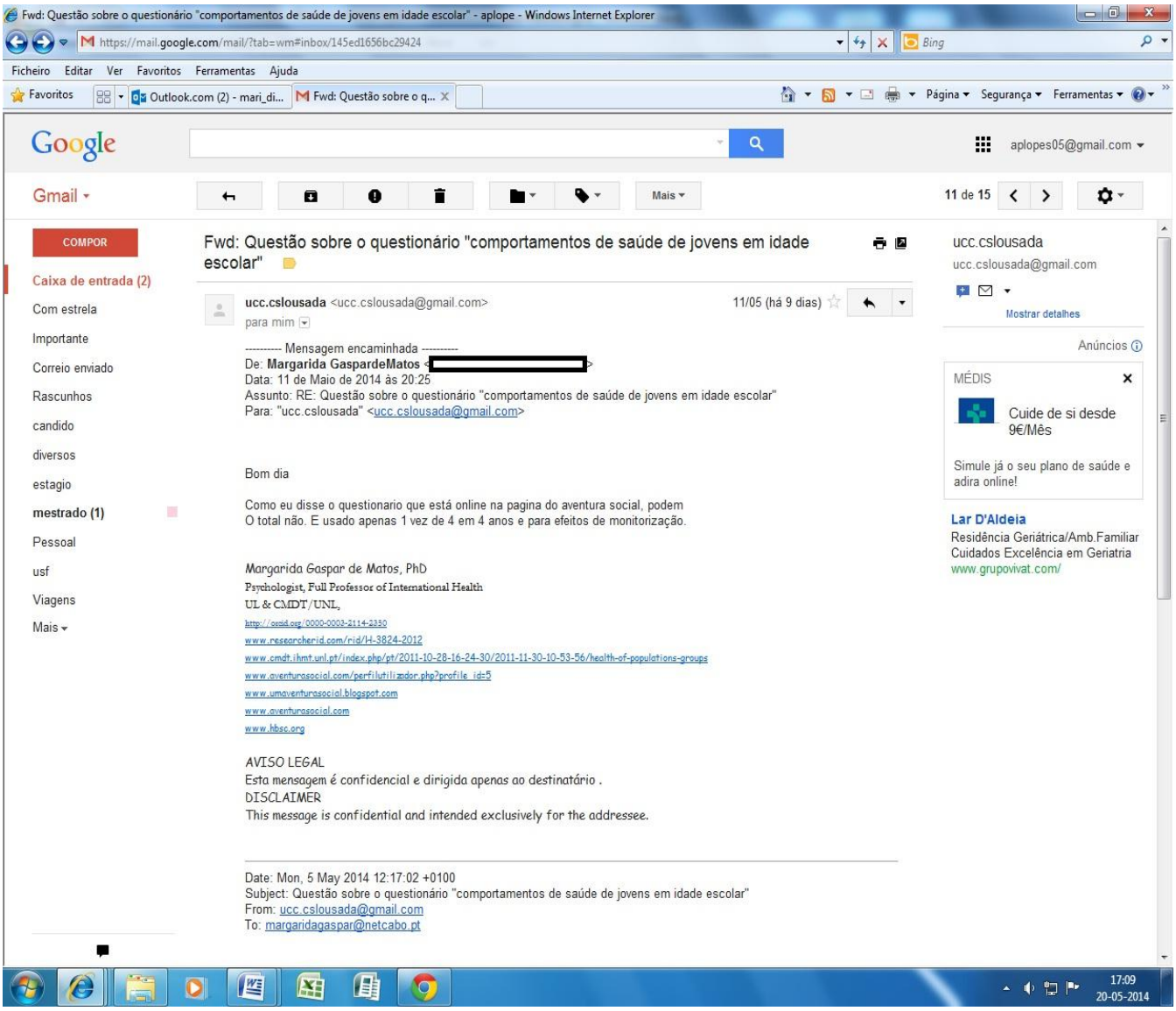
h) Consomem drogas/medicamentos

1. Pai ☐
2. Mãe ☐
3. Padrasto se tiveres ☐
4. Madrasta se tiveres ☐
5. Irmão (s) ou irmã (s) se tiveres ☐
6. Nenhum tem esse efeito ☐

OBRIGADA!

Apêndice C

Pedido de autorização para utilização das questões do questionário do Projeto Aventura Social, mais concretamente do estudo HBSC


Fwd: Questão sobre o questionário "comportamentos de saúde de jovens em idade escolar" - aplope - Windows Internet Explorer
https://mail.google.com/mail/?tab=wm#inbox/145ed1656bc29424
Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda
Favoritos
Outlook.com (2) - mari_di...
Fwd: Questão sobre o q...
Página Segurança Ferramentas
Google
aplopes05@gmail.com
Gmail
Mais
11 de 15
COMPOR
Caixa de entrada (2)
Com estrela
Importante
Correio enviado
Rascunhos
candido
diversos
estagio
mestrado (1)
Pessoal
usf
Viagens
Mais
Fwd: Questão sobre o questionário "comportamentos de saúde de jovens em idade escolar"
ucc.cslousada <ucc.cslousada@gmail.com>
11/05 (há 9 dias)
para mim
--------- Mensagem encaminhada ---------
De: Margarida GaspardeMatos <[redacted]>
Data: 11 de Maio de 2014 às 20:25
Assunto: RE: Questão sobre o questionário "comportamentos de saúde de jovens em idade escolar"
Para: "ucc.cslousada" <ucc.cslousada@gmail.com>
Bom dia
Como eu disse o questionario que está online na pagina do aventura social, podem
O total não. E usado apenas 1 vez de 4 em 4 anos e para efeitos de monitorização.
Margarida Gaspar de Matos, PhD
Psychologist, Full Professor of International Health
UL & CMDT/UNL,
http://orcid.org/0000-0003-2114-2350
www.researcherid.com/rid/H-3824-2012
www.cmdt.ihmt.unl.pt/index.php/pt/2011-10-28-16-24-30/2011-11-30-10-53-56/health-of-populations-groups
www.aventurasocial.com/perfilutilizador.php?profile_id=5
www.umaventurasocial.blogspot.com
www.aventurasocial.com
www.hbsc.org
AVISO LEGAL
Esta mensagem é confidencial e dirigida apenas ao destinatário .
DISCLAIMER
This message is confidential and intended exclusively for the addressee.
Date: Mon, 5 May 2014 12:17:02 +0100
Subject: Questão sobre o questionário "comportamentos de saúde de jovens em idade escolar"
From: ucc.cslousada@gmail.com
To: margaridagaspar@netcabo.pt
ucc.cslousada
ucc.cslousada@gmail.com
Mostrar detalhes
Anúncios
MÉDIS
Cuide de si desde 9€/Mês
Simule já o seu plano de saúde e adira online!
Lar D'Aldeia
Residência Geriátrica/Amb.Familiar
Cuidados Excelência em Geriatria
www.grupovivat.com/
17:09
20-05-2014

Apêndice D

Pedido de autorização para a aplicação do pré-teste ao coordenador da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados S. Tiago

Ao Ex. Mo Coordenador da UCSP S.Tiago
Dr.ª Neiva de Oliveira

Vimos por este meio solicitar a autorização de Vossa Excelência, para a aplicação do pré-teste na Unidade de Saúde da Longra, com a utilização do questionário "Hábitos de Vida Saudáveis em Jovens em idade escolar".

A aplicabilidade do questionário será efetuada aos jovens em idade escolar que frequentam o 3.º ciclo ou Secundário, com a total colaboração e participação livre dos mesmos, e com o consentimento informado dos pais.

Atenciosamente,

Ana Paula Lopes e Maria Pinto

Apêndice E

Pedido de autorização e parecer favorável para a aplicação do questionário de recolha de dados, à Direção Geral de Educação

Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar

Início » Consultar inquéritos » **Ficha de inquérito**

Identificação da Entidade / Interlocutor

Nome da entidade:
Unidade de Cuidados na Comunidade de Lousada

Nome do Interlocutor:
Estela Vieira

E-mail do interlocutor:
ucc.cslousada@gmail.com

Dados do Inquérito

Número de registo:
0444700001

Designação:
HÁBITOS DE VIDA DOS JOVENS EM IDADE ESCOLAR

Descrição:
No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, foi-nos proposto desenvolver um diagnóstico de situação em saúde, em contexto de estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade de Lousada, que visa prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença, que requeira acompanhamento próximo e, atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.
Um Diagnóstico de Situação em Saúde segundo o autor Tavares (1992, P. 51) "é o primeiro passo no processo de planeamento, devendo corresponder às necessidades da população" e para Imperatori (1993, P. 43,45) " (...) só a partir da definição do diagnóstico é que será possível começar a atuação. O diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas atividades". Trata-se de conhecer o meio, a comunidade, avaliando e caracterizando a população, os riscos a que está submetida, os recursos que apresenta, a sua distribuição e os custos dos serviços de saúde.
O Diagnóstico de Saúde é composto por duas fases, obedece sempre a um planeamento e posteriormente à sua execução. Acima de tudo, o Diagnóstico de Situação deve ser um espelho da realidade das nossas comunidades.
Assim, o Diagnóstico de Situação em Saúde será na temática dos estilos de vida dos adolescentes e jovens da região de Lousada.
A equipa de saúde da Unidade de Cuidados na Comunidade de Lousada tem-se vindo a deparar frequentemente com jovens e adolescentes, que referem consumos de drogas e alterações nos hábitos alimentares. Esta problemática tem levantado algumas considerações o que reporta á necessidade de fazer um diagnóstico de situação de saúde e posteriormente realizar intervenções para o desenvolvimento da promoção da saúde, e adoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes em idade escolar.
Segundo o estudo HBSC/OMS – Health Behaviour in School aged Children de 2010, a saúde dos adolescentes portugueses reflete as mudanças contemporâneas, em que :
• O consumo do tabaco continua a diminuir;
•O consumo regular de álcool (mas não o seu abuso episódico) continua a diminuir;
• O sedentarismo (nomeadamente a utilização do computador, i.e. "tempo sentado") aumentou;
• A experimentação de haxixe (depois da baixa histórica de 2006) aparenta uma tendência para aumento;
• O aumento do excesso de peso, registado para a infância desde há uns anos, parece ter chegado à adolescência;
• Mantém-se o aumento do consumo de doces iniciado em 2002.
Assim sendo pensamos que se justifica a realização deste diagnóstico e futuras intervenções, de forma a promover hábitos de vida saudáveis.
O questionário será aplicado aos alunos do 3º ciclo e secundário do Concelho de Lousada, sendo este o grupo alvo de intervenção.

Objectivos:

Unidad
Comuni

Ár
- Dados
- Consul
- Regista
- Instru

- Início
- Pesqui

•Caraterizar a população em que os alunos estão inseridos;
•Averiguar o conhecimento que os alunos possuem sobre o consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas, alimentação, atividade física;
•Caraterizar o consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas, nos alunos do 3º ciclo e secundário do Concelho de Lousada;
•Identificar hábitos alimentares e de atividade física;
•Determinar a idade média dos alunos, do início de consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas;

Periodicidade:

Pontual

Data do inicio do período de recolha de dados:

28-05-2014

Data do fim do período de recolha de dados:

06-06-2014

Universo:

Alunos do 3.º ciclo e secundário do Concelho de Lousada

Unidade de observação:

Método de recolha de dados:

Questionário

Inquérito registado no Sistema Estatístico Nacional:

Não

Inquérito aplicado pela entidade:

Sim

Instrumento de inquirição:

04447_201405201729_Documento1.pdf (PDF - 350,26 KB)

Nota metodológica:

04447_201405201729_Documento2.pdf (PDF - 425,22 KB)

Outros documentos:

04447_201405201729_Documento3.PDF (PDF - 404,13 KB)

Data de registo:

20-05-2014

Versão:

2 (2)

Dados adicionais

Estado:

Aprovado

Avaliação:

Exmo(a) Senhor(a) Dr(a) Estela Vieira
Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.
Com os melhores cumprimentos
José Vitor Pedroso
Diretor de Serviços de Projetos Educativos
DGE

Observações:

a) A realização do Inquérito fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público a contactar para a sua realização. Merece especial atenção o modo, o momento e

condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque oneroso, devendo fazer-se em estreita articulação com as Direções das Escolas/Agrupamentos que autorizem a realização do estudo.
b) Deve considerar-se o disposto na Lei nº 67/98 em matéria de garantia de anonimato dos sujeitos, confidencialidade, proteção e segurança dos dados, (não identificar/tornar identificável) sendo necessário solicitar o consentimento informado e esclarecido do titular dos dados. No caso presente de inquirição de alunos menores (menos de 18 anos) este deverá ser atestado pelos seus representantes legais. As autorizações assinadas pelos Encarregados de Educação devem ficar em poder da Escola/Agrupamento ao qual pertencem os alunos. Não deve haver cruzamento ou associação de dados entre os que são recolhidos pelos instrumentos de inquirição e os constantes da declaração de consentimento informado.
c) Informa-se ainda que, de acordo com a natureza jurídica da Direção-Geral da Educação, publicada pelo Decreto-Lei n.º 14/2012 de 20 de janeiro, conjugada com o enquadramento legal específico dos pedidos de autorização para aplicação de inquéritos/realização de estudo de investigação em meio escolar (Despacho N.º15847/2007, publicado no DR 2ª série n.º 140 de 23 de julho), a DGE não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos/questionários ou outros instrumentos em estabelecimentos de ensino privados.
d)A presente investigação permitirá conhecer os hábitos de vida de uma comunidade local, através de um instrumento já anteriormente validado e amplamente aplicado (HBSC/OMS). Esta metodologia, permitira não apenas conhecer a situação local, como compará-la com a situação nacional e mesmo internacional. Através desse conhecimento as entidades locais de saúde estarão, provavelmente, mais aptas para trabalhar COM as escolas no âmbito da promoção e educação para a saúde. Considera-se, assim como fundamental que seja dado feedback à DGE sobre o resultado do estudo.

Outras observações:

Sem observações.

| Voltar | Versão 1 | Versão 2 |

Apêndice F

Pedido de autorização para aplicação do questionário ao Diretor do Agrupamento de Escolas de Lousada

Exmo. Senhor Diretor do
Agrupamento de Escolas de Lousada
Dr. Filipe Plácido Silva

Assunto: Pedido de autorização para aplicar um questionário " Hábitos de Vida dos jovens em idade escolar", destinado aos alunos do 3º ciclo e secundário da Escola Secundária de Lousada.

Nós, Ana Lopes e Maria Pinto, licenciadas em enfermagem e mestrandas em enfermagem comunitária, da Escola Superior de enfermagem de Vila Real – UTAD, a realizar estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade de Lousada sob a orientação da enfermeira mestre e especialista em enfermagem comunitária Estela Vieira, Foi-nos proposto desenvolver um diagnóstico de situação em saúde, no âmbito dos estilos de vida saudáveis nos jovens em idade escolar. Desta forma, para a concretização deste estudo solicitamos a V. Ex.ª a autorização para aplicarmos o questionário "Comportamentos de saude em jovens em idade escolar", já validado.
Este diagnóstico pretende ser o espelho da realidade dos alunos do Concelho de Lousada e tem como objetivos:

- Caraterizar a população em que os alunos estão inseridos;
- Identificar os hábitos alimentares e de higiene dos alunos do 3.º ciclo e Secundária da Escola Secundária de Lousada;
- Caraterizar o consumo de tabaco, álcool e drogas, nos alunos do 3º ciclo e secundário da Escola Secundária de Lousada;
- Identificar a frequência de prática de desporto dos alunos do 3.º ciclo e secundário da Escola Secundária de Lousada;
- Verificar a perceção sobre a autoimagem e autoconceito dos alunos do 3.º ciclo e secundário da Escola Secundária de Lousada;
- Averiguar a relação familiar dos alunos do 3.º ciclo e Secundário da Escola Secundária de Lousada;
- Identificar os fatores que influenciam a relação familiar dos alunos do 3.º ciclo e Secundário da Escola Secundária de Lousada;

- Averiguar a relação social dos alunos do 3.º ciclo e Secundário da Escola Secundária de Lousada.

Assim é de extrema importância a reflexão sobre a situação de saúde da nossa comunidade e, projetos que se pretendem desenvolver neste estágio, representam uma mais-valia na obtenção de cuidados de qualidade e consequentemente em ganhos de saúde.

Aos participantes deste estudo, será assegurada a livre participação e confidencialidade dos dados pessoais.

Com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento

Lousada, 03 de junho de 2014

Ana Lopes e Maria Pinto

Apêndice G

Diapositivos da sessão de EpS sobre "Benefícios de uma alimentação saudável"

16/10

DIA MUNDIAL DA ALIMENTAÇÃO

Ana Paula Lopes
Cláudia Melo

Proteínas
Ajudam a crescer

Hidratos de Carbono
Dão energia para brincar e trabalhar

Gorduras
Dão-nos energia e protegem-nos do frio

Vitaminas e Minerais
Ajudam ao bom funcionamento do nosso corpo permitindo um maior aproveitamento de outros nutrientes

Roda dos Alimentos

Instrumento de Educação Alimentar

Dentro de cada grupo estão reunidos alimentos nutricionalmente semelhantes

- ✓ Completa - comer alimentos de cada grupo e beber água diariamente
- ✓ Equilibrada - comer maior quantidade de alimentos pertencentes aos grupos de maior dimensão e menor quantidade dos que se encontram nos grupos de menor dimensão, de forma a ingerir o número de porções recomendado
- ✓ Variada - comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando diariamente, semanalmente e nas diferentes épocas do ano

Grupo dos Cereais e Derivados

28%

O grupo dos cereais e derivados inclui os cereais propriamente ditos e as suas farinhas, o pão, a massa, o arroz, a batata e o milho.

Grupo dos Hortícolas

23%

Legumes como a cenoura, o alho, a cebola, o tomate, a abóbora, o nabo, a courgette, o pepino e o pimento, hortaliças como a alface, os brócolos, a couve e a couve-flor, os grelos, os espinafres, a couve portuguesa, o feijão-verde…

Os produtos hortícolas devem estar SEMPRE presentes nas refeições, incluídos:

* na sopa
* saladas
* misturados no: arroz, na massa, …

Grupo das Frutas

As frutas são ricas em substâncias fundamentais para o crescimento e bem estar, tais como:

* Vitaminas,
* Minerais e
* Fibras

20%

O grupo das frutas inclui:

- a fruta fresca: como a maçã, pêra, ameixa, pêssego, os citrinos (limão, laranja, tangerina…), melão, meloa e melancia, os frutos tropicais (kiwi, manga, papaia…);

- os frutos secos (figos, uvas e ameixas secas…);

- os frutos gordos (pinhões, amendoins, azeitonas, avelãs, nozes…).

Grupo dos Lacticínios

18%

O grupo dos lacticínios e derivados inclui o leite, o iogurte, o queijo, o queijo fresco e o requeijão .

Grupo da Carne, Peixe e Ovo

5%

Peixes de água doce (enguia, lampreia, truta, salmão, dourada, robalo, solha, linguado…) e salgada (bacalhau, atum, pescada, sardinha, carapau, cherne…), mariscos (camarão, lagosta, caranguejo, lulas, polvo…).

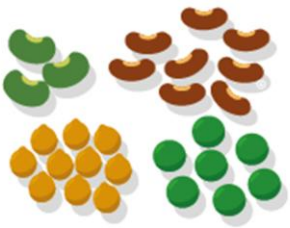
Grupo da Carne, Peixe e Ovo

Faz refeições alternadas de peixe e carne

5%

O grupo das carnes e ovos inclui as carnes vermelhas (vaca, vitela, porco e borrego) e as brancas (frango, peru, pato e coelho) e os ovos.

Grupo das Leguminosas



4%

O grupo das Leguminosas inclui os feijões, o grão-de-bico, as lentilhas, as favas, a soja e as ervilhas.

Grupo das Gorduras

2%

- 1 a 3 porções
- Neste grupo encontram-se os óleos (amendoim, milho, girassol, soja), o azeite, as manteigas, margarinas e outras gorduras de barrar e a banha

Água

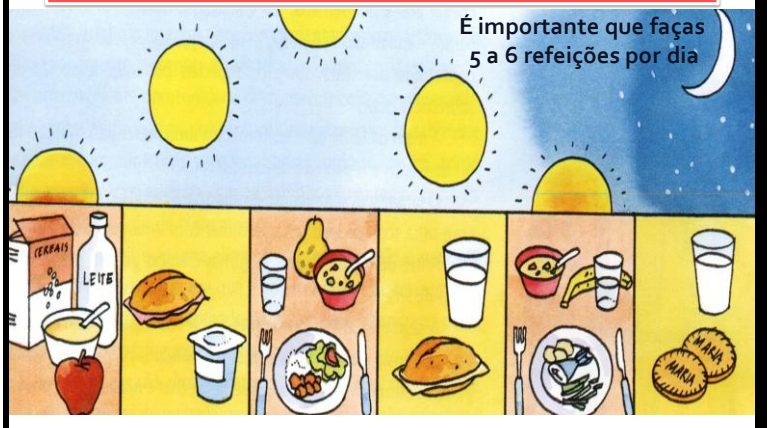
A água, não possuindo um grupo próprio, está também representada em todos eles, pois faz parte da constituição de quase todos os alimentos

Sendo a água imprescindível à vida, é fundamental que se beba em abundância diariamente

As necessidades de água podem variar entre 1,5 e 3 litros por dia

Como montar um prato saudável

Exemplos de Refeições



Pequeno-Almoço

+ OU +

Meio da manhã

OU

Almoço

+

OU

+

+

OU

OU

+

Meio da tarde

ou

Lanche

ou

Jantar

+

ou

+

+

+

Ceia

E/OU

Regras para uma Alimentação Saudável

- Após acordar toma sempre um pequeno-almoço completo
- Durante as refeições come com calma
- Mastiga muito bem todos os alimentos
- Praticar exercício físico pelo menos 30 minutos por dia

- Deves utilizar na tua alimentação todos os alimentos da Roda dos Alimentos
- Beber, no mínimo, 6 a 8 copos de água ao longo do dia. Bebe água às refeições e várias vezes durante o dia
- Antes de comeres saladas e frutas deves lavá-las muito bem com água da torneira

- Consumir , no máximo 1 vez por dia, azeite, manteiga e outros tipos de gordura. Evitar fritar os alimentos
- Deves comer comida com pouco sal
- Evitar consumir açúcares e doces

Guloseimas, doces e refrigerantes só em ocasiões especiais e…sempre com moderação pois não são alimentos equilibrados

* Fazem engordar
* Provocam cárie dentária

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!

Bibliografia

Paul M. Insel, R. Elaine Turner, Don Ross, Nutrition, American Dietetic Association, 2007, 3ª edição.

Escott-Stump S, Kathleen Mahan L. Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia, Saunders Elsevier, 2008, 12edição.

Organização Mundial da Saúde - www.who.int/en/

Instituto de Hidratação e Saúde - www.ihs.pt

Direção-Geral do Consumidor - www.consumidor.pt

Bibliografia

Associação Portuguesa dos Nutricionistas - www.apn.org.pt Rodrigues S, Franchini B, Graça P, de Almeida MDV, A New Food Guide for the Portuguese Population, Journal of Nutrition Education and Behavior2006, 38: 189 -195.

Ministério da Educação e Ciência - Direção-Geral da Educação, Bufetes Escolares – Orientações, 2012.

Apêndice H

Conto ilustrado “Comer…com saber”

COMER... COM SABER

dos 10 aos 13 anos

Ficha técnica

Coordenação e Textos dos Nutricionistas: Carmo Faria; Ricardo Oliveira; Teresa Esmeraldo; Teresa São Marcos.

Ilustração e Design Gráfico: Catarina Gomes; Nelson Henriques; Raúl Pestana.

Edição: SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS/ DIRECÇÃO REGIONAL DE PLANEAMENTO E SAÚDE PÚBLICA

Impressão e Acabamentos: O LIBERAL, Empresa de Artes Gráficas, LDA

Ano: 2005

Depósito Legal - 233469/05 **ISBN** - 972-8901-02-X

Depois da «Aventura dos Alimentos» surge agora «Comer...com Saber» numa sequência normal do trabalho desenvolvido pela Direcção Regional de Planeamento e Saúde Pública, numa das suas vertentes mais importantes – a educação para a saúde.

O corpo com que cada um de nós foi dotado ao nascer é o nosso veículo de transporte durante a nossa vida. É nossa responsabilidade!

Como qualquer veículo tem regras de funcionamento, deve usar produtos adequados às suas características de fábrica - no nosso caso as características genéticas - deve adequar o combustível às necessidades do consumo, leia-se alimento versus energia a gastar e, também, de vez em quando, deve ser objecto de revisão – uma visita aos serviços e profissionais de saúde.

É algum do conhecimento necessário para manter o vosso «veículo» sempre em óptimo estado de conservação que este livrinho vos traz.

Muito mais há para aprender sobre estas coisas, mas, se começarem a pôr em prática os conselhos que aqui se dão, terão uma longa e saudável vida para aprender essas e muitas outras coisas interessantes que vos farão crescer fisicamente e não só.

Bom proveito!

A Secretária Regional dos Assuntos Sociais

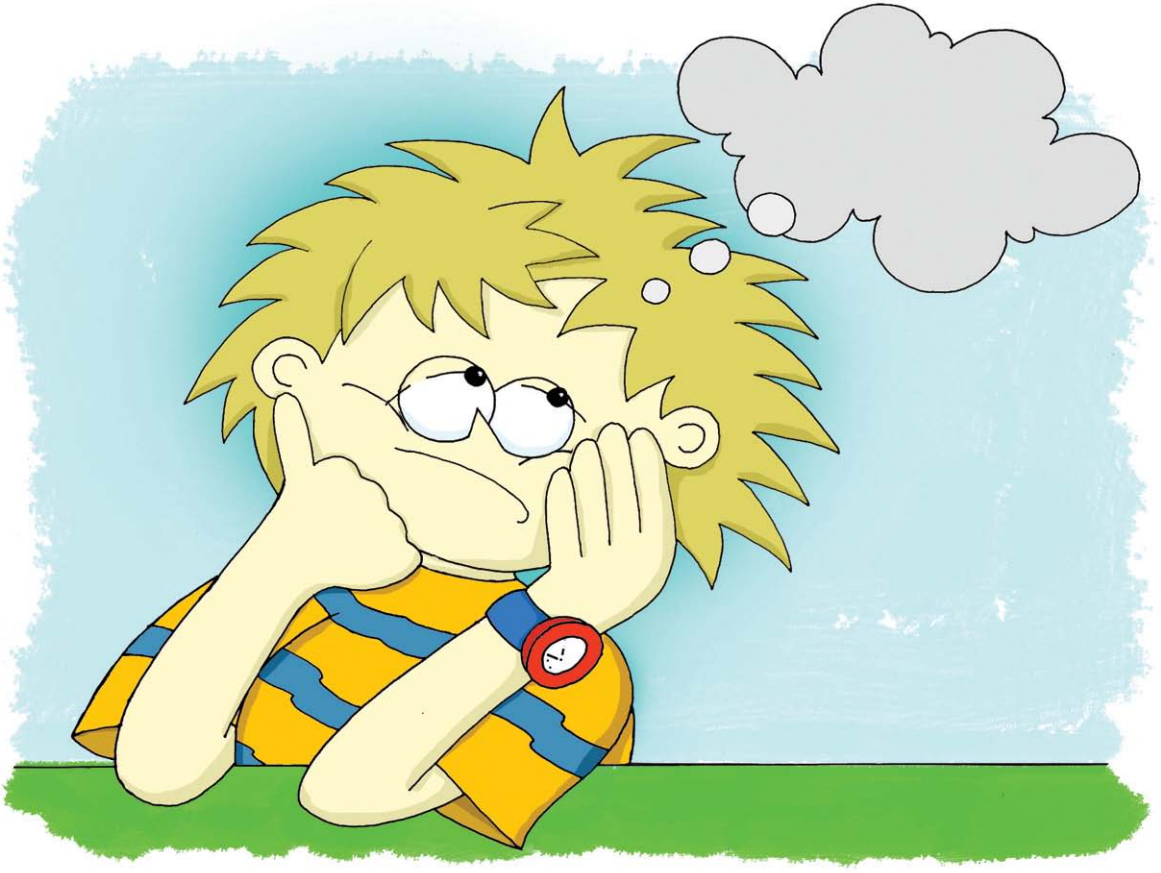
Conceição Almeida Estudante

SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS

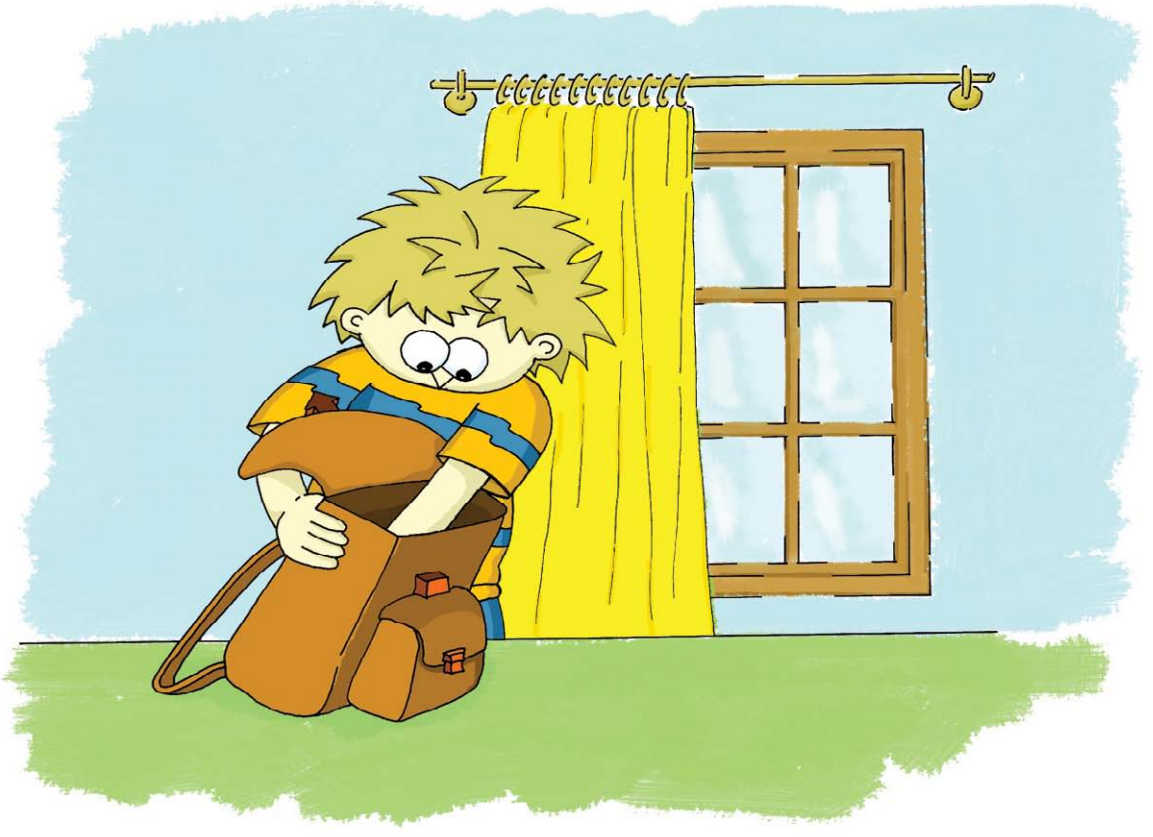
DIRECÇÃO REGIONAL DE PLANEAMENTO E SAÚDE PÚBLICA

COMER... COM SABER

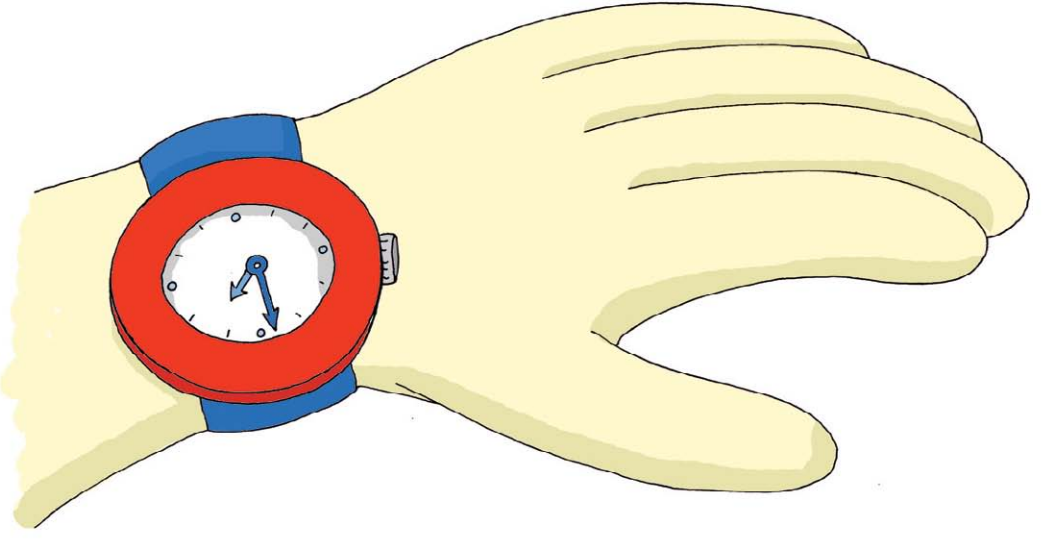
dos 10 aos 13 anos



O Rodolfo estava ansioso com a prova de biologia. Não deixava de pensar na nota desastrosa que teve no primeiro trimestre.



Pela terceira vez voltou a remexer na mochila à procura da esferográfica antes de sair de casa.

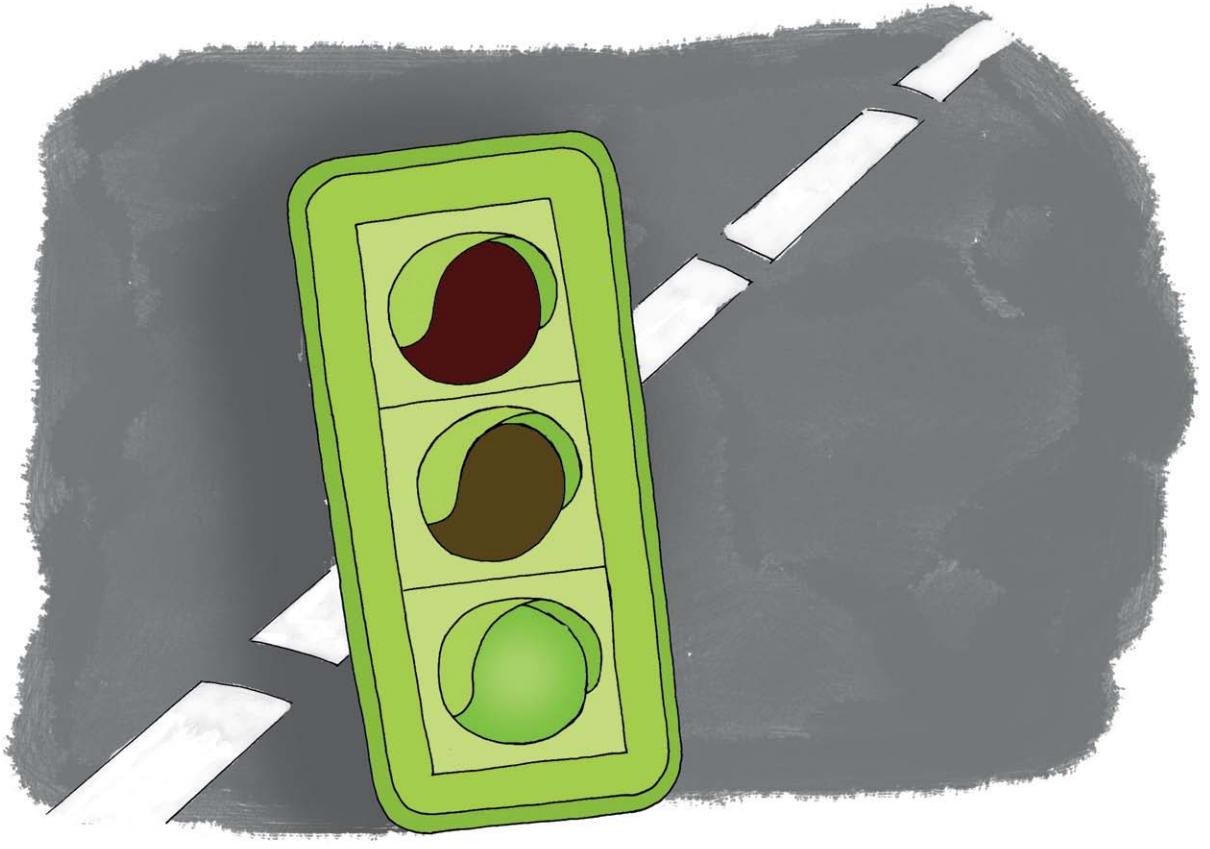


Faltavam dois minutos para o autocarro passar. Um último toque no cabelo desgrenhado e Rodolfo saiu batendo a porta em tom de despedida.

Pelo caminho não parou de olhar para o relógio que marcava o ritmo frenético da prova de quatrocentos metros até à paragem.

Ao virar a esquina, avistou o autocarro parado nos semáforos a cem metros da meta, quer dizer da paragem.

A malta do autocarro das sete e trinta já se tinha acostumado à largada dos semáforos com o pequeno Rodolfo a correr da esquina da Rua do Pimentão até à paragem.



O motorista picou o acelerador e o semáforo deu a largada.
Rodolfo fixou o olhar no autocarro e disparou as sapatilhas em direcção à paragem.

Já conhecia os obstáculos, a árvore, o senhor Júlio e o cão, a vasilha do lixo do 6B…só que, desta vez, havia qualquer coisa nova depois do 6B - os vasos de plantas do senhor Leitão.

O momento foi de emoção: quando Rodolfo reparou nos vasos, o pé direito já tinha pontapeado o vaso, jogando a terra e as azáleas em direcção à porta do senhor Leitão.

O público no autocarro temeu a queda do atleta e levantou-se das cadeiras.

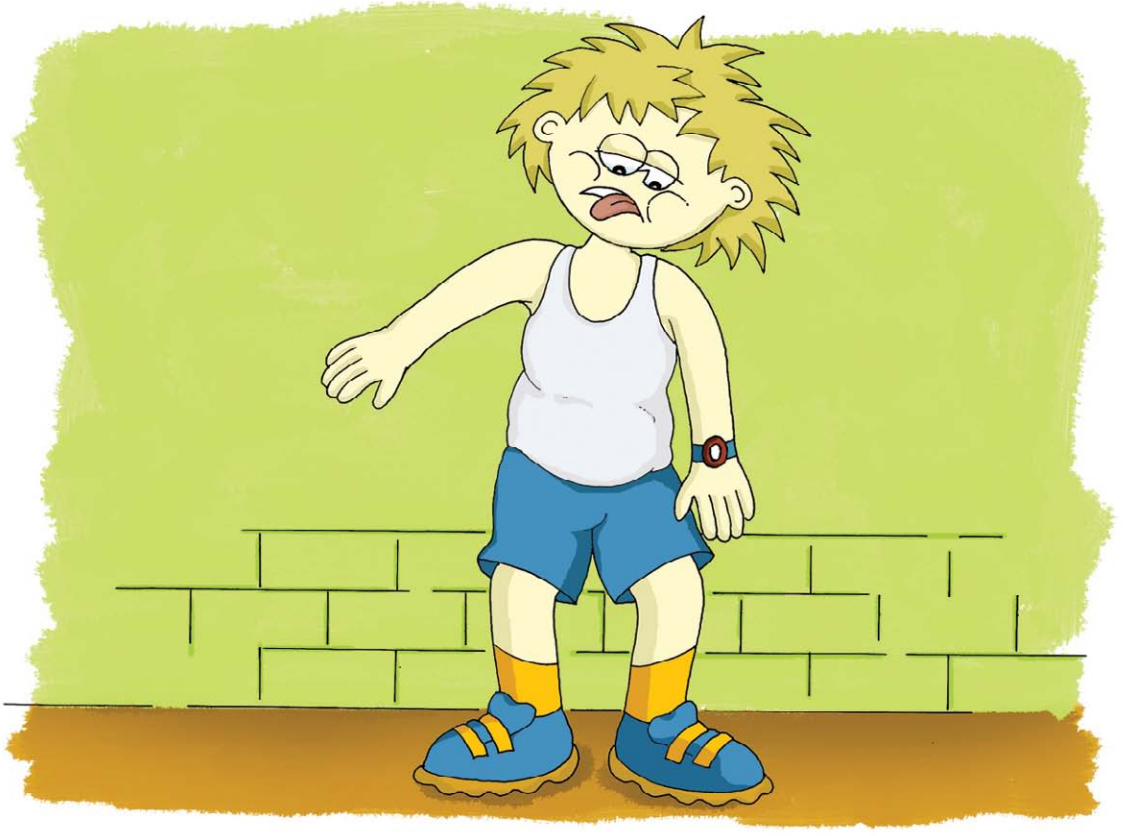
O motorista cancelou a corrida e parou de imediato o autocarro com uma gargalhada.
- Ah!Ah!Ah!Ah!Ah!. Rodolfo, o que é que se passa hoje contigo? Não tomaste o pequeno-
-almoço?

Rodolfo entrou no autocarro e para trás ficou o senhor Leitão a ralhar com o cão do senhor Júlio que não percebera nada do que se tinha passado.

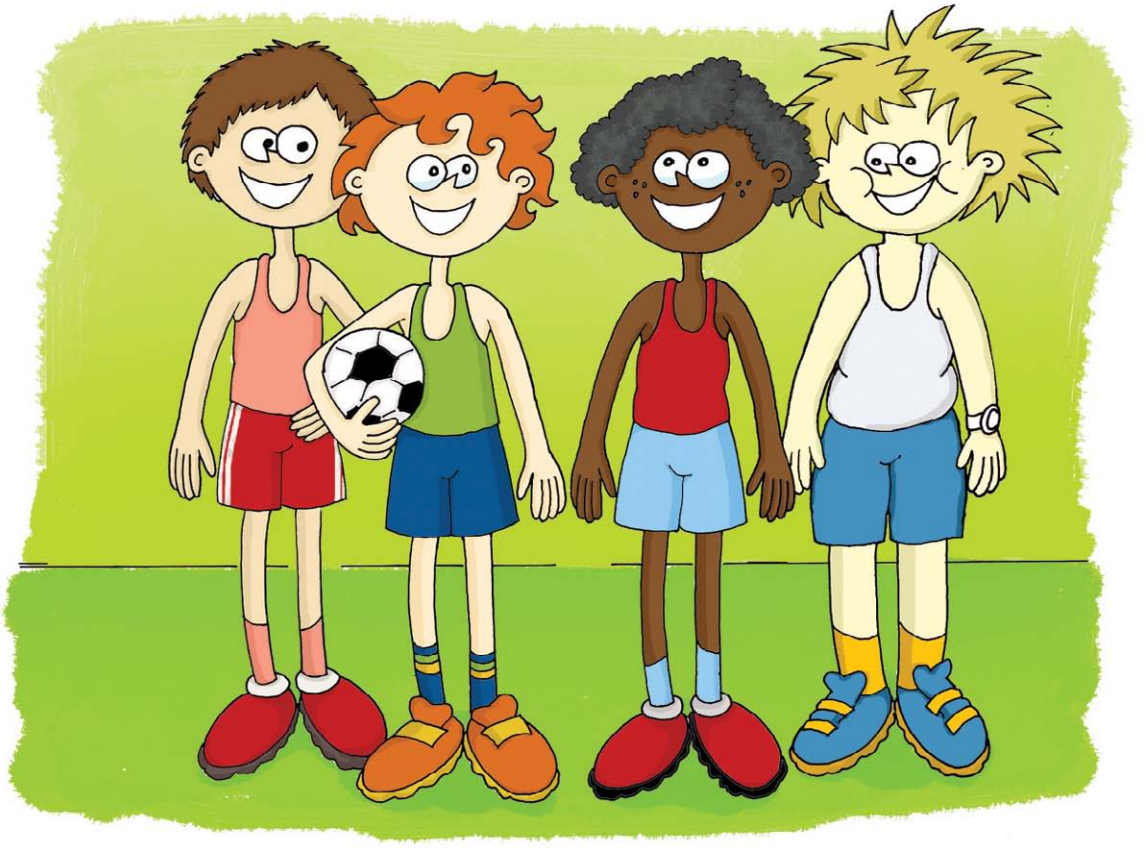
O dia começou com alguma ginástica, mas nada que se comparasse à aula de Educação Física da professora Dina. Com a vestimenta apropriada, a turma aqueceu com dez voltas ao campo.

- Vamos lá, não quero ver ninguém a ficar para trás! – ordenou a professora.

À medida que acelerou o passo encurtado pelas pernas roliças, Rodolfo sentiu a vista tremida e tudo parecia mal sintonizado. As pernas começaram a fraquejar e, a partir da oitava volta, mais parecia uma traineira em alto mar.

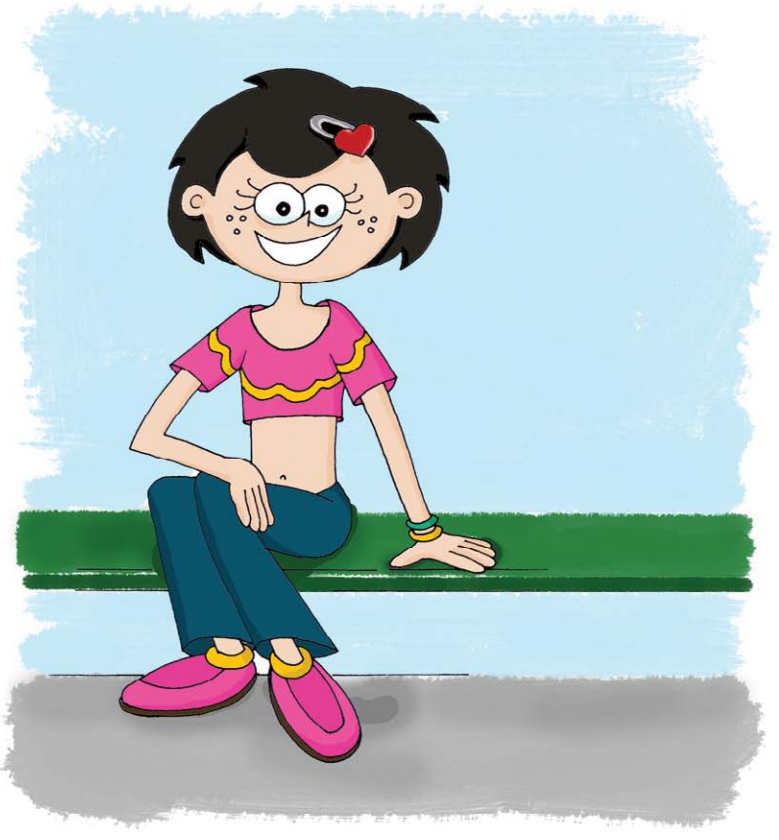


Completou a corrida com muito esforço e, sobreaquecido, encostou-se à parede, enquanto escolhiam as equipas para o jogo de futebol.

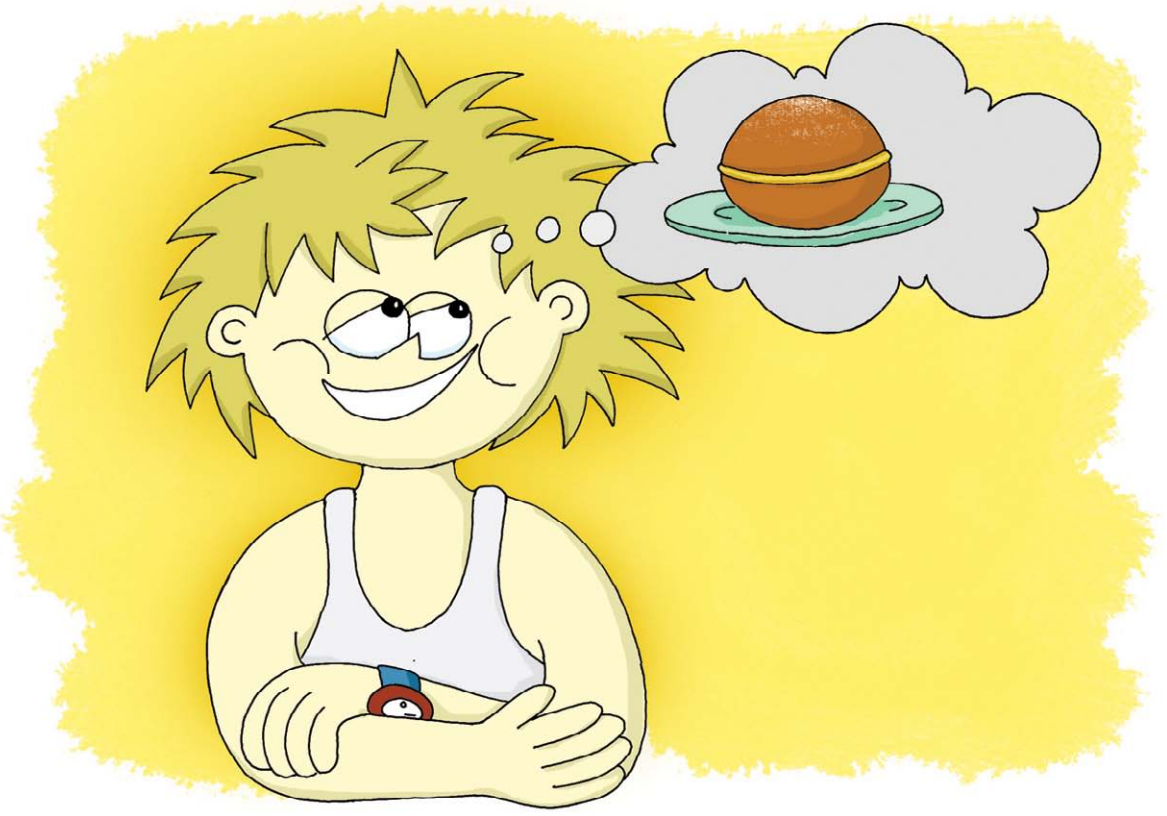


Na sua equipa ficaram os dois melhores jogadores da turma. Nada mal, Rodolfo não necessitava correr, bastava manter-se na retaguarda e empatar o adversário.

Ajeitou os calções à barriga e deitou um olhar triunfante sobre a bancada do campo. De repente ficou corado. Parecia que lhe haviam despido os calções.

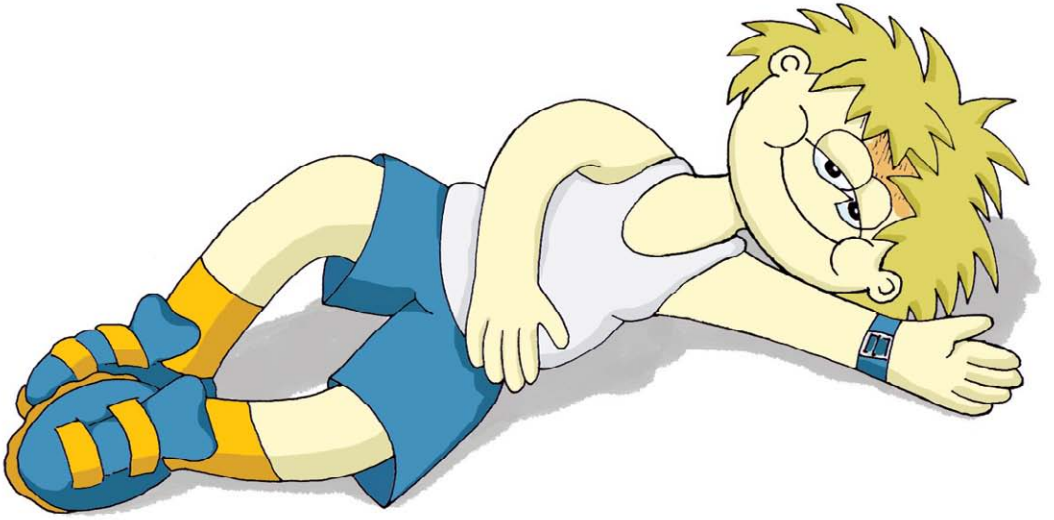


Bem no cimo da bancada estava Sofia - a miúda do 8º C por quem Rodolfo tinha um "fraquinho".

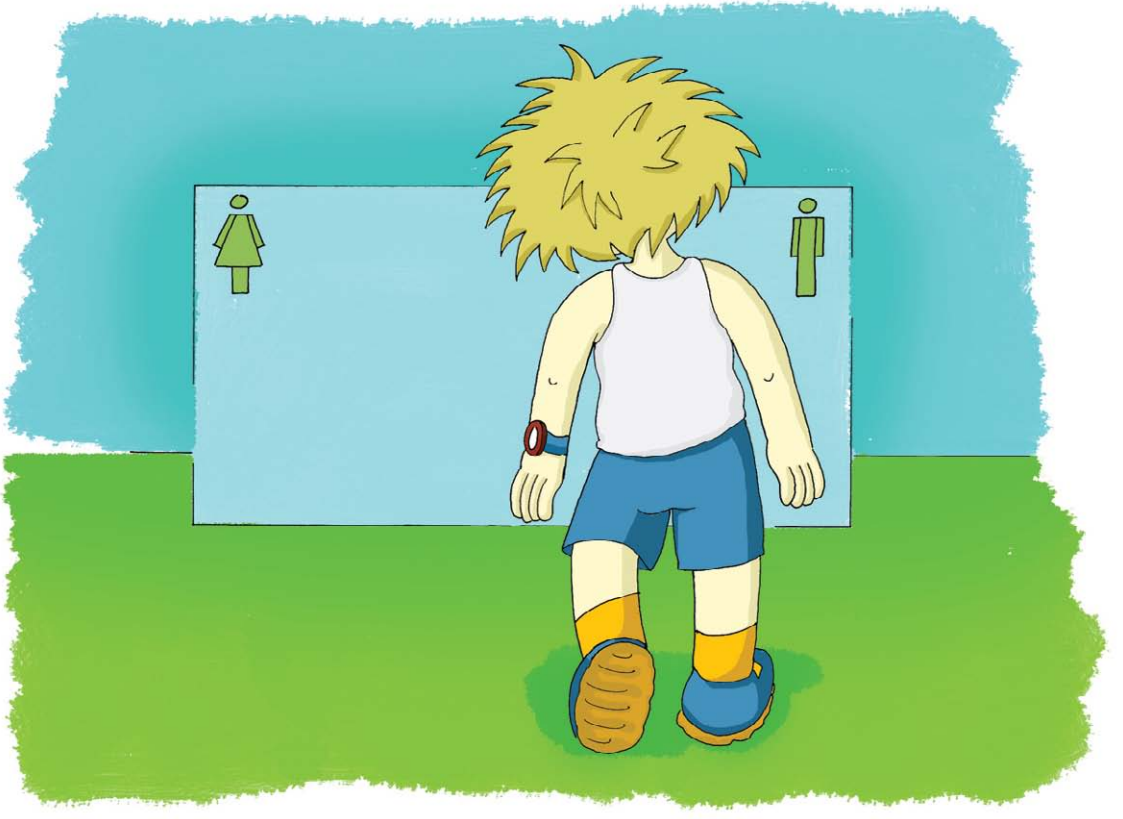


Não havia um minuto a perder, tinha de fazer boa figura. Enquanto recordava o belo dia em que ofereceu a última bola de Berlim que restava no Bar à mais linda donzela do 8ºC,...

...acordou com uma bolada na cara. O chuto foi tão potente que o logotipo do fabricante da bola ficou marcado na testa.

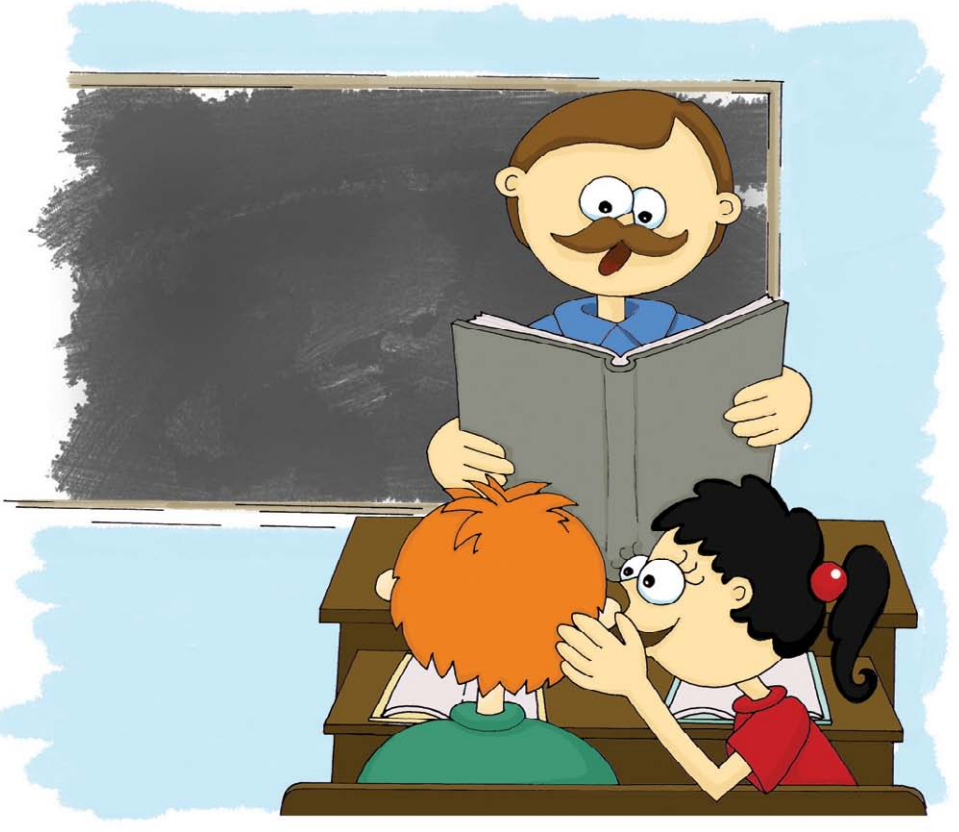


Rodolfo caiu redondo no chão sem gemer e com um sorriso a disfarçar a dor.

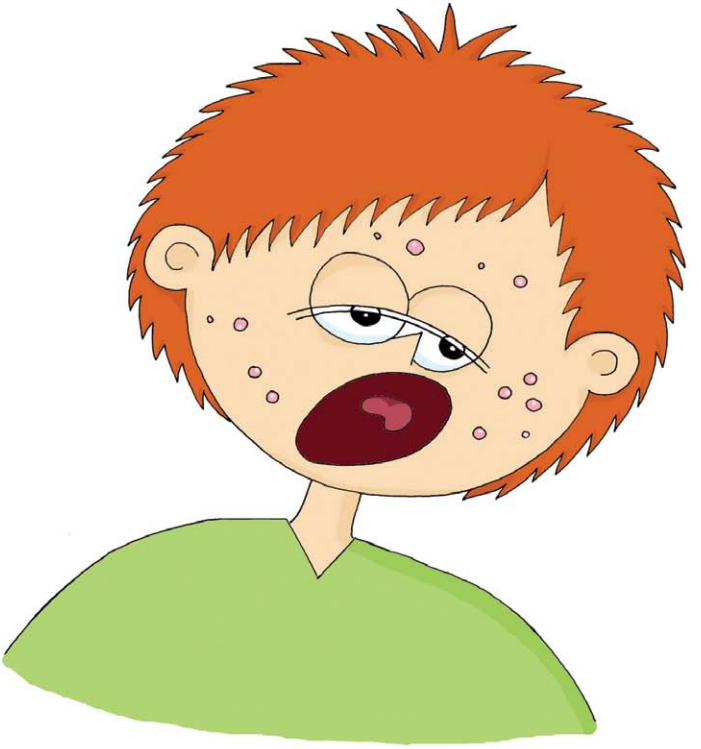


Para compensar o sucedido, a professora Dina mandou-o descansar nos balneários. Dispensado da aula, mas não do facto da Sofia ter assistido ao espectáculo vergonhoso da sua eliminação aos dez segundos do início do jogo,...

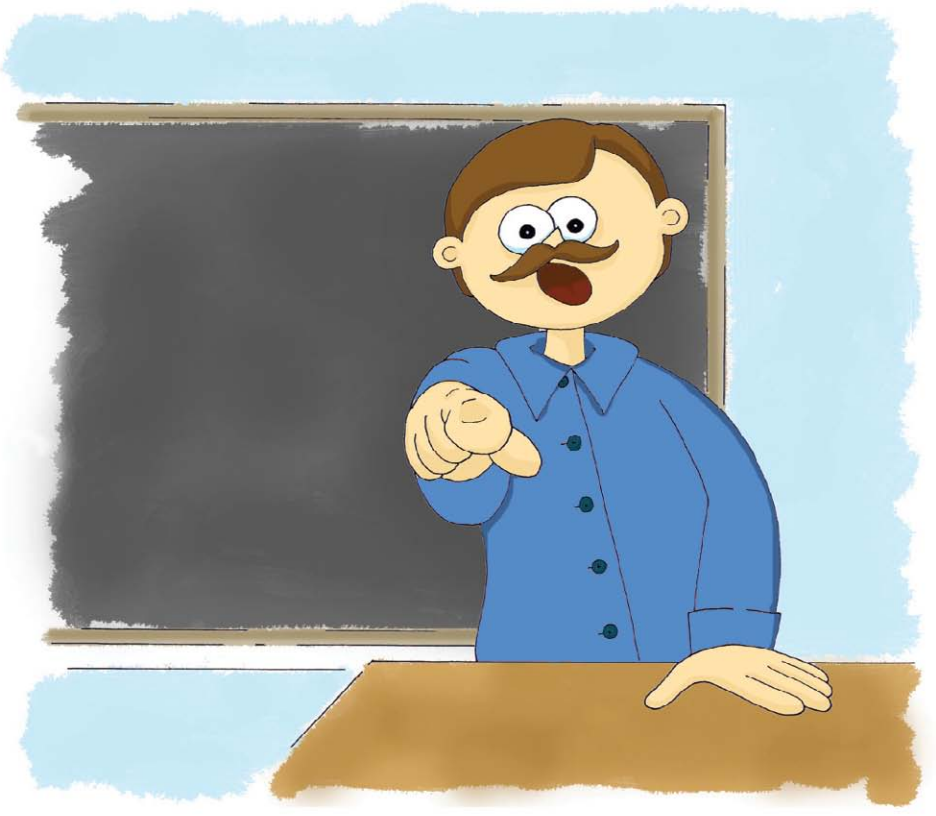
...Rodolfo arrumou a mochila e só saiu dos balneários quando soou a campainha para a aula seguinte: a de Geografia.



Os colegas do Rodolfo contavam a última versão do episódio, quando o professor Rocha ditou o sumário da aula.



Passados vinte minutos de aula, João, mais conhecido como "Pimpinela", pelo número de borbulhas que tinha por centímetro quadrado, soltou um bocejo de fome.
- Pimpinela, pareces um leão! – disse o colega do lado.

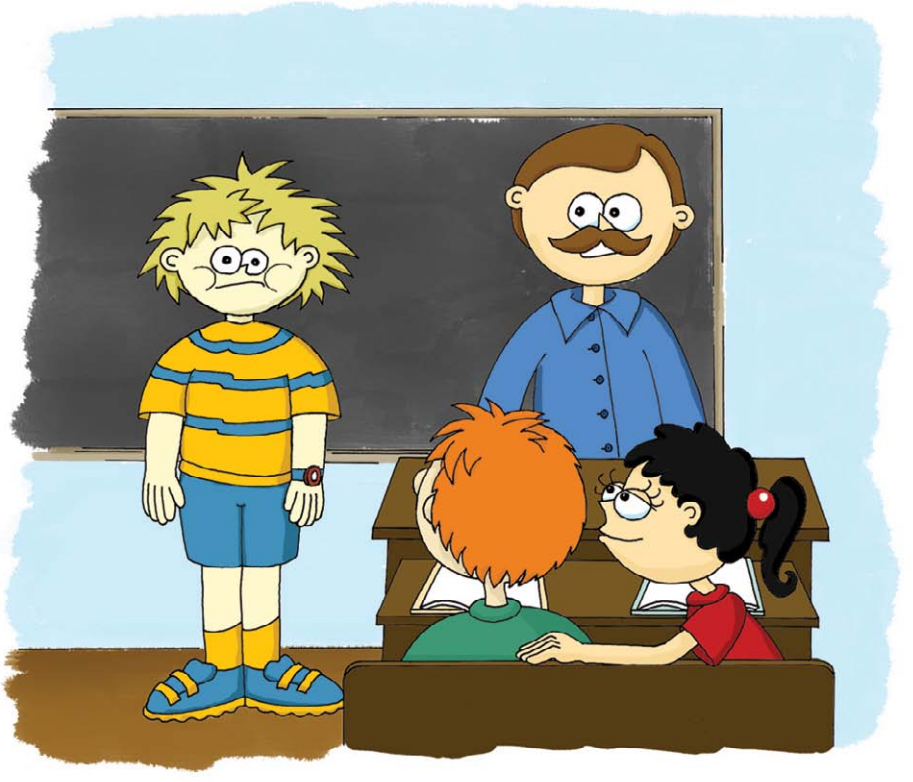


O Pimpinela rosnou qualquer coisa entre os dentes e foi o suficiente para o pessoal perder a atenção na aula.

- Pouco barulho aí atrás! Ó Rodolfo, ao quadro! – pediu o professor.

Nestas situações o Rodolfo era sempre o culpado. Levantou-se e deslizou vagarosamente até ao quadro.

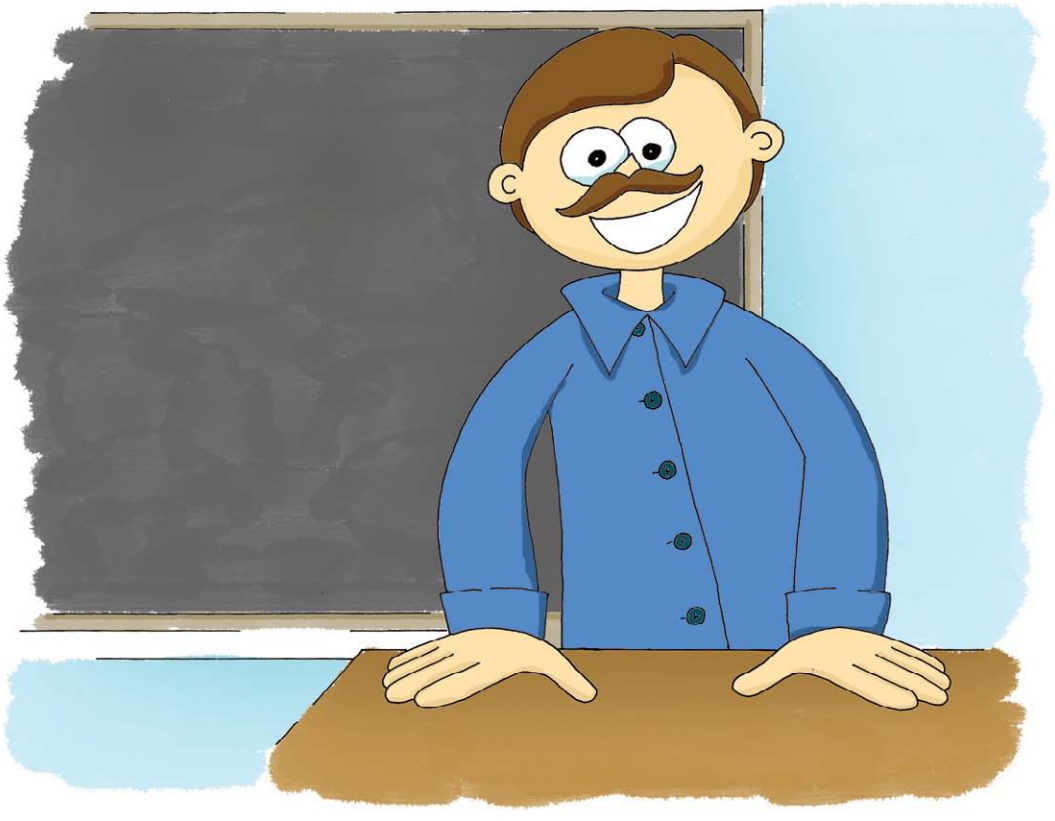
- O que origina um trovão? – inquiriu o professor.



A turma fez silêncio, o Rodolfo parecia uma estátua, pálido e com olhar de múmia. De repente, quando menos esperavam, soltou-se um ruído do seu estômago, que mais parecia um trovão.

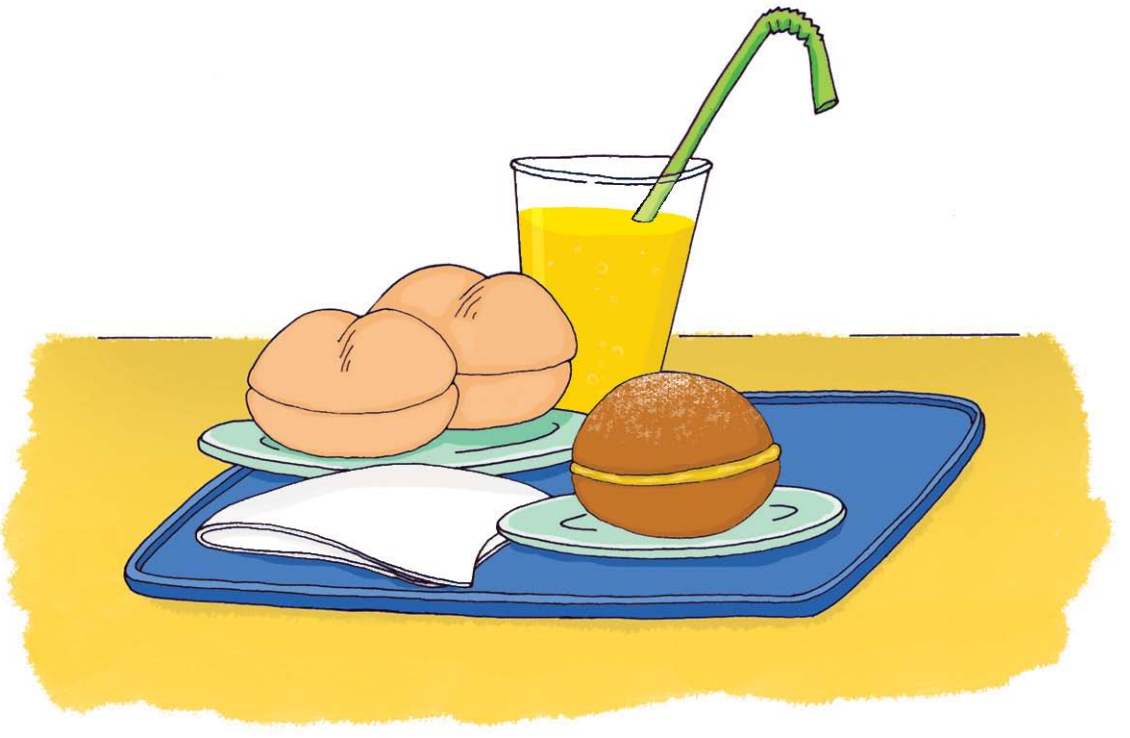
- Estás com fome? Não tomaste o pequeno-almoço? – perguntou o professor estupefacto.

O som era tal e qual o de um trovão saído de um filme do Spielberg.
Lá de trás ouviu-se um comentário "Professor, o Rodolfo está com gases! Vai explodir!"
Começaram todos numa risada que só acabou com a ameaça da expulsão da fila de trás.

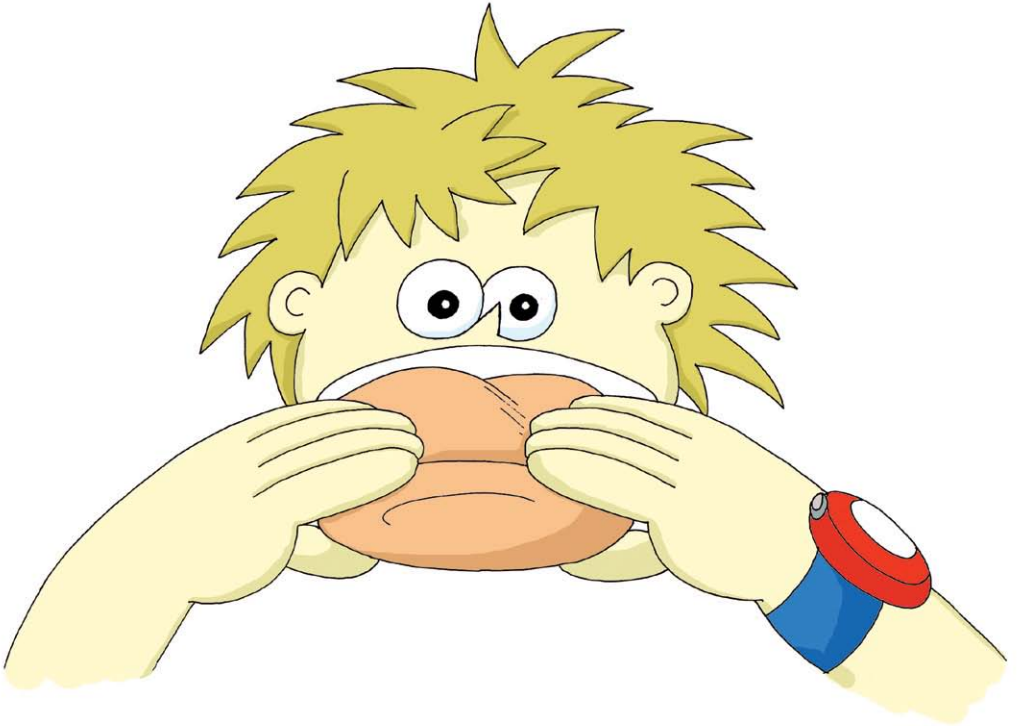


A aula continuou com a explicação do Professor Rocha sobre a importância do pequeno-almoço e terminou com o toque de saída para o intervalo da manhã.

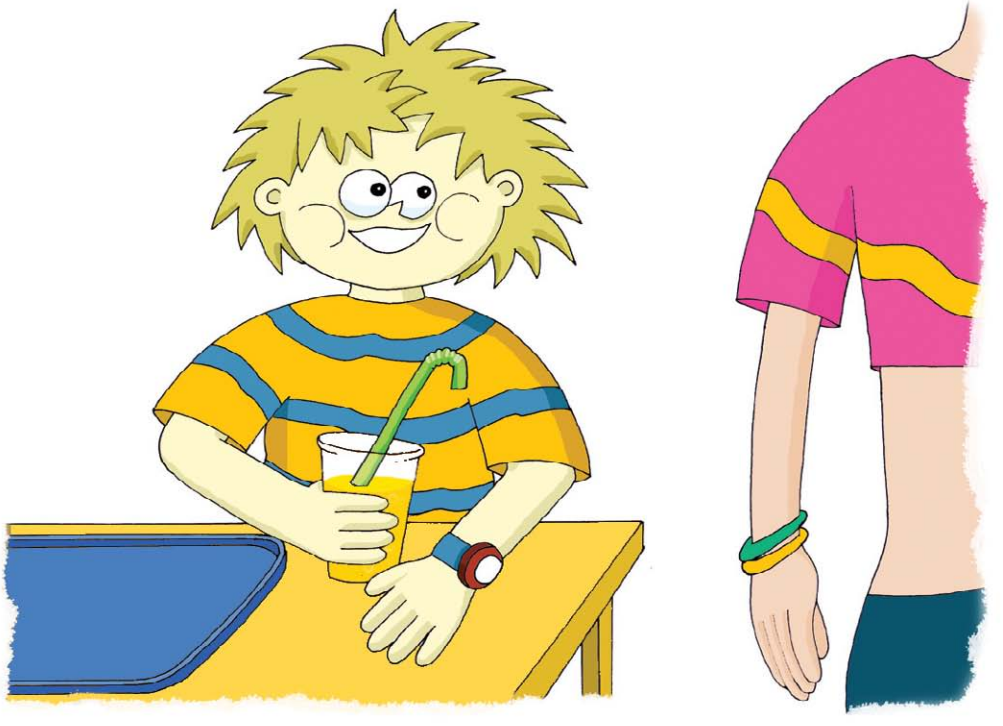
Como habitualmente, a malta correu para o bar. A fila escoava à medida que os pedidos iam sendo satisfeitos.



Chegada a vez do Rodolfo, de olhos esbugalhados de fome, mandou vir dois papo-secos com manteiga, uma bola de Berlim e um refrigerante.



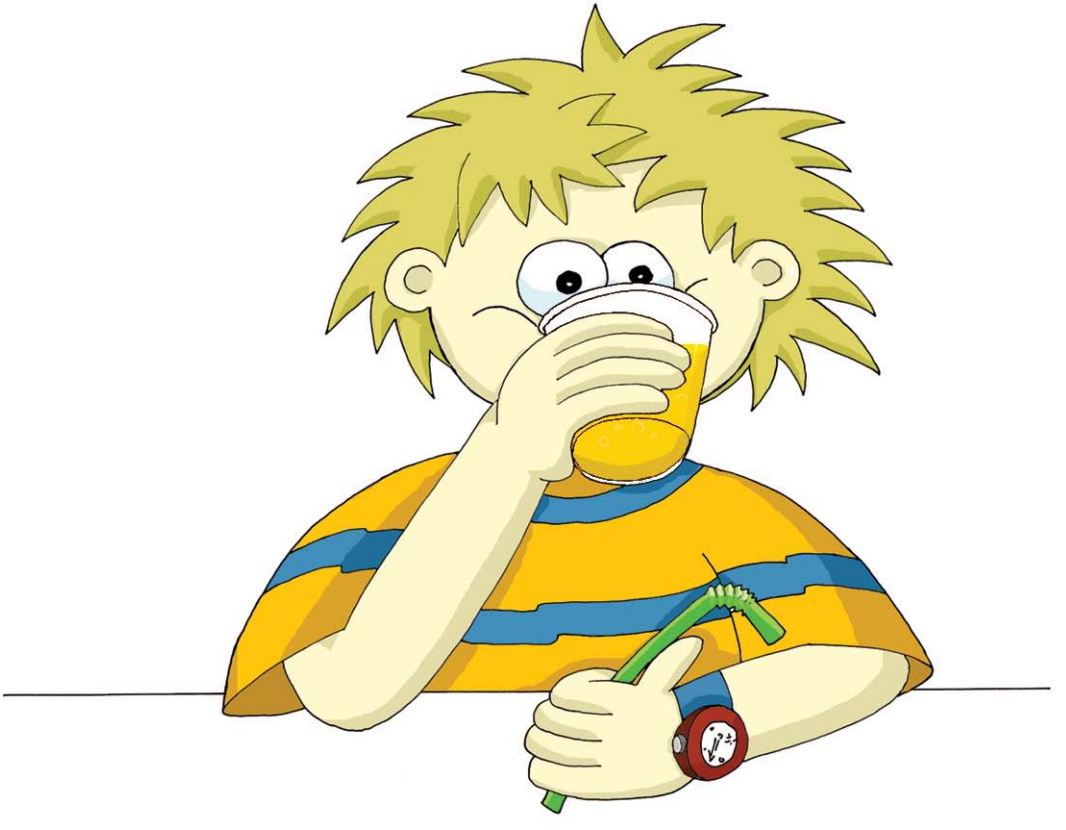
Arrastou tudo para a mesa e quando se preparava para enfiar os dentes no papo-seco, surgiu a Sofia.



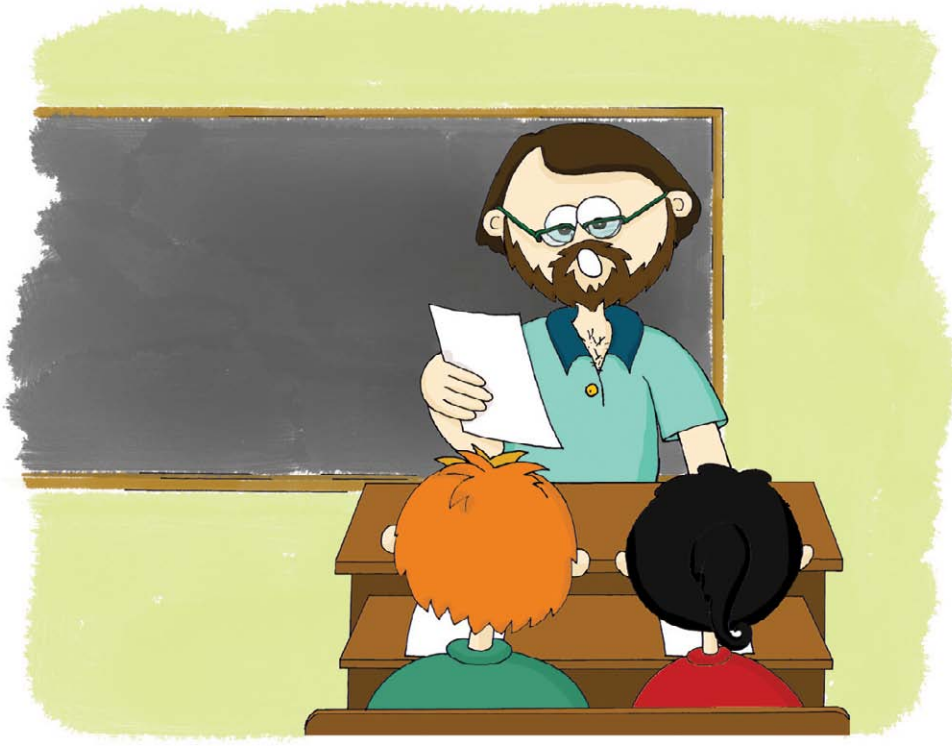
Ao vê-la, Rodolfo apressou-se a esconder os papo-secos e a bola de Berlim dentro da camisola e ficou apenas com o refrigerante em cima da mesa para manter a "pinta".
Será que Sofia iria sentar-se na sua mesa? O que diria numa situação daquelas?

Enquanto digeria o inesperado, apareceu o professor de Biologia que perguntou:
- Então Rodolfo, estás preparado para o teste ?
Rodolfo só deu atenção ao professor quando a Sofia se dirigiu às mesas.

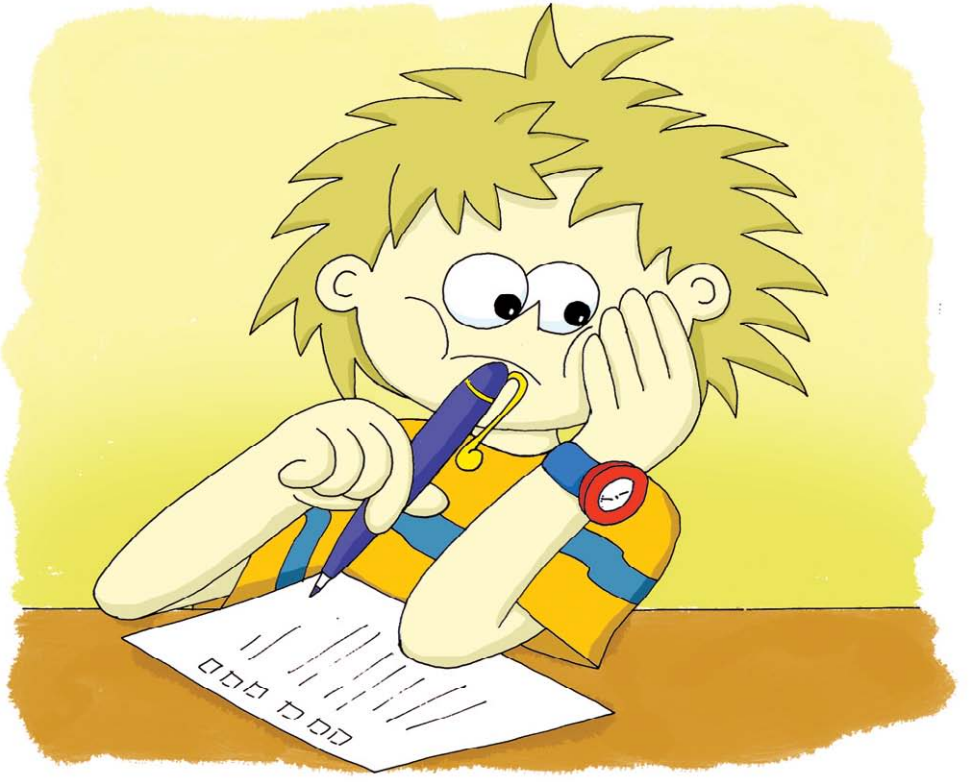
- Olha que no último teste a tua nota deixou muito a desejar... – sublinhou o professor interrompido pelo som da campainha que marcava a derradeira hora do teste.
- Boa sorte e vê se não te distrais. Até já! – despediu-se o professor deixando Rodolfo em estado de choque.



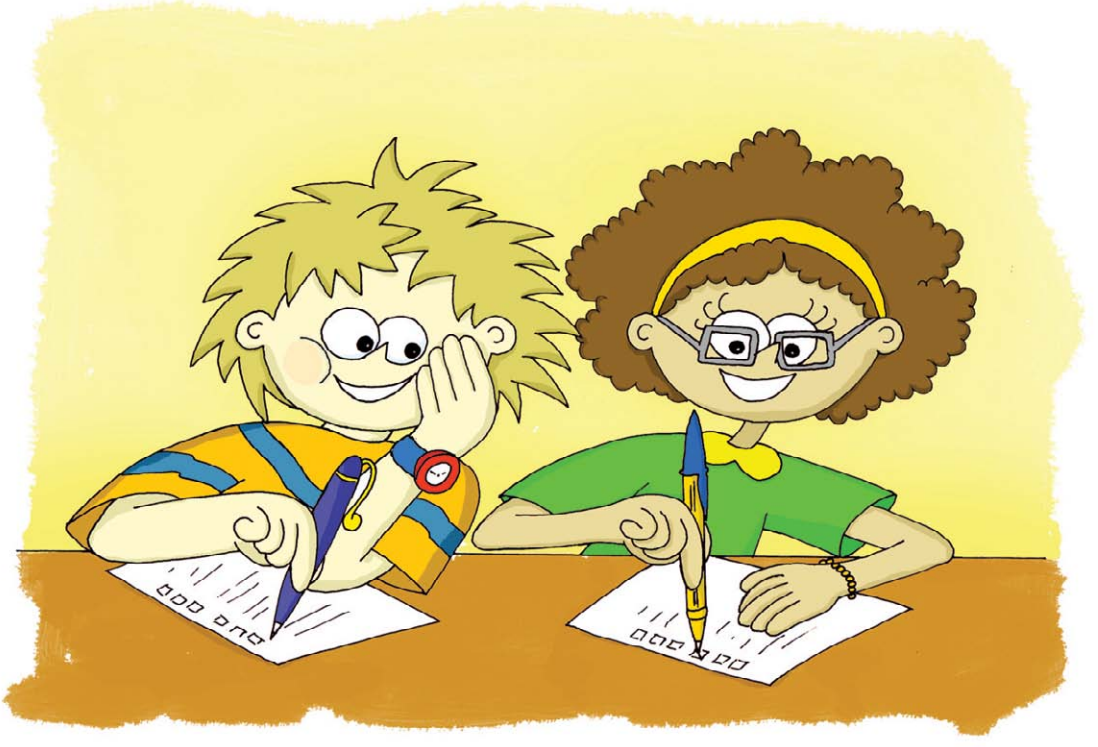
Não havia mais nada a fazer senão emborcar o refrigerante e guardar o farnel para depois do teste.



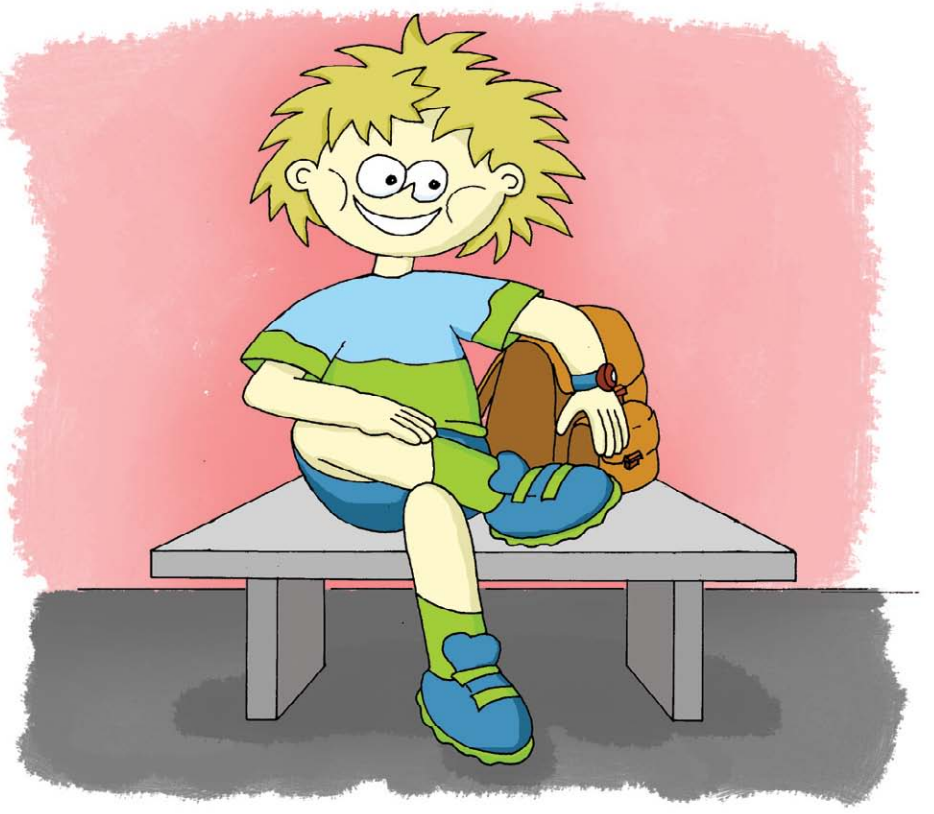
Na sala, o professor já distribuía os testes e alertava:
- Leiam com atenção todas as perguntas e respondam primeiro àquelas que souberem melhor.
As respostas eram de escolha múltipla, o que agradava ao Rodolfo.



Aos trinta minutos, Rodolfo já se mostrava cansado, irrequieto e desatento. A concentração estava diminuída e as dúvidas pareciam consumir o tempo que lhe restava. A tentação de copiar pela Clara era grande.



À pergunta n.º 3: «o que são os hidratos de carbono», a Clara assinalou, «nutrimentos importantes para a reparação e construção do organismo».
Rodolfo acabou por copiar o resto do teste pela "sabichona" da vizinha. No final, entregou as folhas pouco satisfeito com a prestação.



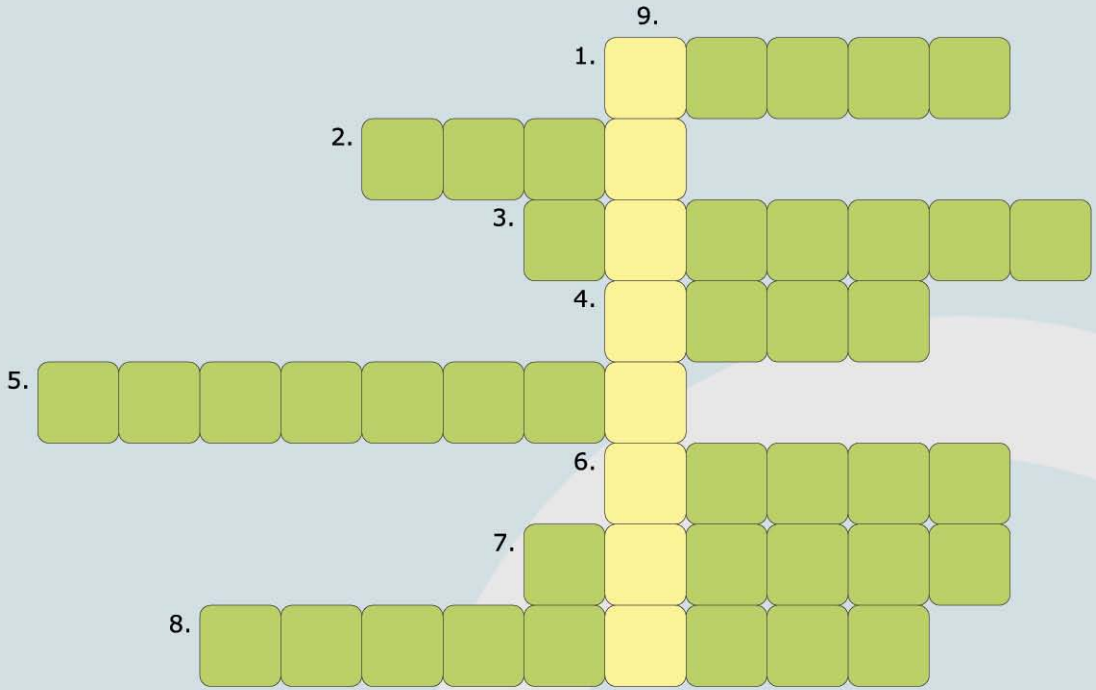
Pela resposta que o Rodolfo copiou podem imaginar a nota que teve no teste.
Apesar de tudo, o resultado sempre serviu para que aprendesse uma lição: tomar o pequeno-almoço é meio caminho andado para um dia bem passado.

A partir desse dia, Rodolfo passou a não sair de casa sem tomar o pequeno-almoço e melhorou a escolha de alimentos.

Agora prefere sandes com salada e sumos de fruta naturais que o bar prepara. Rodolfo está mais elegante, pois perdeu alguma gordura e agora já consegue dar vinte voltas ao campo!

Quanto à Sofia, o nosso amigo também fez progressos…adivinhem quem acompanha a Sofia todos os dias a pé para a escola?

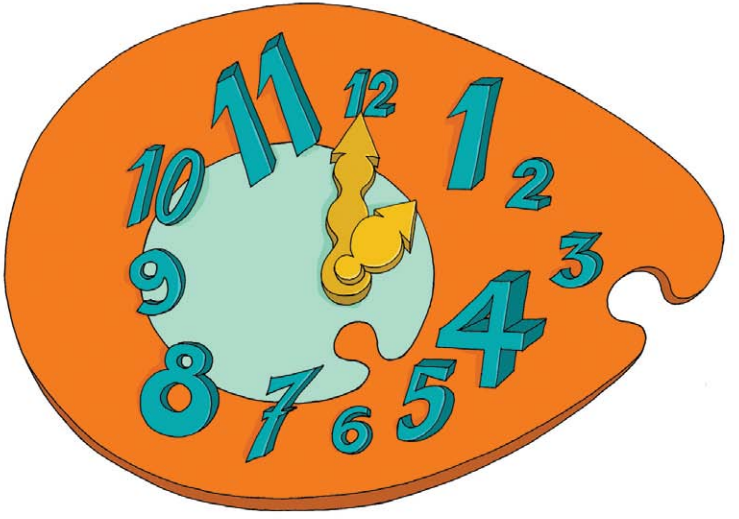
Cruzadas



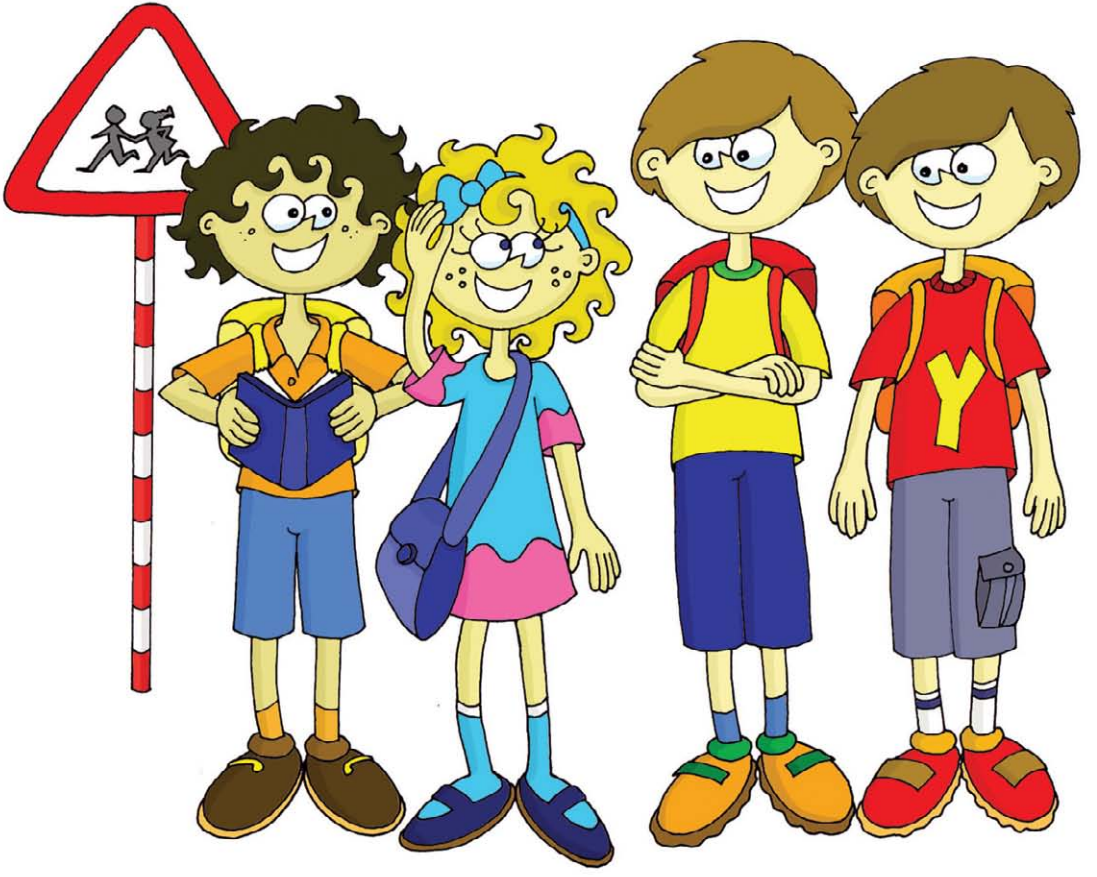
1 - Qual o nome da miúda pela qual o Rodolfo sente um "fraquinho"?
2 - Para além dos papo-secos e do refrigerante, que mais pediu o Rodolfo no bar? (... de Berlim)
3 - Qual o desporto que o Rodolfo praticou na aula de Educação Física?
4 - Como se chama a professora de Educação Física?
5 - Qual a disciplina para a qual o Rodolfo realizou o Teste de Avaliação?
6 - Depois de o Rodolfo optar por uma alimentação saudável, quantas voltas ao campo passou a conseguir dar?
7 - Como se chama o senhor que ralhou com o cão do senhor Júlio?
8 - Qual a principal característica física que identifica o "Pimpinela"?
9 - A lição que podes tirar desta história é que deves sempre seguir uma alimentação...

SOLUÇÕES: 1- Sofia; 2- Bola; 3- Futebol; 4- Dina; 5- Biologia; 6- Vinte; 7- Leitão; 8- Borbulhas; 9- Saudável.

Recomendações aos Adolescentes
(10-13 anos)



O toque das 13h marcava a saída dos alunos para o almoço. A Joana e o Pedro frequentam o 6º ano e adoram trocar ideias com os vizinhos Guedes do 8º ano. Ir para casa a pé é motivo de galhofa.
Esta manhã os irmãos Guedes tinham novidades!


Y

- Sabiam que esta é a nossa segunda maior tentativa de crescimento?

- Segunda ?!

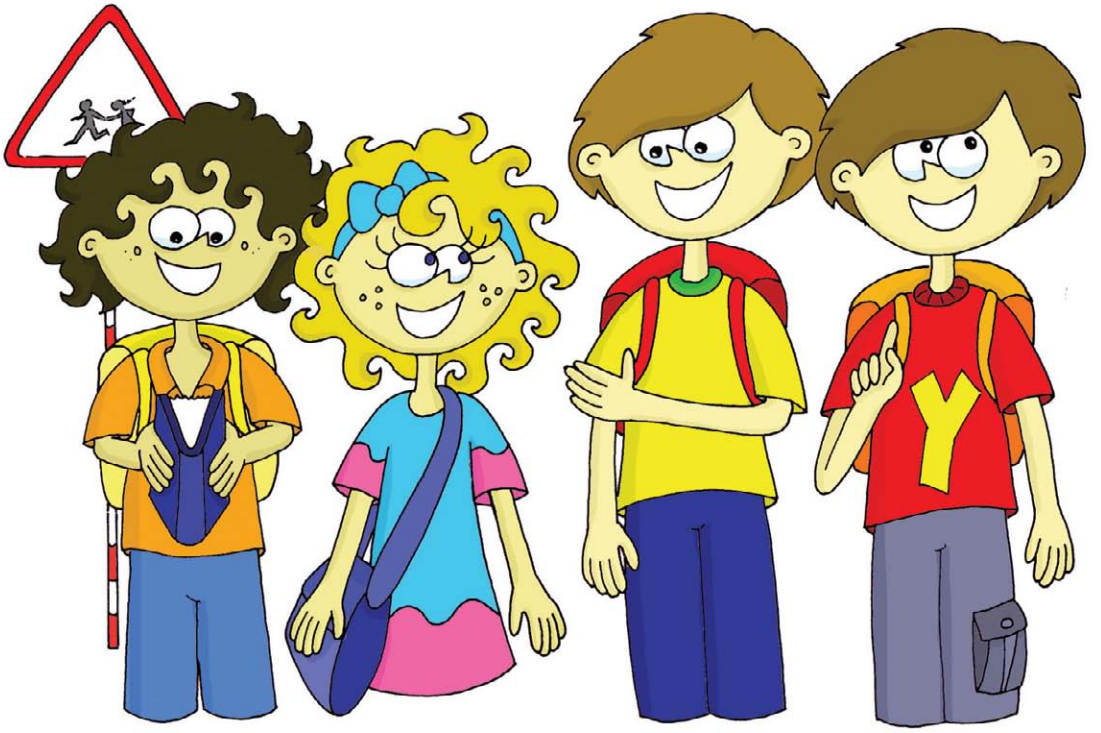
- Sim! a primeira ocorreu no primeiro ano de vida. Agora é a nossa última oportunidade, mas para que o nosso crescimento tenha êxito devemos ter em atenção o que comemos. A nossa escolha alimentar condiciona o crescimento e pode pôr em risco a nossa saúde.

- Estás a gozar?!

- Como já te apercebeste, estamos num período em que procuramos moldar os nossos gostos e ideias. Esta busca de autonomia e identidade é muito influenciada pelo nosso grupo de amigos e pela publicidade que gostamos mais.

- Publicidade!? Como assim?

- Cada vez que um novo produto é lançado no mercado, somos tentados a comprar pelo desejo de querer experimentar. Esta situação é explorada pelos circuitos comerciais, ou seja, o mercado aproveita-se da nossa fragilidade e oferece-nos novos produtos alimentares, pondo em causa o nosso estilo de vida saudável.


Y

- Então queres dizer que a publicidade vende uma imagem na qual determinados hábitos alimentares ficam associados a um estilo de vida?

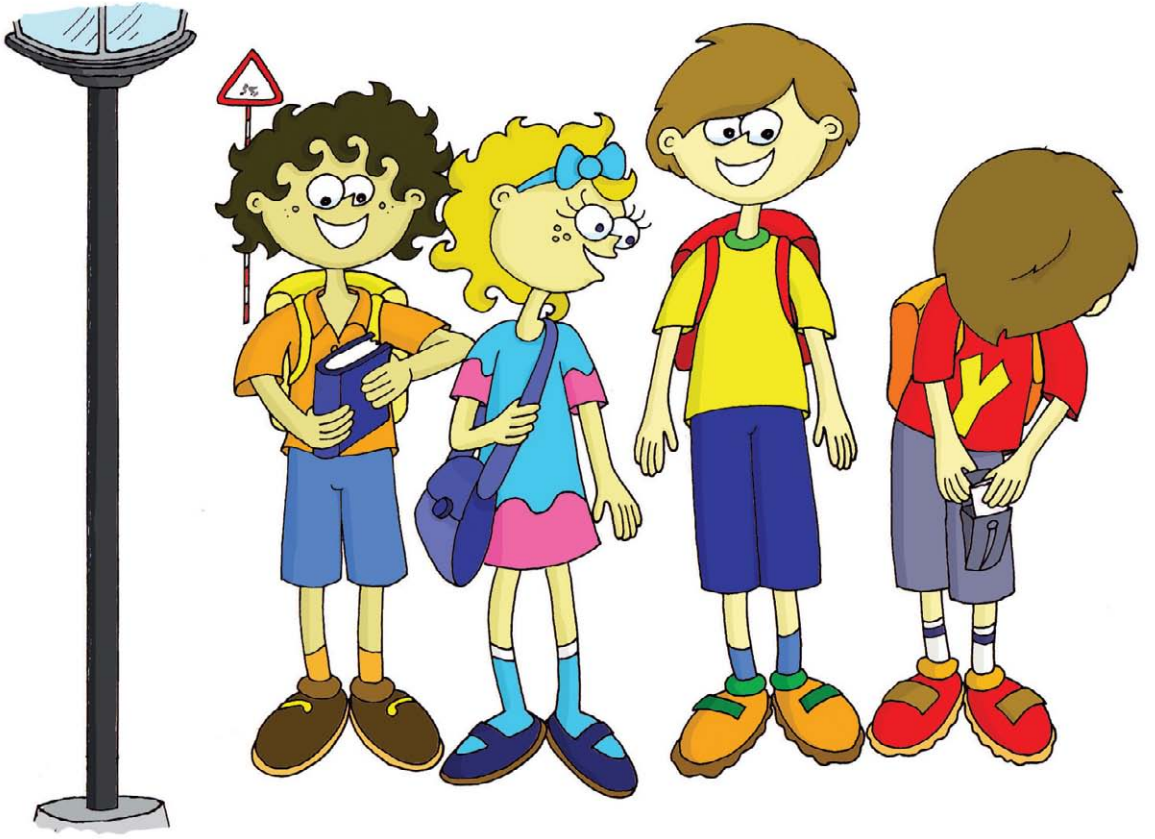
- É verdade, quando experimentamos algo novo, esperamos que os nossos colegas nos identifiquem com a publicidade, do género "se tomar este refrigerante tenho a certeza que me vão achar fixe".

- Mas qual é o problema dos alimentos publicitados?

- Infelizmente é habitual que os alimentos publicitados sejam ricos em gordura, açúcar e sal, os nossos três maiores inimigos. Devemos é prestar mais atenção à composição nutricional destes alimentos e utilizar os conhecimentos sobre alimentação saudável que fomos aprendendo na escola. Se tiveres dúvidas nada melhor que recorrer aos professores, técnicos de saúde ou aos teus pais.

- Os meus pais estão sempre a dizer que eu sou do contra e que dou mais importância aos amigos do que a eles.

- Aos olhos dos adultos o nosso comportamento é sentido como oposição, por isso é normal que surjam conflitos.

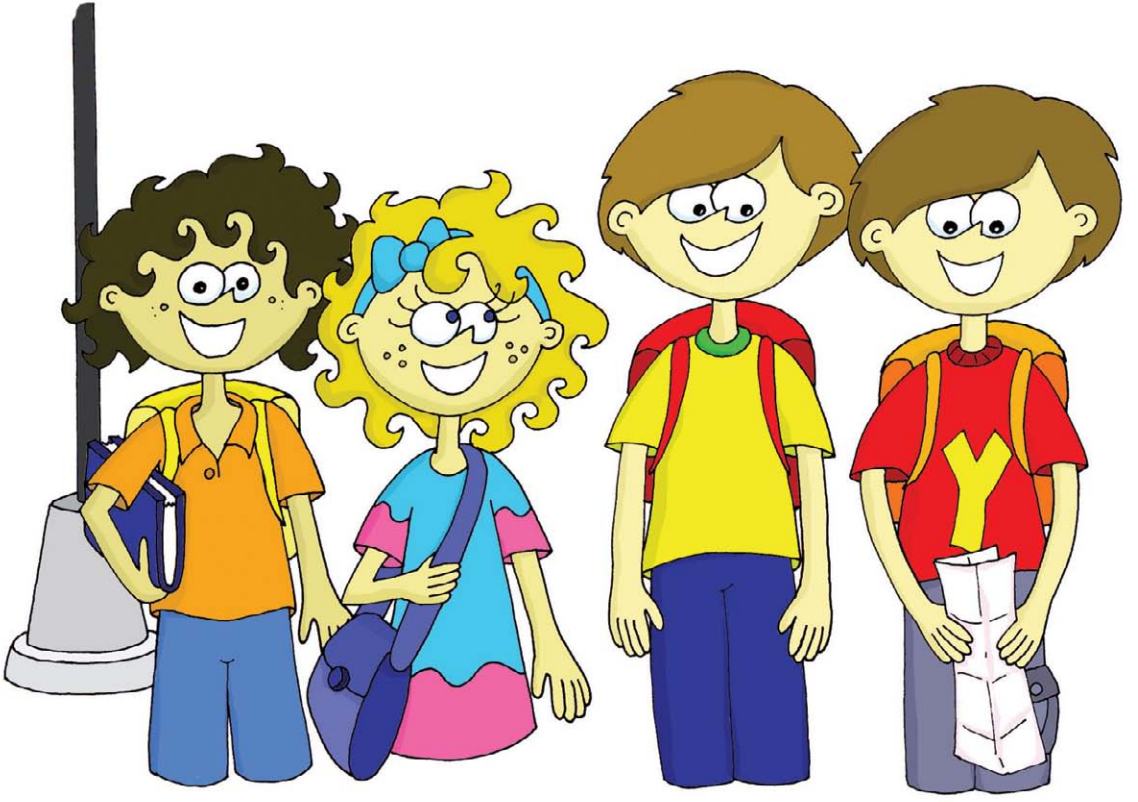


- E a alimentação onde é que entra aqui?

- Quando comemos, procuramos apenas matar a fome e não nos preocupamos se a escolha é saudável.

- Com esta conversa, estou a ficar "estressado". Hum! Já comia qualquer coisa!

- Pois é, às vezes, utilizamos os alimentos para retemperar as emoções ou aliviar as tensões. Quando estiveres ansioso não compenses com os teus alimentos preferidos, porque esses hábitos perduram ao longo dos anos... e há cada vez mais adolescentes com excesso de peso e obesidade.

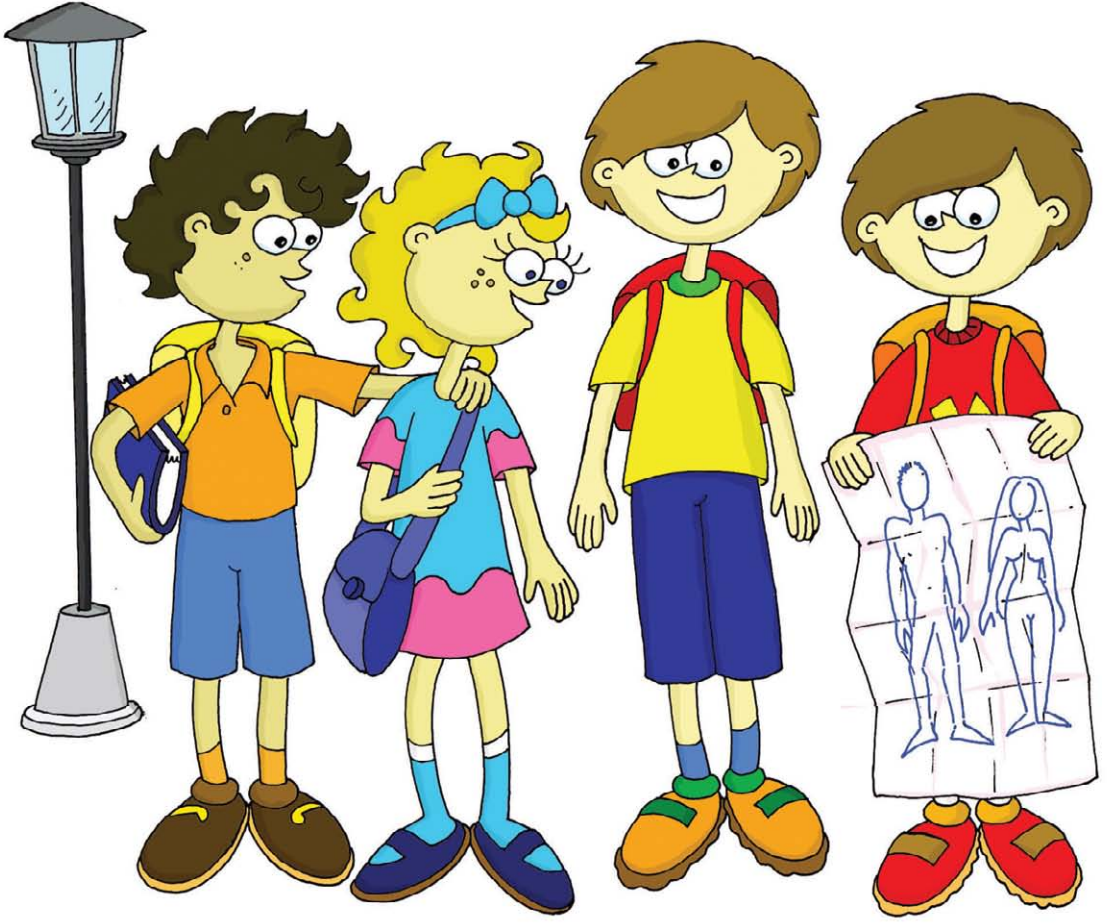


- Eh, pá! Tens razão! Tenho que começar a ter mais cuidado com a alimentação, pois estou a aumentar de peso.

- Não te esqueças do amadurecimento sexual! pois é nesta fase que o corpo começa a ganhar forma.

- Então é por isso que o corpo é diferente entre rapazes e raparigas?

- É verdade, das muitas transformações que acontecem, verificamos que nos rapazes é mais marcante o desenvolvimento da massa muscular, os ombros ficam mais largos, os braços atléticos e as ancas mais estreitas, enquanto que nas raparigas, aumenta a gordura no peito, coxas, nádegas e barriga. Na verdade, ambos ganham bastante peso e altura, mas é normal essa distribuição da gordura nas raparigas, pois estão a preparar-se para um dia serem mães.



- Então! Está explicado aqueles apetites vorazes.

- Sim, frequentemente temos ataques de "fome" e erradamente substituímos as verdadeiras refeições por "produtos de snack ou pastelaria". Esse comportamento pode desencadear carências nutricionais, nomeadamente de ferro, que podem deixar marcas para toda a vida...

- Será que quando me sinto cansado e o estudo não rende, estou com alguma carência nutricional?

- É possivel, com a aceleração do crescimento, verifica-se um aumento do volume de sangue no corpo, o que implica, maior necessidade de ferro e de outros nutrimentos essenciais, se não ingerimos nas quantidades necessárias podemos sofrer de carências. As principais fontes de ferro são as carnes e os peixes. Mas também encontras este mineral nos ovos, leguminosas secas e em alguns legumes.

- Por falar em crescer, já ouvi dizer que as proteínas são boas para isso!

- Sim, precisamos de mais proteína na nossa alimentação diária. As proteínas são os "tijolos" para o nosso corpo. Existem proteínas de origem animal, que diferem das vegetais pela sua composição. São exemplos de alimentos ricos em proteínas animais: o leite, o ovo, a carne e o peixe, e em proteínas vegetais as leguminosas, cereais e frutos oleaginosos.

- Pareces o professor de Biologia a falar... e já agora, o cálcio é para os ossos?

- Para os ossos e não só, a adolescência representa um período de grande desenvolvimento ósseo, pelo que é fundamental ingerir a quantidade adequada de cálcio para que tenhas ossos fortes e bons dentes. Se a quantidade de cálcio ingerida for insuficiente, os teus ossos crescem fragilizados, ficando finos e porosos. O leite é um alimento completo, que fornece quantidades generosas de cálcio. O queijo, o iogurte e o requeijão são bons substitutos do leite.

Aos 10 anos tens cerca de 390g de cálcio, com um desenvolvimento perfeito, aos 17 anos, terás 750g se fores rapariga e 1000g se fores rapaz.

- Eu gosto de leite mas não dispenso o sumo à refeição!

- Estás a falar de sumo ou de refrigerante? É que o sumo é constituído exclusivamente por fruta enquanto que os refrigerantes têm pouca ou nenhuma fruta, são uma mistura de água com açúcar, corantes, com ou sem gás. Em alguns refrigerantes o açúcar pode ser substituído por adoçante.

- Então o melhor é sumo natural pois não tem adição de açúcar.

- Exactamente! Como sabes o açúcar não é um alimento, é um ingrediente e o seu consumo deve ser limitado. O açúcar não tem vitaminas e minerais, apenas fornece calorias. A ingestão frequente facilita o aparecimento da cárie dentária e o aumento do peso...

Sabias que 1 litro de refrigerante contém cerca de catorze pacotes de açúcar, ou seja, em média 120g de açúcar!

- Nas festas como alternativa às bebidas alcoólicas, bebo sumo.

- E fazes muito bem. Na nossa idade o fígado não está preparado para metabolizar e eliminar o álcool. As bebidas alcoólicas afectam as capacidades intelectuais, causam danos no sistema nervoso e perturbam o crescimento e desenvolvimento. Algumas pessoas acreditavam que o álcool dá força, o que não é verdade. Na realidade, o álcool tem uma acção excitante que disfarça o cansaço, dando uma falsa sensação de força.

- Também há quem acredite que o álcool aquece!

- O que também é falso. O que se passa é que o álcool provoca uma sensação de calor à superfície da pele em resultado da perda de calor do corpo. Este efeito pode levar a uma baixa da temperatura do corpo (hipotermia) com graves riscos para a tua vida.

- Outra ideia errada é que o álcool facilita a digestão.

- Na prática, as bebidas provocam um esvaziamento mais rápido do estômago sem que os alimentos estejam completamente digeridos...

- Olha, já cheguei a casa! A conversa estava tão interessante que o percurso pareceu mais curto. Encontramo-nos logo à tarde no treino...

- Bom almoço! Até logo!

Y

IDEIAS PARA LANCHES

Sandes

Sandes Tuga

Pão de mistura
Fatia de Queijo
Alface
Tomate

Sandes deliciosa

Pão de centeio
Ovo cozido picado
Delícias do mar picadas
Alface
Iogurte natural

Misturar o ovo e as delícias com o iogurte, e barrar no pão.

Sandes da floresta

Pão de cereais
Queijo fresco
Doce de frutos silvestres

Sandes da capoeira

Pão integral
Frango cozinhado
Maçã crua raspada
Iogurte natural

Sandes Amendoim.com

Pão integral
Manteiga de amendoim
Fatias finas de maçã

Sandes Macaca

Pão de milho
Banana
Fatia de queijo

Sandes azeiteira

Pão de mistura
Fiambre
Azeitona
Alface

Sandes picatum

Bolo do caco
Atum
Salsa picada
Cebola picada

Sandes verde

Pão de água
Pêra abacate

Pão pizza

Fatia de pão de casa
Fatia de queijo
Tomate
Oregãos
Fio de azeite

Coloque sobre o pão o tomate, o azeite, o queijo e por ultimo os orégãos. Leva ao microondas a gratinar.

Sobremesas

Corn passas

Iogurte natural
Cereais tipo "Corn Flakes"
Passas
Canela em pó

Rei Tufado

Maçã assada
Iogurte natural
Arroz tufado

Maria com todos

Bolacha Maria
Iogurte natural
Fruta

Misturar tudo fazendo uma papa.

Batidos e sumos

Para fazer os batidos precisas de uma varinha mágica ou de um jarro (copo) liquidificador.
Mistura os ingredientes a teu gosto e experimenta variar as quantidades.

Batido tropicoco

Leite
Ananás
1 colher de côco ralado

Mangaláctea

Leite
Iogurte
Manga

Fura tripas

Leite
Ameixa seca
Banana

Limpa chaminés

Leite
Cacau
Banana

Batido de relva

Leite
Pêra abacate
1 colher de chá mel de abelhas

Sumo tricolor

Maçã
Beterraba
Cenoura

Sumo Pôr do sol

Cenoura
Maçã

Notas

Notas

HORÁRIO ESCOLAR

	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	sab

Esta edição conta com o apoio da Iniciativa Comunitária INTERREG III B (Açores-Madeira -Canárias), no âmbito do projecto "Gastronomia das Ilhas do Atlântico".

É um exemplo de complementaridade entre projectos que visam um objectivo comum: fomentar a educação para a saúde dos jovens.

É, também, um exemplo de parceria entre entidades públicas e privadas que envolveu as seguintes entidades:

HECANSA - Hoteles Escuela de Canárias, S. A

Associação de Turismo dos Açores

ADERAM - Agência de Desenvolvimento R. A. Madeira

Escola Profissional Atlântico - Madeira

Direcção Regional de Planeamento e Saúde Pública - Madeira

SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS
DIRECÇÃO REGIONAL DE PLANEAMENTO E SAÚDE PÚBLICA

Apêndice I

Diapositivos da sessão de EpS sobre "Benefícios da prática de AF"

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

Avanço tecnológico

Com o avanço tecnológico que propiciou o aparecimento de equipamentos que facilitam o trabalho, as tarefas diárias passaram a ser mais fáceis de executar, sem grandes gastos energéticos, evitando deslocamentos a pé e muito trabalho físico.

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

Revolução industrial

Antes da revolução industrial as pessoas eram mais ativas porque viviam constantemente em movimento, no trabalho na escola, em família e nas horas de lazer.

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

Vida mais confortável

Paralelo a esse conforto, as pessoas passaram a ficar mais tempo diariamente deitadas ou sentadas adotando um estilo de vida menos ativo e conseqüentemente menos saudável.

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

O que é a Atividade Física?

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

Atividade Física

Atividade Física é uma forma de comportamento humano complexo e multidimensional, que incluí todos os movimentos corporais desde os da rotina diária até atividades desportivas extremas como a corrida de maratona ou triatlo.

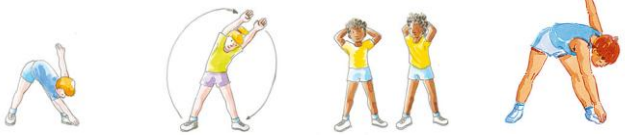
(Sallis e Owen, 1999)

Qualquer movimento produzido pela musculatura esquelética do qual resulte dispêndio energético.

(Caspersen et al.,1985)

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

A importância da ativação geral (aquecimento) na atividade física



O aquecimento físico é a primeira parte da atividade física e tem como objetivo preparar o organismo para o esforço, tanto física como psicologicamente. Permite prevenir lesões e criar alterações no organismo para suportar um treino, uma competição ou um lazer.

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

Pirâmide da Atividade Física

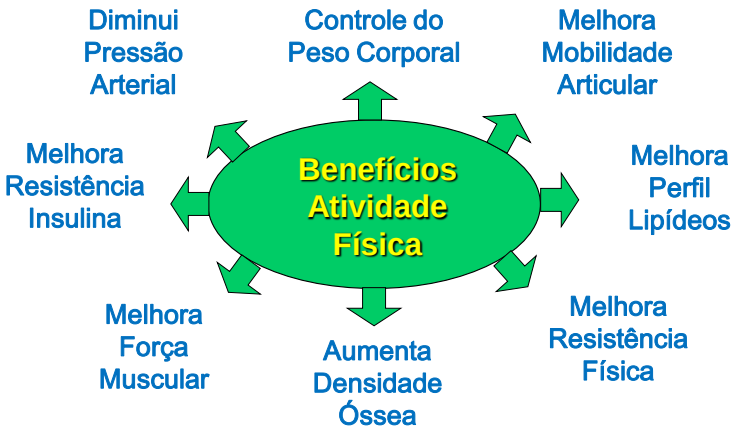
Tempo sentado a ver TV e no computador

Atividades de lazer Exercícios leves

Exercícios aeróbicos Dança e Desporto

Deslocamentos a pé Atividades diárias

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

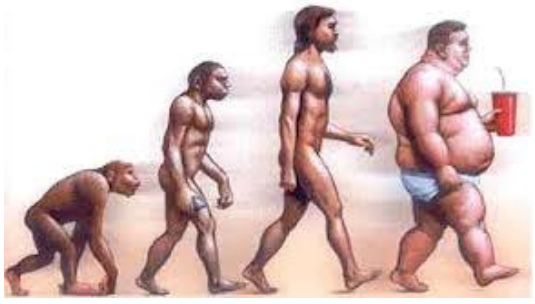


BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

Relevância inegável da Atividade Física:



BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

Relevância inegável da Atividade Física:

⇨ **Redução dos fatores de risco das doenças cardiovasculares;**

⇨**Prevenção de um conjunto alargado de doenças "ditas" da civilização atual: Obesidade, Hipertensão, Osteoporose, Cancros Depressão...**

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

- **TESTEMUNHO**

O que entende por um estilo de vida saudável?

CRISTIANO RONALDO
Jogador de futebol

"Fazer uma **alimentação equilibrada**, **exercício físico regular**, repousar e conviver é a chave para a manutenção de um estilo de vida saudável. Este é um dos melhores investimentos que se pode fazer para promover a saúde."

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

Obrigado pela atenção,

O Professor de Educação Física,

Nuno Delgado

Apêndice J

Divulgação das atividades

Dia Mundial da Alimentação 2015

16 de outubro

de 2015

A alimentação deve ser:

- ◊ **Completa**
- ◊ **Equilibrada**
- ◊ **Variada**

È importante que faças 5 a 6 refeições por dia

Aliada a uma alimentação saudável deve existir sempre uma prática regular de atividade física.

Uma alimentação saudável e prática de atividade física é um beneficio para toda a vida.

A atividade física deve ser regular e estar de acordo com a idade.

Preletores: :

Ana Lopes
Cláudia Melo
Nuno Delgado

Horário:

09.30h às 11:45h (6ºE, 6ºH, 6ºD,6ºF)

14.00h às 16:50h (6ºB, 6ºA, 6ºC, 6ºG)

AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE LOUSADA

LOUSADA centro eb

Comemoração do Dia Mundial da Alimentação

16 de Outubro de 2014

PALESTRA

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E ATIVIDADE FÍSICA
UM BENEFÍCIO PARA TODA A VIDA

AULA DE ZUMBA®

Destinatários:

Alunos do 6.º ano

Local: Cantina e Polivalente

Preletores : Ana Lopes
Cláudia Melo
Nuno Delgado

Horário:

09.30h às 11:45h (6ºE, 6ºH, 6ºD,6ºF)

14.00h às 16:50h (6ºB, 6ºA, 6ºC, 6ºG)