

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Iº Curso de Mestrado em Enfermagem na Area de Especialização em Emfermagem Comunitária

Promoção de Hábitos de Alimentação Saudável num Grupo de Adolescentes

Maria Isabel da Silva Cruz

**Dissertação ou trabalho de projecto ou relatório de estágio
orientado(a) por:**

Professora Claudia Bacatum

Enf. Fátima Vasco

2011



RESUMO

Os hábitos Alimentares inadequados dos adolescentes tornaram-se um foco de preocupação da Organização Mundial de Saúde e da Saúde Pública. Cada dia que passa, vão aumentando as taxas de morbilidade e mortalidade por doenças que advêm de má nutrição na adolescência, quer ao nível nacional ou mundial. O tema da intervenção é a **“Promoção de hábitos de alimentação saudável num grupo de adolescentes”**.

Esta intervenção teve como finalidade contribuir para a promoção de hábitos alimentares saudáveis nos adolescentes que frequentam uma IPSS, situada em Loures. A metodologia utilizada foi o Planeamento em Saúde para que a intervenção fosse efectuada com maior eficácia e abrangência.

O grupo alvo foram 21 adolescentes que frequentam a IPSS. No sentido da obtenção da modificação de comportamentos, através de processos cognitivos que levaram os adolescentes a sentirem-se ligados afectivamente e positivamente ao projecto e à sua execução, foi empregue o modelo de Promoção da Saúde da Nola Pender.

No final da intervenção verificou-se que 21% dos adolescentes do sexo masculino e 33,4% do sexo feminino passaram a consumir vegetais crus, no que diz respeito ao consumo diário de doces, bolos e pastelaria, 11,1% dos adolescentes masculinos e 33,4% das adolescentes femininas, modificaram o seu comportamento, evitando consumir estes alimentos diariamente. Em relação ao IMC e % de gordura corporal dos adolescentes masculinos, apurámos que 5,6% conseguiu aumentar os valores antropométricos do grupo do baixo peso e baixa % gordura corporal, para o grupo ideal, no que diz respeito a esta fase do ciclo de vida. Ou seja, houve alguns adolescentes que aumentaram a sua capacitação no sentido de efectuarem escolhas nutricionais mais adequadas, evitando o aparecimento de doenças graves na fase adulta. A Intervenção foi realizada no período de 27 Setembro 2010 a 11 de Fevereiro de 2011.

Palavras-chave: Adolescentes; Hábitos de Alimentares; Promoção da Saúde

SUMMARY

Inadequate eating habits of adolescents have been an increasingly concern to the whole scientific community, the World Health Organization and Public Health, because day by day, the rates of morbidity and mortality are higher and it all starts by poor nutrition during adolescence, nationally or worldwide.

Therefore, to intervene in this problem, I decided to focus my remarks on **"Promoting healthy eating habits in a group of teenagers"**.

This intervention aimed to promote healthy eating habits in adolescents attending an IPSS, located in Loures.

The methodology used was the Health Planning, so that the intervention would be done more effectively and comprehensively.

We used the Health Promotion model, in order to obtain behavior modification through cognitive processes that lead teenagers to feel emotionally and positively connected to the project and its implementation.

At the end of the intervention, we observed that 21% of the male adolescents and 31% of the female adolescents started to eat raw vegetables. 11,1% of the male adolescents and 33,4% of the female adolescents changed their behavior and started to avoid sweets and cakes.

About BMI and % of body fat, 5,6% of male adolescents rise up their anthropometric values from the low weigh group to normal at that age, in other words, they rise their ability to make wiser nutritional choices, avoiding adult diseases.

This intervention took place between September, 27th of 2010 and February, 11th of 2011.

KEY WORDS: Adolescents; Eating habits; Health Promotion

SIGLAS

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Portuguesa de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO	6
2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ADOLESCENTES	8
2.1- PROMOÇÃO DA SAÚDE	8
2.2- A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E A PROMOÇÃO DA SAUDE.....	9
2.3- ADOLESCENTES GRUPO VULNERÁVEL: FOCO DE INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	10
2.4- COMPORTAMENTOS DE SAÚDE NA ADOLESCENCIA.....	11
2.5- ADOLESCENTES E A PROMOÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES SAUDAVEIS.....	15
3 – INTERVENÇÃO	18
3.1 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	19
3.1.1 – Análise/ Discussão de dados.....	20
3.1.2 – Problemas Identificados	27
3.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	28
3.3 – OBJECTIVOS.....	32
3.4 – SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS	34
3.5 – EXECUÇÃO	37
3.6 – AVALIAÇÃO	39
3.7 – LIMITAÇÕES	42
4 - CONCLUSÃO	43
5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
Anexos	47
Anexo I (Questionário utilizado na colheita de dados)	
Anexo II (Consentimento informado)	
Anexo III (Uma ementa semanal realizada com os adolescentes)	

Anexo IV (Folheto Informativo realizado em conjunto com os adolescentes sobre alimentação saudável)

Anexo V (Fotografias de jogos utilizados durante a intervenção aos adolescentes)

Anexo VI (Fotografias das etapas da realização de duas curta-metragens sobre alimentação saudável idealizadas e realizadas pelos adolescentes sobre alimentação saudável)

Anexo VII (Quadro com resumo da intervenção)

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 1- Resultados Obtidos na Avaliação Antropométrica (IMC).....	21
Gráfico 2- Resultados Obtidos na Avaliação Antropométrica (% gordura Corporal) ..	21
Gráfico 3 – Resultados obtidos sobre quais as bebidas que a população do sexo feminino mais frequentemente consome	22
Gráfico 4 - resultados obtidos sobre quais as bebidas que a população do sexo masculino mais frequentemente consome	23
Gráfico 5 – Resultado obtidos sobre a frequência com que consomem certos alimentos na população feminina.....	24
Gráfico 6 - Resultados obtidos sobre a frequência com que consomem certos alimentos na população masculina.....	25
Gráfico 7 e 8 – Resultados obtidos sobre a frequência com que a população feminina toma o pequeno-almoço.....	26
Gráfico 9 e 10 – Resultados obtidos sobre a frequência com que a População masculina toma o pequeno-almoço.....	26

1 - INTRODUÇÃO

Na trajectória do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária, foi realizado um estágio de intervenção comunitária, com o tema a “Promoção de hábitos alimentares saudáveis em adolescentes.

Os estudos desenvolvidos pela OMS defendem que a saúde dos adolescentes deve ser considerada num contexto mais alargado tendo em conta o seu bem-estar físico, emocional e social.

Verifica-se que os adolescentes têm vindo a adoptar hábitos de alimentação inadequados ao seu desenvolvimento e que no futuro poderão ser responsáveis pelo aparecimento de múltiplas doenças graves, de morbilidade ou mortalidade, na fase adulta.

A OMS diz que estamos perante um problema grave de Saúde Publica ao nível mundial.

Estudar os comportamentos de saúde dos adolescentes e os factores que os influenciam é essencial para o desenvolvimento de políticas de educação, promoção da saúde, na realização de programas e intervenções dirigidas a este grupo.

Esta intervenção teve como finalidade, contribuir para escolhas alimentares saudáveis pelos adolescentes que frequentam uma IPSS.

O objectivo Geral é promover hábitos alimentares saudáveis nos adolescentes que pertencem à IPSS.

Como objectivos específicos: caracterizar os hábitos alimentares dos adolescentes, identificar os factores que contribuem para os maus hábitos alimentares, identificar os conhecimentos deste grupo sobre alimentação saudável e dar a conhecer a relação existente entre a alimentação e a saúde.

O grupo alvo do estudo é um grupo de vinte e um Adolescentes, com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos de idade, que pertencem e frequentam uma IPSS, em Loures.

A metodologia de trabalho utilizada foi o Planeamento em Saúde, pois esta metodologia permite ao autor obter um melhor desenvolvimento do projecto e uma organização mais eficaz, dando ênfase a todos os aspectos importantes que têm que ser abordados, para obter melhores resultados, modificações de comportamento e consequentemente ganhos em saúde, em relação à população alvo.

A colheita de dados foi a avaliação antropométrica do Índice de Massa corporal e da % de gordura corporal destes adolescentes. Foi aplicado um questionário validado, do estudo Health Behaviour in School- aged Children (HBSC) e com o patrocínio da OMS, tendo sido utilizado em estudos com adolescentes portugueses, pela Faculdade de Motricidade humana em 1998, reavaliado novamente em 2002 e oito anos depois em 2006.

O modelo de intervenção utilizado foi o Modelo da Promoção da Saúde da Nola Pender. Este modelo permitiu a implementação e avaliação das acções, para a obtenção da modificação de comportamentos nos adolescentes, capacitando-os na obtenção de hábitos alimentares mais saudáveis.

O estágio foi desenvolvido de 27 de Setembro 2010 a 11 de Fevereiro de 2011, na extensão de uma IPSS, dirigida a adolescentes.

2- PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ADOLESCENTES

2.1 - Promoção da Saúde

A Promoção da Saúde está intimamente associada a um conjunto de valores, tais como a qualidade da saúde, solidariedade, democracia, cidadania, equidade, desenvolvimento, participação e parceria.

Promoção da Saúde “É o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para actuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objectivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do sector da saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direcção de um bem-estar global.” (Carta de OTTAWA, 1986)

A defesa da saúde, a capacitação e mediação são, segundo o que descreve a carta de Ottawa, as três estratégias fundamentais da Promoção da Saúde.

Para além das estratégias, encontram-se também descritos cinco campos centrais de acção, que consistem na elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, para além do reforço da acção comunitária, desenvolvimento das habilidades pessoais e por fim a reorientação de todo o sistema de saúde.

Na Declaração de Alma-Ata (1978), os cuidados de saúde primários, no âmbito da promoção da saúde, “ (...) são os cuidados essenciais em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e auto-medicação.”

A Promoção da Saúde é utilizada nos cuidados de Saúde primários, através dos profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros comunitários que a utilizam como instrumento diário nas suas práticas.

2.2- A Enfermagem Comunitária e a Promoção da Saúde

É através da Promoção da Saúde que o enfermeiro especialista da área de Saúde comunitária intervém na comunidade, onde centra toda a sua praxis clínica, no sentido da modificação de comportamentos, para a obtenção de ganhos em saúde em relação à população alvo.

Este adopta um papel primordial, de evidência assumindo perante a comunidade um compromisso e responsabilidade na procura e resolução das necessidades reais no âmbito da saúde, em relação às populações, através da educação para a saúde, do planeamento em saúde, na prevenção da doença, respectiva recuperação, manutenção da saúde e através da gestão de recursos, coordenação e avaliação das intervenções.

“Interferir nos processos de saúde/doença do cidadão, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social” (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

A Ordem dos Enfermeiros definiu seis categorias que colaboram na identificação do papel do enfermeiro junto das comunidades, ao nível multiprofissional e do público. Uma das categorias é a Promoção da Saúde, onde se encontram elementos essenciais para que o enfermeiro especialista de Enfermagem comunitária consiga alcançar o máximo potencial de saúde, através do diagnóstico de situação da população e dos respectivos recursos existentes na comunidade, na criação e aproveitamento de oportunidades que permitam a promoção de estilos de vida saudáveis. Promovendo um potencial de saúde dos grupos e comunidades, dinamizado e otimizando as actividades, para que seja a própria comunidade a participar e a desenvolver processos de vida, levando-os ao crescimento e desenvolvimento dentro do seu seio. Para isso fornecem informação no sentido da obtenção de aprendizagem cognitiva, capacitando-os de modo a conseguirem resolver os seus problemas e necessidades. Sempre com processos e dinâmicas que facilitem e promovam uma adaptação positiva e afectiva das comunidades no que diz respeito à mudança de comportamentos, principalmente

em grupos vulneráveis, como por exemplo os adolescentes, cujos comportamentos menos saudáveis poderão futuramente trazer para a sua saúde consequências graves.

É um dos grandes desafios para qualquer enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e que trabalhe directamente nos cuidados de saúde primários, intervir neste grupo vulnerável, através da promoção da saúde, prevenindo a doença e promovendo a saúde dos adolescentes, no futuro, ou seja na fase adulta.

2.3- Adolescentes Grupo Vulnerável: Foco de Intervenção da Enfermagem Comunitária

A adolescência é uma palavra que vem do latim “*adolescere*” que significa crescer.

Para a OMS é o período compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade.

Em Portugal existem 1.108907 adolescentes, onde 565693 são do sexo masculino e 543214 do sexo feminino, o que demonstra que existe um elevado número de adolescentes no nosso país. (www.ine.pt)

Definida habitualmente como sendo uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, a adolescência é compreendida como um período extremamente relevante dentro do processo de crescimento e desenvolvimento humano, onde as transformações físicas e biológicas da puberdade são associadas às transformações psico-sociais e culturais, que irá resultar no desenvolvimento do adolescente e posteriormente no adulto.

Todas estas transformações e alterações são influenciadas não só pela hereditariedade, mas também por factores ambientais, nutricionais e psicológicos. Ou seja, o adolescente para além das mudanças físicas adquire nesta fase mudanças sociais que são importantes para o seu desenvolvimento psíquico e social.

Durante a adolescência a identidade do adolescente é organizada por processos de identificações, que inicialmente começa através dos pais, passando pelos professores e ídolos, mas numa fase posterior essa identificação passa a dar-se em relação aos colegas, ao grupo com quem convivem diariamente e partilham experiências. Por sua vez esses grupos procuram um lugar de evidência, na sociedade, tentando adoptar

comportamentos para que sejam “aceites”, na sua óptica, pela mesma sociedade que se regem.

Actualmente essa “sociedade”, determina na maioria dos casos os comportamentos dos adolescentes, quer promovendo uma má alimentação (fast-food, sumos, doces), como por sua vez também promovem uma imagem corporal como sendo a ideal. Essa imagem consiste na obtenção de um corpo esbelto, esguio, emagrecido e musculoso. Para obter este padrão de corpo ideal, os adolescentes passam horas sem comer, chegando mesmo a não efectuarem algumas refeições principais (principalmente o pequeno almoço) e o que comem é em pequena quantidade e de má qualidade, como se encontra descrito anteriormente.

Os adolescentes, tendencialmente vivem o momento, não dando relevância ao futuro e às consequências, que uma alimentação inadequada pode ter no seu desenvolvimento. Tal como nos diz Loureiro (1999) “ *A alimentação tem reconhecida importância no crescimento e desenvolvimento do ser humano* “.

Esta deve ser suficiente e adequada para assegurar o crescimento e o desenvolvimento, durante as fases deste ciclo de vida, em que a velocidade de crescimento é maior e contribuir para uma vida saudável a curto e longo prazo.

“Na infância e na adolescência, faixas etárias mais sensíveis a carências ou à desadequação alimentar, a alimentação saudável assume um papel preponderante no seu desenvolvimento para além de prevenir o surgimento de diversas patologias de foro alimentar.” (Programa DGS, 2006)

2.4 – Comportamentos de Saúde na Adolescência

As atitudes, comportamentos, os ambientes que rodeiam e os estilos de vida da sociedade, são importantes e determinantes para a saúde dos adolescentes. Principalmente na adolescência onde se verifica um aumento da capacidade cognitiva e adaptação em relação à sua personalidade, começando a adquirir a sua independência e responsabilidade face ao meio que os rodeia.

Os factores de risco durante a adolescência são, “(...) os estados sociais, económicos ou biológicos, comportamentos ou envolvimento que estão associados ou são a causa de uma maior susceptibilidade a uma doença específica, “doença-saude” ou o prejuízo.” (WHO,1998)

Os adolescentes maioritariamente dão preferência aos fast-food, à comida hipercalórica e com elevado teor de gorduras saturadas, bebidas e refrigerantes com grandes quantidades de açúcar, o consumo de doces e bolos de pastelaria diariamente.

Em 1998 foi realizado um estudo e posteriormente reavaliado e rectificado (de 4 em anos) em 2002 e em 2006, através da Rede Europeia HBSC (Health Behaviour in school-ages Children) / OMS. Em Portugal foi realizado pela Faculdade de Motricidade Humana, através da Equipa do projecto Aventura Social & Saúde, tendo como título “A Saúde dos Adolescentes de Lisboa”.

Os resultados que obtiveram com este estudo foram pertinentes, principalmente em relação ao padrão Alimentar dos Adolescentes (resultados referentes ao estudo de 2006).

Concluíram que entre os 11- 15 anos cerca de 1/3 dos Adolescentes portugueses consomem diariamente grandes quantidades de bebidas açucaradas e que entre 20 a 28% consome doces todos os dias. Os rapazes e o grupo com 15 anos são os que consomem mais colas e outros refrigerantes e são os mais novos (grupo dos 11 anos) que referem consumir menos frequentemente este tipo de bebidas. Os rapazes e os mais velhos consomem mais frequentemente hambúrgueres, cachorros quentes e salsichas. As raparigas e os jovens, do grupo de 15 anos consomem mais doces e chocolates e são os mais novos (grupo dos 11 anos), que referem consumir menos frequentemente doces e chocolates.

O significativo consumo de gorduras saturadas e de alimentos hipercalóricos, tem contribuído para o aumento da prevalência de obesos, quer em Portugal ou no mundo. A obesidade tornou-se um grave problema de saúde pública, não só pelos efeitos negativos em termos de qualidade de vida, mas também porque se encontra na origem ou agravamento de muitas doenças, principalmente nas doenças do foro cardíaco.

Os dados estatísticos do INE revelaram que a dieta portuguesa em 2008 apresentava já valores que excediam em muito o valor que é considerado pela OMS como o ideal, ou seja, 10% da percentagem máxima de calorias obtidas através das gorduras saturadas, sem que haja risco para a saúde. No entanto a dieta portuguesa já apresentava 16%, um valor acima do recomendado.

“Isto torna-se particularmente importante quando o aumento de consumo de gorduras saturadas está directamente relacionado com o aumento do risco de doenças cardiovasculares, tendo inclusivamente sido esta a principal causa de morte em Portugal em 2008, cerca de 32% de acordo com as Estatísticas da Saúde. “ (INE, 2009)

A taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho circulatório por 100.000 habitantes, por local de residência, em 2009, no nosso país foi de 1362,1%.

Comer comida intitulada de “*plástico*” e com pouco valor nutricional faz com que os adolescentes sofram de carência de vários minerais essenciais ao normal desenvolvimento do nosso organismo.

Alimentos como os vegetais, frutos, leguminosas, representam uma parte fundamental da alimentação saudável que deve ser praticada diariamente. Estes alimentos são fornecedores insubstituíveis de minerais (potássio, zinco, cálcio, magnésio, ferro, entre outros), vitaminas e compostos protectores gástricos (flavenóides) e de diferentes tipos de fibras alimentares.

Embora o estudo HBSC/ OMS de 2006, demonstre que a percentagem de adolescentes que come fruta em Portugal, se encontre em segundo lugar do estudo Europeu, verifica-se que aos 15 anos existe uma quebra significativa nos consumos de vegetais e frutas e que apenas 18 a 36%, dos adolescentes comem fruta. São também as adolescentes femininas o grupo que mais consome fruta.

Em Portugal, foi realizado pela Faculdade de Medicina e Universidade do Porto, um estudo com o objectivo de avaliar a prevalência de ingestão inadequada e seus determinantes em adolescentes do Porto. A investigação foi efectuada no Ano lectivo 2003/2004 nas escolas públicas e privadas da cidade do Porto.

Este estudo revelou dados fundamentais no que diz respeito aos hábitos alimentares dos adolescentes aferindo a existência de carências significativas de vários nutrientes, neste grupo. Verificaram que os nutrientes com maior prevalência de inadequação

foram a vitamina E (58%), o folato (20%) e o Magnésio (13%). Em relação aos restantes nutrientes os adolescentes apresentaram uma baixa prevalência de inadequação. Concluíram também, que quanto menor a escolaridade dos pais dos adolescentes, maior é o factor que se associa a uma maior probabilidade de ingestão inadequada, principalmente de vitamina E e folato. Os vegetais são apontados como as principais fontes de vitaminas e folatos na dieta humana. A carência de vitaminas e principalmente de folato tem sido relacionada com o aparecimento de uma série de patologias graves, tais como, a anemia ferropénica, doenças cardíacas, tumores malignos e malformações graves (Lima, 2003).

Concomitantemente, o facto de os adolescentes consumirem frutas e legumes em pequena quantidade, tal como foi descrito no estudo da HBSC/OMS 2006, pode levar ao aparecimento de doenças do foro gástrico, na fase adulta. Em Portugal, tem vindo a aumentar as taxas de morbilidade e mortalidade por este tipo de doenças. Em 2009, taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos do aparelho digestivo e peritoneu por 100.000 habitantes, por local de residência, era de 342,4%.

Também, o facto de os adolescentes não efectuarem algumas refeições principais, nomeadamente o pequeno-almoço e ficarem muitas horas sem comer, faz com que haja uma elevada preocupação das organizações de saúde, dado que este tipo de comportamento pode levar ao aparecimento de múltiplas doenças, principalmente as doenças metabólicas, que podem provocar astenia, dificuldade de concentração e aprendizagem e até mesmo dificuldade na realização das tarefas diárias.

Segundo o estudo HBSC/OMS 2006 durante a semana e fim-de-semana, são normalmente os rapazes que mais referem fazer as refeições todos os dias e são os mais novos que mais frequentemente fazem todas as refeições. Todos os outros referiram não efectuar por vezes algumas refeições, nomeada mente o pequeno-almoço.

No entanto, o estudo realizado pela Universidade do Porto 2003/2004, revelou a importância do consumo do pequeno-almoço diariamente, traduzindo-se numa maior probabilidade de ingestão inadequada de folato e vitamina C, se esta refeição não for efectuada.

Toda esta carência de nutrientes, acompanhado de um elevado consumo de gorduras e alimentos hipercalóricos, pode levar a um aumento de doenças metabólicas,

nomeadamente de Diabetes Mellitus. *“A diabetes tipo 2 aparece cada vez mais nos adolescentes devido à obesidade, maus hábitos alimentares e sedentarismo.”* (www.apdp.pt, 2011)

Actualmente, verifica-se um aumento significativo do consumo de sal, por parte dos adolescentes. Segundo a Sociedade Portuguesa de Hipertensão, as crianças e os adolescentes consomem quatro vezes mais sal diariamente (cerca de 12g/dia) do que a dose indicada pela OMS (3g/dia). Esta atitude pode vir no futuro, retirar-lhes 10 anos da esperança média de vida actual. *“A hipertensão afecta 12% das crianças e jovens portuguesas que têm 5 e 18 anos de idade.”* (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2010).

A Sociedade Portuguesa de Hipertensão refere que em 2009 cerca de 42% da população Portuguesa é hipertensa, mas apenas 11% é que controla e toma medicação para a hipertensão. A hipertensão é um dos maiores factores de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares na fase adulta, provocando um elevado aumento das taxas de morbilidade e mortalidade como se encontra descrito anteriormente.

Assim sendo, é urgente analisar e avaliar os hábitos alimentares dos adolescentes e intervir promovendo a modificação dos comportamentos inadequados deste grupo populacional, para que desenvolvam hábitos alimentares saudáveis que sustentem o seu crescimento, prevenindo a doença e promovendo a saúde.

2.5 – Adolescentes e a Promoção de Hábitos Alimentares Saudáveis

“Ao mudar os hábitos alimentares de «prejudiciais» para «saudáveis», não só se estimula o consumo de alimentos saudáveis e benéficos para a saúde como também se contribui para a compreensão de que uma boa alimentação está associada ao bem-estar da pessoa, à sua imagem corporal.” (Loureiro, 1999).

A promoção da Saúde numa forma abrangente ajuda e contribui em muito para a mudança de estilos, comportamentos e aquisição de hábitos de alimentação saudáveis.

Em 2004, foi efectuado um projecto de intervenção em crianças e adolescentes obesos, organizado pelo Serviço de Endocrinologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Hospital de S. João no Porto e desenvolvido entre Maio de 2003 e Agosto de 2004, nas escolas do Conselho de Oeiras, com o objectivo de promover estilos de vida saudável: Hábitos Alimentares e Exercício físico.

No final da intervenção obtiveram uma redução acentuada em relação ao consumo de doces que ocorreu em quase 90% do grupo alvo e 50% reduziu o consumo de refrigerantes. Também verificaram um aumento significativo de indivíduos que passou a consumir sopa, 70%.

Os resultados obtidos demonstram como a Promoção da Saúde é imprescindível na modificação de comportamentos, promovendo a saúde e prevenindo a doença.

Para isso, é necessário que o enfermeiro comunitário opte pela utilização do Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender. Este modelo de Promoção da Saúde integra uma perspectiva holística em relação ao cuidar em enfermagem e é muito utilizado como modelo de análise, para melhor se entender e explicar a necessidade de alteração.

A sua aplicação na realização desta intervenção é de grande pertinência e utilidade, visto que, defende a importância de processos cognitivos em relação à mudança de comportamentos, salientando as crenças de auto eficácia e dá ênfase ao facto do comportamento depender das atitudes de cada adolescente e das normas sociais pelo qual cada um deles se rege.

Com a utilização deste modelo na intervenção pretendeu-se a capacitação e o empowerment dos 21 adolescentes que foram estudados e “trabalhados”, podendo ser utilizado não só em adolescentes, mas também ao longo de todo o ciclo vital.

Do modelo de promoção da saúde, de Nola Pender (2002) emergem princípios com relevância para o exercício do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Comunitária, no que se refere à Promoção da Saúde. Dá importância ao comportamento anterior de cada adolescente e as características, herdadas ou adquiridas, que influenciam as crenças dos Adolescentes e o seu envolvimento no comportamento de saúde ou na modificação de comportamentos em relação à alimentação. Afirmar que os Adolescentes comprometem-se mais facilmente com comportamentos dos quais prevêem benefícios e que as barreiras ou obstáculos

percebidos dificultam todo o processo que conduz ao comportamento desejado, para além de que a auto-eficácia percebida aumenta a probabilidade de compromisso, com um plano de acção e com a adopção do comportamento;

A Nola Pender diz-nos que quanto maior a auto-eficácia, menos barreiras são percebidas e maior é a probabilidade de ser adoptado o comportamento desejado, para além de que emoções positivas associadas a determinado comportamento, aumentam a auto-eficácia, aumentando deste modo ainda mais a apresentação positiva, a probabilidade de compromisso com um comportamento de promoção da saúde e da implementação do mesmo.

Com a aplicação deste modelo, os grupos ou comunidades comprometem-se e adoptam comportamentos de promoção da saúde. Mais facilmente se observa esse comportamento nas pessoas que lhe são significativas e se estas o esperam de si e lhe prestam a ajuda e apoio necessários.

Também a família, o grupo de pares, os prestadores de cuidados de saúde e o contexto podem influenciar positiva ou negativamente a adopção de comportamentos de promoção de saúde, ou de adesão aos hábitos de alimentação saudável.

Quanto maior o compromisso da pessoa com determinado comportamento maior a probabilidade de o manter ao longo do tempo;

No entanto, quando as exigências de competição, sobre os quais os adolescentes têm pouco controlo, exigem atenção imediata, é menos provável que o compromisso com um plano de intervenção resulte no comportamento desejado, o mesmo se passando quando outras acções são mais aliciantes e deste modo preferidas em relação à adopção do comportamento desejado, para isso os adolescentes podem alterar, o conhecimento, a apresentação e o contexto (ambiente físico e interpessoal) para criar maiores incentivos à adopção de comportamentos de promoção da saúde “.

Deste modo é imprescindível a aplicação do modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender para intervir, promovendo assim hábitos de alimentação saudáveis em adolescentes. E é, prevenindo e promovendo hábitos saudáveis na alimentação deste grupo que poderemos colaborar, no sentido de evitar o aparecimento de doenças no futuro, reduzindo deste modo as taxas de morbilidade e mortalidade.

3 – INTERVENÇÃO

A intervenção comunitária para ser eficaz necessita de uma metodologia de planeamento.

Assim sendo, Imperatori et. Al (1986), descreve Planeamento em saúde “*como a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-economicos.*”

A metodologia do Planeamento em Saúde, contribui para uma melhor compreensão, desenvolvimento e melhoria considerável da saúde de toda a população, através de uma “*coordenação planeada e eficiente dos serviços de saúde nacionais e das actividades afins de outros sectores (...)*” Alma-Ata (1978).

Este tipo de planeamento promove e procura mudanças no comportamento dos grupos e comunidades, através da monitorização dos hábitos de saúde e da forma como a população utiliza todo o sistema de saúde que tem ao seu dispor.

Imperatori, et. al (1986) refere-se ao planeamento em saúde como um processo de mudança social induzida, que permite “*(...) a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos*”.

3.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O Diagnostico da Situação é a etapa primordial do Planeamento em saúde onde são recolhidos e analisados os dados de uma população, mediante as modificações e resultados existentes. No final desta fase, surgirão os principais problemas de saúde existentes, entendidos acima de tudo como situações de doença e desse modo serão medidos e identificados em termo de morbilidade ou mortalidade.

Segundo Tavares (1990, p: 51) *“Fazer um diagnóstico de situação exige, à partida, o conhecimento do significado de dois conceitos importantes: o problema e o de necessidade.”*

Não efectuar uma alimentação correcta durante a adolescência leva ao aparecimento de factores de risco, podendo levar ao aparecimento de doenças oportunistas na fase adulta.

O grupo alvo consiste num grupo de vinte e um Adolescentes, com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos de idade, que pertencem e frequentam a Área jovem de uma IPSS, em Loures.

Este grupo alvo foi escolhido propositadamente, porque dos 120 adolescentes que frequentam a IPSS, só 21 é que frequentam diariamente a instituição, todos os outros só vão à IPSS quando lhes é possível ou da sua conveniência.

O local onde foi desenvolvido o estágio foi na Área Jovem e 3ª Infância de uma IPSS, situada em Loures, cuja missão consiste na humanização, desenvolvimento e acompanhamento pessoal e social dos adolescentes, promovendo a diminuição do abandono e insucesso escolar e lançando-os na formação e/ou emprego.

A colheita de dados utilizada para a recolha da informação, foram a avaliação Antropométrica através do cálculo do Índice de Massa Corporal ($IMC = \text{Peso} / \text{altura}^2$) e do cálculo da % da Gordura corporal dos adolescentes. Para obter um cálculo mais preciso e fidedigno, foi utilizada sempre a mesma balança e a mesma fita métrica. Foi também utilizado um questionário (Anexo I) já validado e utilizado nos Adolescentes Portugueses, no Estudo “ *A Saúde dos Adolescentes de Lisboa*”, realizado pela Faculdade de Motricidade Humana em 2002 e 2006, em colaboração com um estudo

Europeu intitulado de Health Behaviour in School Children com a colaboração da OMS. Sendo o HBSC um estudo de investigação e monitorização, tem também como objectivo informar e ter impacto nas políticas de promoção e educação para a saúde, e nos programas e intervenções dirigidas para os adolescentes, a nível nacional e internacional.

A pesquisa do HBSC resulta na construção de um grupo coerente de indicadores que, no seu conjunto, permitam uma representação válida da saúde e dos estilos de vida dos adolescentes.

Durante a realização do estágio de intervenção comunitária, foi tido em consideração o dever profissional de sigilo (artigo 85.º- Do Dever de Sigilo - Código deontológico do Enfermeiro, 2004-2007, p.115), mantendo sempre o anonimato dos adolescentes em relação a todo o trabalho quer ao nível da prática clínica ou em relação ao trabalho escrito.

Embora alguns adolescentes tivessem idade superior a 14 anos e o facto do Artigo 38º do Código Penal Português descrever que “*O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 14 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta.*”; foi decidido em reunião com a equipa pedagógica da Associação da Área jovem, que deveriam ser distribuídos Consentimentos informados à instituição, a todos os adolescentes que participaram no projecto e que fossem devidamente assinados pelos respectivos encarregados de educação, no sentido da uniformização em relação à informação fornecida a todos os intervenientes da intervenção. (artigo 84.º Do Dever de Informação, Ordem dos Enfermeiros, 2004-2007, p.109). (Anexo II)

3.1.1 – Apresentação, Análise e Discussão de dados

O método utilizado para o tratamento de dados foi o programa informático Microsoft office Excel (2007).

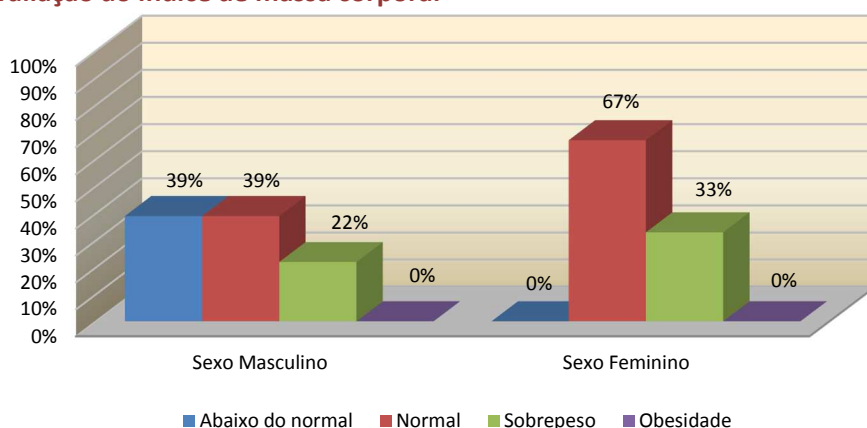
Caracterização da Amostra

A população é predominantemente do sexo Masculino cerca de 86% e apenas 14% pertence ao sexo feminino.

Em relação à distribuição por idades, os dados obtidos demonstram que cerca de 67% da população feminina tem 11 anos de idade e 33% tem 13, o mesmo não se verifica na população masculina é possível constatar que cerca de 12% dos adolescentes masculinos tem 10 Anos idade, 12% tem 12 anos de idade, o grupo com maior amostragem é os adolescentes com 13 anos de idade abrangendo cerca de 29%, com 14 anos verifica-se 17%, com 15 anos e 16 anos tem 6% cada faixa etária. Amplitude da População Alvo é dos 10 Anos aos 18 Anos.

Caracterização da amostra na Avaliação Antropométrica (IMC e % de Gordura Corporal)

Avaliação do índice de massa corporal

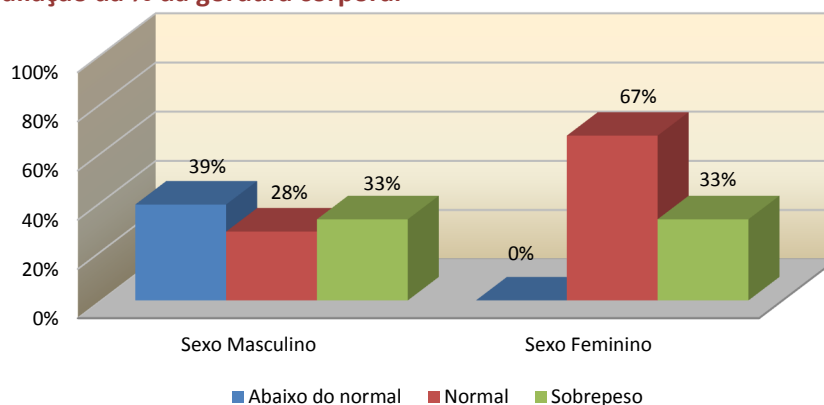


Valores médios do IMC no Sexo Masculino (abaixo peso <20,7, peso normal 20,7-26,4, sobrepeso 26,4-31,1 e obesidade >31,1)

Valores médios do IMC no Sexo Feminino (abaixo peso <19,1, peso normal 19,1-25,8, sobrepeso 25,8-32,3 e obesidade >32,3)

Gráfico 1 - Resultados Obtidos na Avaliação Antropométrica (IMC)

Avaliação da % da gordura corporal



Valores médios % gordura corporal no Sexo Masculino (abaixo normal 6% a 14%, normal 14% a 25%, sobrepeso 25% a 31%)

Gráfico 2 - Resultados Obtidos na Avaliação Antropométrica (% de Gordura Corporal)

Através do Gráfico 1 e 2 verificamos que cerca de 39% da população masculina apresenta IMC e % de Gordura corporal Abaixo do peso normal para a idade. Em relação à percentagem masculina com sobre peso, os resultados revelaram existência de 22% na Avaliação do IMC, já na % de gordura corporal existe um ligeiro aumento para 30%.

Na população feminina apenas se verifica a existência de 33% de sobrepeso quer seja na avaliação do IMC ou da % de gordura corporal.

Caracterização da amostra após aplicação do Questionário sobre Hábitos de Alimentação dos Adolescentes

Sexo Feminino

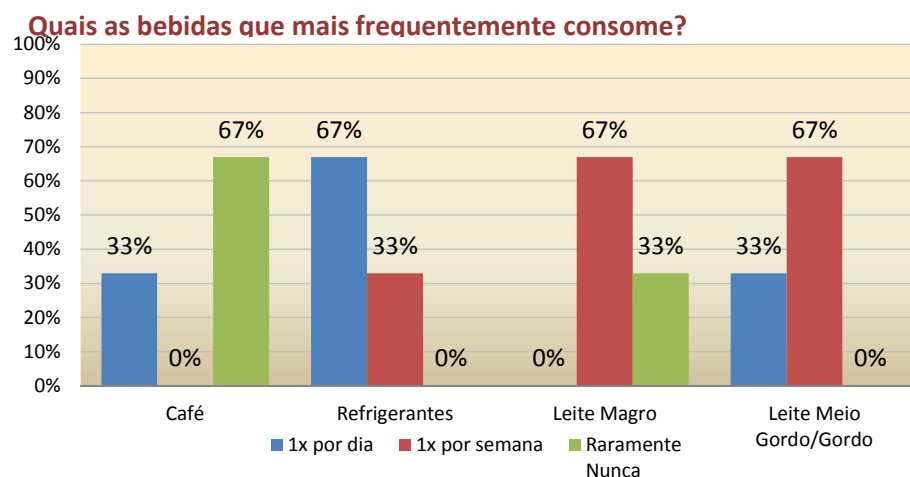


Gráfico 3 – Resultados obtidos sobre quais as bebidas que a população do sexo feminino mais frequentemente consome.

Neste gráfico verifica-se que diariamente cerca de 67% da população feminina consome refrigerantes, 33% café e 33% leite meio gordo/gordo. Em relação ao consumo de leite magro ele verifica-se apenas uma vez por semana em cerca de 67% da população.

Sexo Masculino

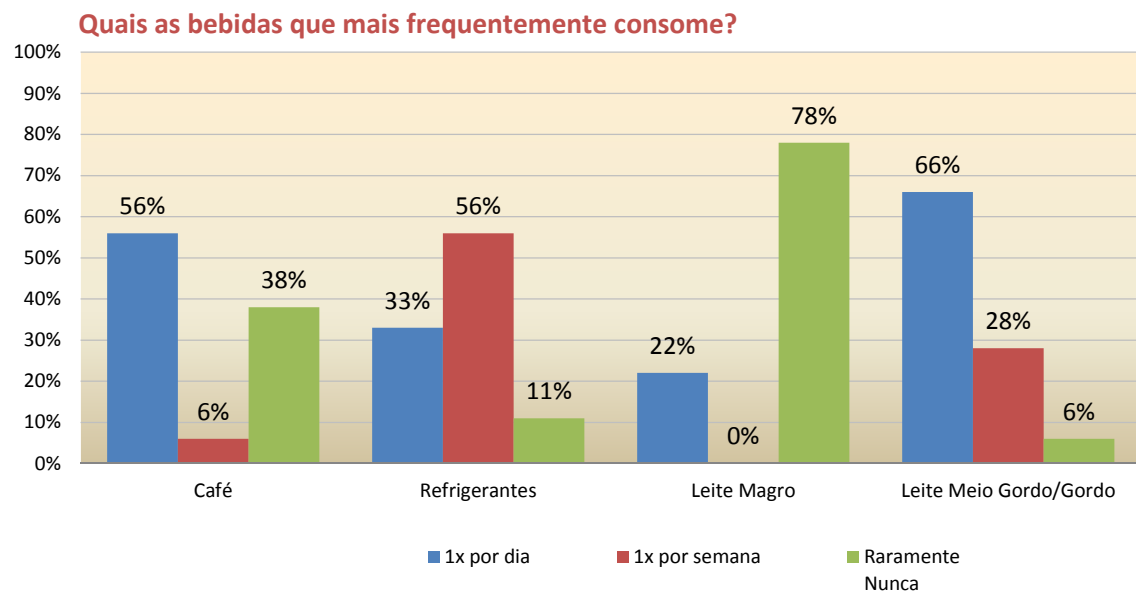


Gráfico 4 - resultados obtidos sobre quais as bebidas que a população do sexo masculino mais frequentemente consome

Através da análise deste gráfico verifica-se que diariamente 56% consome café e 33% ingere refrigerantes. Em relação ao consumo de leite cerca de 67% prefere leite meio gordo/gordo uma vez dia e cerca de 22% leite magro.

Caracterização da amostra sobre a frequência com que consomem certos alimentos

Sexo Feminino

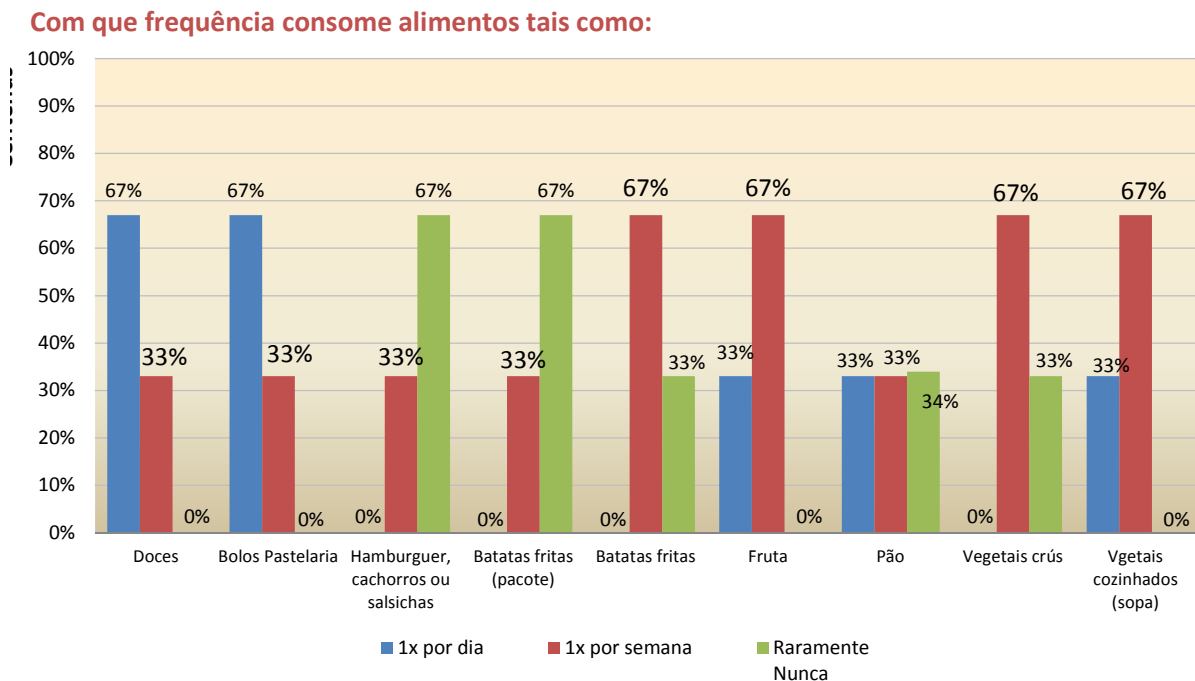


Gráfico 5 – Resultado obtidos sobre a frequência com que consomem certos alimentos na população feminina.

Neste gráfico verifica-se que 67% da população feminina tem como hábito comer doces e bolos/produtos de pastelaria diariamente. Conclui-se ainda que apenas 33% das adolescentes consomem fruta, pão e vegetais cozinhados uma vez por dia, não se verificando o consumo regular de vegetais crus.

Sexo Masculino

Com que frequência consome alimentos tais como:

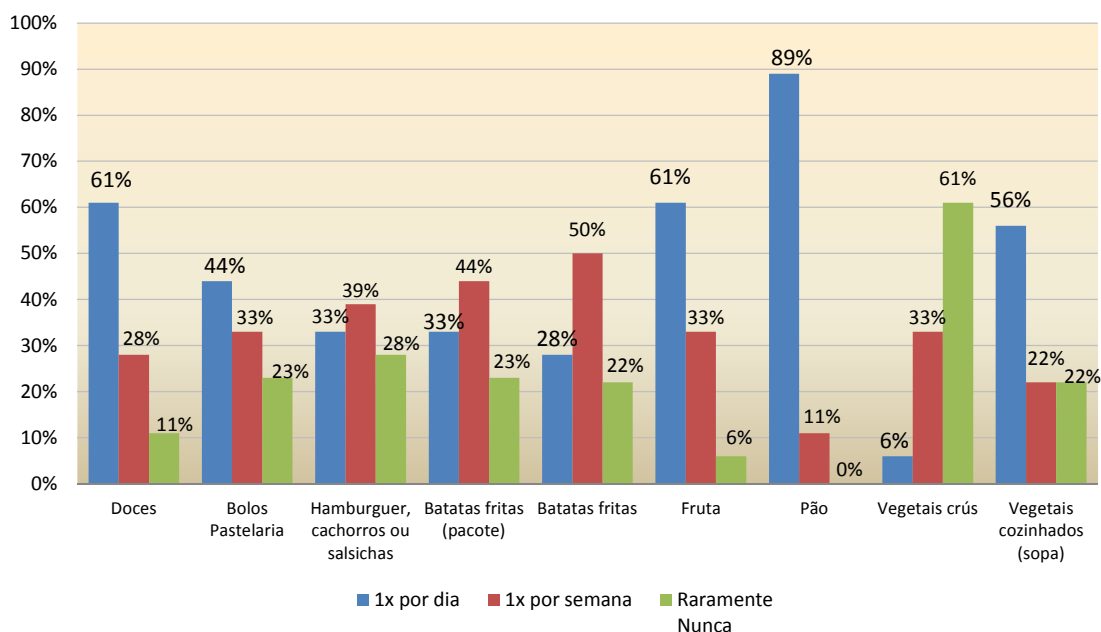
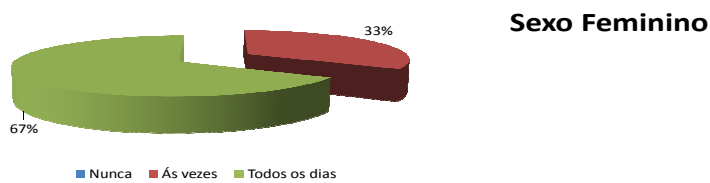


Gráfico 6 - Resultados obtidos sobre a frequência com que consomem certos alimentos na população masculina

Com este gráfico concluímos que 61% da população masculina consome diariamente doces e 44% consome bolos/ produtos de pastelaria. Em relação ao consumo diário de hambúrguer, cachorros quentes ou salsichas e batatas fritas de pacote cerca de 33% revelaram consumir estes diariamente. 28%, dos inquiridos consome batatas fritas caseiras, 61% come fruta e 88.9% pão diariamente. Verificamos ainda que a população masculina consome mais vegetais cozinhados (sopa) onde encontramos 55.6%, em detrimento dos vegetais crus que apresenta uma percentagem de 6%.

Caracterização da População Alvo em relação à frequência com que tomam o Pequeno-almoço durante a semana e ao Fim de Semana

Toma o pequeno almoço durante a semana?



Toma o pequeno almoço durante o fim de semana?

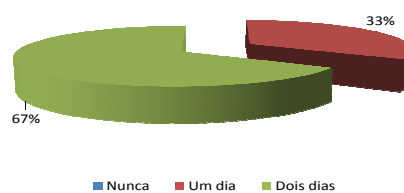
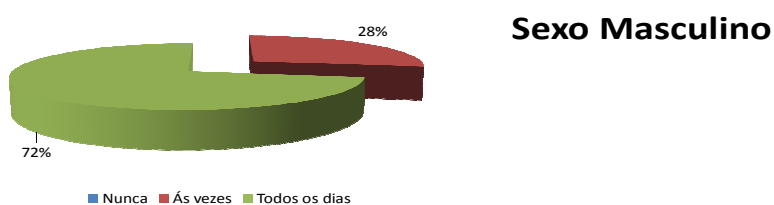


Gráfico 7 e 8 – Resultados obtidos sobre a frequência com que a população feminina toma o pequeno-almoço

Verificamos que 67% refere tomar todos os dias o pequeno-almoço incluindo os dois dias do fim-de-semana, existindo a mesma frequência em relação ao pequeno-almoço durante a semana e ao fim de semana.

Toma o pequeno almoço durante a semana?



Toma o pequeno almoço durante o fim de semana?

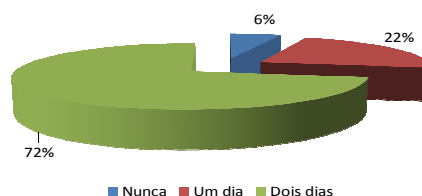


Gráfico 9 e 10 – Resultados obtidos sobre a frequência com que a população masculina toma o pequeno-almoço

Com a análise destes gráficos apuramos que 72% dos adolescentes toma o pequeno-almoço todos os dias, incluindo ao fim-de-semana e 28% refere tomar o pequeno-almoço apenas às vezes durante a semana. Ao fim de semana 22% dos adolescentes apenas toma o pequeno-almoço num dos dias e 6% refere nunca tomar.

3.1.2 – Problemas Identificados

Após a análise e avaliação dos dados recolhidos foi efectuado um levantamento das necessidades e dos problemas identificados, que foram:

-  **Baixo IMC e % de Gordura Corporal dos Adolescentes Masculinos**
-  **Baixo Consumo de vegetais crus quer diariamente ou semanalmente nos Adolescentes de ambos os sexos**
-  **Elevado consumo diário de Doces, bolos e Pastelaria pelos adolescentes de ambos os sexos.**

3.2 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Consiste num “(..) processo de tomada de decisão, visando o planeamento a pertinência dos planos, a utilização eficiente dos recursos e a optimização dos resultados a atingir pela implementação de um projecto, torna-se necessário seleccionar prioridades, procurando saber que problema(s) se deve(m) seleccionar em primeiro lugar.” (Tavares, 1990, p: 83)

Para melhor determinar a priorização de problemas foi utilizada a técnica da Grelha e Análise. Esta técnica permite a determinação de problemas através de 4 critérios sequenciais: 1- A importância do problema, 2 - Relação entre o problema e o(s) factor(es) de risco, 3- A capacidade técnica em resolver o problema e por fim 4- A exequibilidade da intervenção ou do projecto.

Consiste na atribuição de uma classificação de (+) ou (-), seguindo os critérios de forma ordenada. Após o calculo, os problemas são sequencialmente tratados e avaliados, o problema com maior valor de positividade é considerado como problema primordial e será o primeiro a sofrer intervenção e assim sucessivamente até chegar ao

Problema, com menos valores positivos ao nível dos 4 critérios

Esta técnica é muito útil quando o autor está perante um projecto com poucos problemas identificados no diagnóstico de situação. E foi o que aconteceu neste projecto, onde foram identificados 3 problemas e necessidades.

Mas tal como todas as técnicas tem vantagens e desvantagens. Segundo Tavares (1990,p:90) “Uma desvantagem que esta técnica apresenta é o facto de o primeiro critério ser muito discriminativo e, portanto, no caso de se atribuir uma classificação diferente neste critério, entre dois problemas, não permite que a abordagem subsequente, através dos outros, altere a recomendação, condicionada logo à partida.” (...)”Apresenta como vantagem o seu carácter bastante objectivo” (TAVARES, 1990, p:90)

“Determinar prioridades não significa ignorar os outros problemas identificados no Diagnóstico de Situação, muito menos que nunca haverá um projecto para a segunda ou terceira prioridade. Esta é uma questão de disponibilidade de recursos -

humanos, físicos e/ou financeiros.” (TAVARES, 1990, p:101)

GRELHA DE ANÁLISE

CRITÉRIOS	<u>PROBLEMA A</u> Baixo IMC e % de Gordura Corporal dos Adolescentes Masculinos	<u>PROBLEMA B</u> Baixo Consumo de vegetais crus quer diariamente ou semanalmente nos Adolescentes de ambos sexos	<u>PROBLEMA C</u> Elevado consumo de Doces, Bolos e Pastelaria diariamente pelos adolescentes de ambos os sexos	PROBLEMA SELECIONADO
IMPORTÂNCIA DO PROBLEMA	-	+	+/-	B
RELAÇÃO PROBLEMA FACTOR DE RISCO	+	+	+	A, B, C
CAPACIDADE TÉCNICA RESOLUÇÃO PROBLEMAS	+	+	+	A, B, C
EXEQUIBILIDADE DO PROJECTO	+	+	+	A, B, C

PROBLEMA N.º 1 - Baixo Consumo de vegetais crus quer diariamente ou semanalmente nos Adolescentes de ambos os sexos

Importância do Problema:

- A Magnitude deste problema é de 95%, porque apenas 5% dos Adolescentes do sexo masculino é que consomem vegetais crus diariamente.

Relação Problema / Factor de Risco:

- Este problema tem factor de risco elevado dado que cada vez mais ao nível mundial e nacional, têm vindo a aumentar as doenças do foro gástrico, levando à elevada morbilidade e mortalidade da população.

Capacidade Técnica de resolução de problemas e Exequibilidade do projecto:

- É um problema que com a intervenção do enfermeiro é possível de ser efectuada.

PROBLEMA Nº 2: Elevado consumo de Doces, bolos e Pastelaria diariamente pelos adolescentes de ambos os sexos

Importância do Problema:

- A magnitude do problema é de 61,9%.
- Os Adolescentes de facto consomem diariamente um elevado número de alimentos com alto teor de açúcar, mas apenas cerca de 30% dos Adolescentes de ambos os sexos é que sofre de sobre peso.

Relação Problema / Factor de Risco:

- Este problema pode no futuro promover o aparecimento de doenças metabólicas graves (Diabetes Mellitus), obesidade mórbida, doenças cardiovasculares, doenças do foro estomatológico grave, entre outras.

Capacidade Técnica de resolução de problemas e Exequibilidade do projecto:

- É um problema que através da promoção da saúde e com intervenção do enfermeiro é possível de ser efectuada.

PROBLEMA N.º 3 - Baixo IMC e % de Gordura Corporal dos Adolescentes Masculinos:

Importância do Problema:

- A magnitude do problema é de 33.3%.
- O facto de 39% dos Adolescentes masculinos apresentarem baixo IMC e % de gordura Corporal, pode traduzir-se em baixo desenvolvimento que pode levar ao aparecimento de doenças metabólicas por défice de minerais, anemia, apatia,

dificuldade de concentração e raciocínio, dificuldade na realização de actividades e tarefas diárias.

Relação Problema / Factor de Risco:

- Este problema pode, no futuro, promover o aparecimento de doenças metabólicas graves; doenças osteoarticulares incapacitantes e problemas de concentração e raciocínio.

Capacidade Técnica de resolução de problemas:

- É um problema que com promoção da saúde pode ser resolvida.

Exequibilidade do projecto:

- É um problema que com a intervenção do enfermeiro é possível de ser efectuada.

3.3 – OBJECTIVOS

Após a realização do diagnóstico de situação e da definição de prioridades, surge a necessidade de proceder à fixação de objectivos que deverão ser atingidos num determinado período de tempo. Sem uma correcta e bem quantificada fixação dos objectos, não se conseguirá proceder a uma adequada avaliação dos resultados obtidos o que poderá lesar a execução do plano em causa.

Tal como nos diz Imperatori et. al (1986) *“Entende-se aqui por objectivo o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em principio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou o impacto”. (...)”resultado desejável.”*

Assim sendo a fixação dos objectivos mediante os problemas identificados, foram:

PROBLEMA N.º1: Baixo Consumo de vegetais crus quer diariamente ou semanalmente nos adolescentes de ambos os sexos

OBJECTIVO:

- ✚ Capacitar em 95% dos adolescentes, para a necessidade de consumirem diariamente vegetais crus.

PROBLEMA N.º2: Elevado consumo de Doces, bolos e Pastelaria diariamente pelos adolescentes de ambos os sexos

OBJECTIVOS:

- ✚ Promover a redução em 60% do consumo de doces, bolos e pastelaria nos adolescentes de ambos os sexos.

- ✚ Capacitar 60% dos adolescentes a adoptarem hábitos alimentares mais saudáveis

PROBLEMA N.º3: Baixo IMC e % de Gordura Corporal dos Adolescentes Masculinos

OBJECTIVOS:

- ✚ Capacitar em 39% dos adolescentes masculinos na obtenção de uma dieta mais equilibrada.
- ✚ Promover o aumento do IMC e da % de Gordura corporal em 39% dos adolescentes masculinos

3.4 – SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Considerada como a etapa mais fundamental de todo o processo de planeamento em saúde, pretende-se nesta fase conceber a forma e o processo mais adequado de modo a reduzir os problemas prioritários de saúde encontrados no diagnóstico de saúde.

Para esta intervenção, foram estabelecidas as seguintes estratégias:

PROBLEMA N.º1: Baixo Consumo de vegetais crus quer diariamente ou semanalmente nos adolescentes de ambos os sexos

OBJECTIVO:

- ✚ Capacitar 95% dos adolescentes, para a necessidade de consumirem diariamente vegetais crus.

ESTRATÉGIAS:

- ✚ Organizar eventos de mobilização de toda a comunidade educativa em torno da alimentação saudável e da necessidade do consumo de vegetais crus
- ✚ Criar momentos de divulgação e partilha de experiencias e de trabalhos realizados sobre esta temática.

PROBLEMA N.º2: Elevado consumo de Doces, bolos e Pastelaria diariamente pelos adolescentes de ambos os sexos

OBJECTIVOS:

- ✚ Promover a redução em 60% do consumo de doces, bolos e pastelaria nos adolescentes de ambos os sexos.
- ✚ Capacitar 60% dos adolescentes a adoptarem hábitos alimentares mais saudáveis

ESTRATEGIAS:

- ✚ Incentivar a participação activa e envolver toda a comunidade educativa da área jovem na intervenção
- ✚ Potenciar a utilização de metodologias activas e participativas que promovam a interacção e assim a melhoria da compreensão sobre alimentação e a saúde
- ✚ Reforçar parcerias existentes de modo a serem um elemento facilitador na implementação e dinamização do projecto (nutricionista da Câmara Municipal de Loures)
- ✚ Promover acções de educação para a saúde, que melhorem a compreensão dos adolescentes sobre a necessidade de adoptarem hábitos alimentares mais saudáveis

PROBLEMA N.º3: Baixo IMC e % de Gordura Corporal dos Adolescentes Masculinos

OBJECTIVOS:

- ✚ Capacitar cerca de 39% dos adolescentes masculinos na obtenção de uma dieta mais equilibrada.

- ✚ Promover o aumento do IMC e da % de Gordura corporal em 39% dos adolescentes masculinos

ESTRATÉGIAS:

- ✚ Investir na capacitação dos adolescentes da Associação de forma a serem capazes de terem comportamentos saudáveis no que diz respeito à alimentação
- ✚ Promover acções de educação para a saúde, de acordo com a temática
- ✚ Criar condições para a participação dos adolescentes, de modo a sentirem-se ligados afectivamente e positivamente ao projecto e à sua execução.

Para se efectuarem estas estratégias e antes de iniciar a elaboração da intervenção é necessário calcular os custos das intervenções e avaliar a adequação dos recursos que serão utilizados.

Segundo Tavares (1990), em relação aos recursos humanos diz-nos que o planeamento do pessoal existente passa acima de tudo pela identificação das pessoas, analisando as aptidões de cada um, para deste modo aumentar a eficiência, promovendo assim um aumento da produtividade dos recursos existentes.

Durante este planeamento os recursos humanos utilizados foram os próprios adolescentes, os quatro colaboradores da área Jovem e a nutricionista da Câmara Municipal de Loures.

Em relação aos recursos materiais, foram utilizados vários alimentos, tais como frutas, iogurtes e alguns vegetais. Foi utilizada uma resma de papel, um tinteiro, 15 cartolinas, 2 frascos de tinta, 2 tubos de cola e cinco tubos de plástico autocolante, jogos tradicionais, roda dos alimentos, materiais para avaliação das medidas antropométricas. Em relação a estes recursos deverão ser sempre efectuados cálculos no sentido de avaliar a relação custo-efectividade.

3.5 – EXECUÇÃO

Nesta etapa do Planeamento em Saúde verifica-se a operacionalização da intervenção.

As actividades que são efectuadas devem satisfazer os objectivos previamente estabelecidos, durante a etapa da fixação de objectivos, para se obter ganhos em saúde e toda a execução ser produtiva, promovendo a modificação de comportamentos no grupo ou comunidade que se pretende intervir.

“A experiência de quem aprende torna-se o ponto de partida e o ponto de chegada dos processos de aprendizagem, estruturados, segundo Malglaive (1990), por um ciclo recursivo entre uma via simbólica e uma via material de aprendizagem.” (CANÁRIO, 1999, p. 109).

A frase pretende comunicar a transposição do prático para o teórico e deste para o prático de novo, no sentido da aprendizagem.

Após a análise e avaliação dos recursos existentes, foram desenvolvidas as seguintes actividades:

- ✚ Sessões de educação para a saúde semanais sobre alimentação saudável, com a duração de meia hora, cada sessão.
- ✚ Elaboração de Lanches Saudáveis, com a colaboração dos adolescentes, semanalmente.
- ✚ Realizada a semana da alimentação saudável (7/2 a 11/2/2011)
- ✚ Realização, com a colaboração dos adolescentes uma ementa semanal que foi entregue aos responsáveis da área Hoteleira da IPSS. (Anexo III)
- ✚ Realização e distribuição de um folheto relacionado com hábitos de alimentação saudável nos adolescentes. (Anexo IV)

- ✚ Actividades lúdicas com os adolescentes na Área Jovem (Jogos sobre a alimentação, no dia 19/01 e 20/01/2011). (Anexo V)
- ✚ Realização de duas curtas-metragens, de cinema da animação sobre alimentação saudável. A actividade foi praticamente toda desenvolvida pelos adolescentes da IPSS, à excepção da montagem técnica dos filmes em computador. Os filmes irão ser expostos para as crianças que frequentam a área pré-escolar da IPSS. (Anexo VI)

O motivo pelo qual foram escolhidas estas actividades para serem desenvolvidas a este grupo de adolescentes, está relacionada com o facto de haver necessidade em promover a Capacitação dos adolescentes, através da técnica da Interação/Ação utilizando metodologias activas e participativas que permitam a aprendizagem e assim a melhoria da compreensão sobre a relação alimentação e a saúde.

Esta técnica foi estudada por Piaget. Ele achava que era através das interações que o conhecimento humano se direccionava simultaneamente para os dois pólos, havendo deste modo um duplo processo de interiorização e exteriorização, na direcção de uma compreensão do sujeito que promove a acção e do objecto, respectivamente.

Também VYGOTSKY (1984) nos fala da actividade como uma mediatização da relação entre o conhecimento e o homem. Afirma que o homem não reage mecanicamente aos estímulos do meio, mas sim através da interação e da acção, onde este estabelece então um contacto com o meio que o rodeia, com os fenómenos e com os objectos, actuando sobre eles transformando-os. Mas ao transformá-los aprende e transforma-se a si mesmo, também.

Assim sendo, toda a participação e envolvimento dos adolescentes na realização as actividades, foi fundamental, porque permitiu-lhes uma maior aprendizagem e também uma maior ligação afectiva e positiva ao projecto e à sua execução, promovendo a modificação de comportamentos em relação à sua alimentação.

3.6 – AVALIAÇÃO

Para a OMS a avaliação é um modo sistemático como se utiliza a experiência no sentido da melhoria das actividades em curso, para desse modo obter um planeamento mais eficaz.

“A avaliação deve ser precisa e pertinente.” (...) “A sua função primeira é determinar o grau de sucesso na consecução de um objectivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas.” (Tavares, 1990, p. 205).

Para obtenção de uma boa avaliação é necessário estabelecer os indicadores da avaliação, que irão quantificar o grau de adesão e eficácia da intervenção.

Em relação aos indicadores estabelecidos para as actividades desenvolvidas foram:

- ✚ O número de participantes nas sessões de educação para a saúde
- ✚ O número de actividades desenvolvidas durante a intervenção
- ✚ O número de participantes nas actividades lúdicas realizadas com os adolescentes na área jovem
- ✚ Redistribuição e reavaliação dos questionários anteriores para a avaliação da modificação de comportamentos em relação aos hábitos de alimentação
- ✚ Se houve resposta da Nutricionista da Câmara Municipal de Loures

Em todas as intervenções e actividades desenvolvidas ao longo da intervenção, houve na sua maioria, uma adesão e participação elevada dos adolescentes de cerca de 99% a 100%, sempre motivados, com intervenção activa, dando sugestões, efectuando perguntas pertinentes e muito positivas face à temática exposta.

Também foi possível efectuar a redistribuição e reavaliação do questionário que tinha sido entregue para efectuar o diagnóstico da avaliação.

Os questionários foram preenchidos pela totalidade da população alvo, ou seja, os 21 adolescentes da área jovem.

No entanto, um dos indicadores de avaliação das actividades que não possível concretizar, foi o facto de não ter sido possível obter o apoio da Nutricionista da Câmara Municipal de Loures, no que diz respeito à elaboração das ementas semanais. Mas este facto não impediu que fosse concretizado, com a colaboração dos adolescentes e tendo em conta os escassos recursos da IPSS, ementas saudáveis.

Assim sendo, os resultados obtidos foram:

PROBLEMA N.º 1 : Baixo Consumo de vegetais crus quer diariamente ou semanalmente nos adolescentes de ambos os sexos

Antes da realização das Intervenções:

✚ 5,3 % adolescentes masculinos comiam vegetais crus;

✚ 0% adolescentes femininas comiam vegetais crus;

Após a realização das Intervenções:

✚ 26.3 % adolescentes masculino comem vegetais crus;

✚ 33.4 % adolescentes femininas comem vegetais crus;

PROBLEMA N.º 2 : Elevado consumo de Doces, bolos e Pastelaria diariamente pelos adolescentes de ambos os sexos

Antes da realização das Intervenções:

✚ 61,1 % dos adolescentes masculinos comiam Doces, bolos de pastelaria;

✚ 66,7 % dos adolescentes femininas comiam Doces, Bolos de pastelaria

Após a realização das Intervenções:

✚ 50 % dos adolescentes masculino comem Doces, bolos de pastelaria;

✚ 33,3 % dos adolescentes femininas comem Doces, bolos de pastelaria;

PROBLEMA N.º 3: Baixo IMC e % de Gordura Corporal dos Adolescentes Masculinos

Antes da realização das Intervenções:

✚ 39 % Adolescentes Masculinos apresentam baixo IMC e % de Gordura Corporal

Após a realização das Intervenções:

✚ 33.4 % Adolescentes Masculinos apresentam baixo IMC e % de Gordura Corporal

Em relação ao indicador de avaliação de toda a intervenção e planeamento, tendo em consideração todos os factores positivos e negativos que influenciaram a forma como foi sendo construído e desenvolvido todo o planeamento (de forma autónoma e responsável), pensa-se ter atingido os objectivos propostos no início da intervenção, ou seja, foi efectuada a caracterização dos hábitos alimentares dos adolescentes da Associação, identificados os factores que contribuem para os hábitos alimentares dos adolescentes, identificados os conhecimentos dos adolescentes sobre Alimentação Saudável e dado a conhecer a relação existente entre a alimentação e a saúde.

3.7 – LIMITAÇÕES

Como toda a intervenção, teve aspectos positivos e aspectos negativos ao longo da sua concretização. Tudo isso faz parte também da aprendizagem como profissional de enfermagem a trabalhar com a comunidade.

Uma IPSS dada toda a estrutura, objectivos e metas, tem regras por vezes rígidas inquebráveis, no sentido de manter o bem-estar e o bom desenvolvimento das actividades, regras essas que obrigaram a aprimorar a sensibilidade como profissional de enfermagem comunitária para não desrespeitar o lema da Associação.

Essas mesmas regras dificultaram um pouco a intervenção, obrigando a modificar diariamente, as actividades, adequando-as, para evitar o conflito com a direcção da IPSS.

A inexistência de apoio da nutricionista. Embora qualquer enfermeiro deva saber efectuar uma ementa saudável, a sua experiência seria, quer para os adolescentes como para toda a equipa educativa envolvida na intervenção uma mais-valia ao nível da aprendizagem na área da nutrição.

No entanto, deve ser salientado o apoio e colaboração dos monitores da IPSS durante toda a intervenção, para além de ter sido disponibilizado sempre vários meios audiovisuais.

4 - CONCLUSÃO

Efectuar esta intervenção permitiu ao autor uma aprendizagem em relação à intervenção do enfermeiro em comunidade, a melhoria da sua capacidade de organização, gestão da autonomia, colmatação de lacunas teóricas e o estabelecimento de uma relação profissional suficientemente sólida entre os adolescentes e a equipa educativa que permitisse um ambiente de trabalho harmonioso e produtivo.

Durante toda a intervenção, o autor foi adquirindo autoconhecimento e assertividade, baseando a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Ou seja, foi alcançando ao longo de todo o processo um perfil de competências de um Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária que lhe permitiu, analisar a situação dos Hábitos alimentares dos Adolescentes que frequentam a IPSS, tendo em conta modelos de intervenção comunitária; problematizar fenómenos de saúde e doença no âmbito da enfermagem comunitária e no quadro geral da saúde em Portugal e no mundo.

Possibilitou a aplicação dos seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas perante as situações que foram surgindo ao longo da intervenção em contextos alargados, numa abordagem concertada, multidisciplinar e multiprofissional.

Permitiu também ao enfermeiro comunitário a aprendizagem em relação ao desempenho de um papel dinamizador, no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas, quer em função destes adolescentes e/ou da Instituição, agindo de forma autónoma no planeamento e implementação de intervenções ao nível dos Hábitos Alimentares destes adolescentes. Intervir desenvolvendo uma prática reflexiva, tendo por base os valores dos adolescentes e de toda a comunidade que participa e pertence à IPSS.

Facultou a aprendizagem em relação ao modo como o enfermeiro comunitário deve emitir opiniões fundamentadas, para que estas promovessem a melhoria dos hábitos

alimentares destes adolescentes, no sentido da obtenção de ganhos em saúde neste grupo.

Promoveu também, a inovação na prática de cuidados em enfermagem comunitária, na gestão dos cuidados/serviços ou unidades, como meio de desenvolvimento da enfermagem comunitária e da melhoria contínua da qualidade do exercício profissional, Investindo na evolução do conhecimento, compreensão e desenvolvimento de novas formas de intervenção em enfermagem comunitária, nomeadamente ao nível do planeamento estratégico.

Esta intervenção permitiu a capacitação do enfermeiro especialista em Enfermagem a intervir em comunidade através de uma visão holística do cuidar em enfermagem comunitária.

5 - REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALARCÃO, Isabel – **Formação reflexiva** - Referência. Coimbra. ISBN 084-0283. 1ª Série, nº6, Maio 2001, p.53-59

BARBIER, Jean-Marie – **Elaboração de Projectos de Acção e Planificação** – Porto: Porto Editora, 1993. ISBN 972-0-34106-8

CANÁRIO, Rui – **Educação de adultos: um campo e uma problemática** - Lisboa: [s.n.], 1999.

CORREIA, Cristina; et. al. **Os Enfermeiros em cuidados de saúde primários**- Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2001. Consulta 2009-05-25

Disponível: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector> de publicações/revista/2000-2008/pdfs/E-07-2001.pdf

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Ganhos de Saúde em Portugal. Ponto de Situação**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1999.

GASPAR, Tânia; MATOS, M. G. – **Qualidade de vida em crianças e Adolescentes**, versão Portuguesa dos Instrumentos, Kidscreen – 52 – Aventura Social e Saúde, Cruz Quebrada (2008) – ISBN 978-989-95849-1-4

IMPERATORI, Emilio; GIRALDES, M. Rosário – **Metodologia do Planeamento da Saúde** – 3.ª ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993

GEORGE, Julia B. et al – **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional** – 4ª Edição, Portalegre: Artemed, 2000.

LOUREIRO, Isabel – **A importância da educação alimentar: o papel das escolas promotoras de saúde**. Revista Portuguesa de Saúde Pública. VOL. 22, Nº 2. Julho/Dezembro 2004. p. 43-55.

MATOS, M.; GASPAR, T. & Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003) - **A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro anos depois)**. Lisboa: FMH.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 10. ed. São Paulo: Roca, 2002.

MARTIN, A. D. et al. **Bone mineral and calcium accretion during puberty**. Am J Clin Nutr, v. 66, p. 611-615, 1997.

MATOS, M., SIMÕES, C., TOMÉ, G., GASPAR, T., CAMACHO, I., DINIZ, J., & EQUIPA DO AVENTURA SOCIAL (2002). **A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2002**. Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial.com

MATOS, M., SIMÕES, C., TOMÉ, G., GASPAR, T., CAMACHO, I., DINIZ, J., & EQUIPA DO AVENTURA SOCIAL (2006). **A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2006**. Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial.com

NUNES, et. Al . **Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à análise de casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. 456p. ISBN 972-99646-0-2

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Tempo de Mudança**. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Nº 22. Julho 2006. (p.29 q 31) ISSN 1646-2629

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1986). **Carta de Ottawa para a promoção da saúde** (Direcção Geral de Saúde, Trad.).Versão portuguesa "Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública", 17-21 Novembro, Ottawa, Canada

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata, 1978**. Disponível em:<http://www.paho.org/English/DD/PIN/alma-ata_declaration.htm> Acesso em: 10 Janeiro 2011.

PENDER, Nola J., et. al – **Health Promotion in Nursing Practice – Pearson**, 2001. ISBN-0-13-119436-4

PEREIRA, S., **Projecto de intervenção em crianças e adolescentes Obesos**, 2004.
Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt>> Acesso em : 20 Janeiro 2011

PHILIPPI, S. T.; LATERZA, A. R. **Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos**. Revista de Nutrição, v.12, n.1, p.65-80, 1999.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUNDT, Luc Van – **Manual de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gradiva – Publicações lda, 1998.

SANCHIS et. al - **Interacção e construção: o sujeito e o conhecimento no construtivismo de Piaget**. Revista ciências & cognição 2007; Vol 12: 165-177

STANHOPE, Lancaster – **Enfermagem de Saúde Comunitária: Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos**. 4ª Edição, Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-05-3

SILVA, C. C.; TEIXEIRA, A. S.; GOLDBERG, T. B. L. **Impacto da ingestão de cálcio sobre a mineralização óssea em adolescentes**. Revista de Nutrição, v.17, n.3, p.351-359, 2004.

SOBREIRA, Nilze R. – **Enfermagem Comunitária**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1989. ISBN: 85-201-0187-9

TAVARES, António – **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde. Cadernos da Saúde Nº 2. 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1993). **The health of young people: a challenge and a promise**. Geneva: WHO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), quality of life Assessment (WHOQOL) **Development and general psychometric properties**. Geneva: Department of mental health WHO (1998)

VAN DEER VER, R.; VALSINER, J. *Vygotsky* - **Uma síntese**. 4ª. ed. Trad. Cecília C. Bartalotti. São Paulo: Loyola, 2001.

VYGOTSKY, L. S. - **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

Sites consultados:

http:\ www.apdp.pt

http:\ www.aventurasocialesaude.pt

http:\ www.cienciasecognicao.org/

http:\ www.codigo.penal.pt

http:\ www.dgs.pt

http:\ www.dietaesaude.org/**calcula**-taxa-de-**gordura**.php

http:\ www.faculadademotricidadehumana.pt

http:\ www.ine.pt

http:\ www.interargir%20para%aprender_avaliação.pt

http:\ www.ordemdosenfermeiros.pt

http:\ [www.saudepúblicaarscentro.min-saude.pt](http://www.saudepublicaarscentro.min-saude.pt)

http:\ www.sociedade portuguesa de hipertensão.pt

ANEXOS

Anexo I (Questionário utilizado na colheita de dados e Consentimento Informado)

Escala de Avaliação da Insatisfação Corporal em Adolescentes

Responda às seguintes questões através dos números de 1 a 6:

1. Nunca; 2. Quase nunca; 3. Algumas vezes; 4. Muitas vezes; 5. Quase sempre; 6. Sempre

	1	2	3	4	5	6
1. Com que frequência acredita que os seus colegas, em geral, têm um corpo mais bonito que o seu?						
2 - Com que frequência se tem sentido rejeitado/a e/ou ridicularizado por outras pessoas por conta da sua aparência?						
3 - Com que frequência analisa a composição das calorias dos alimentos, para controlar os que engordam?						
4 - Com que frequência é que a sua imagem corporal o deixa triste?						
5 - Com que frequência usa roupas que disfarçam o seu corpo?						
6 - Com que frequência sente rejeição em relação a alguma parte do seu corpo que não gosta (nádegas, coxas, barriga, etc.) ?						
7 - Com que frequência pensa que as pessoas da sua idade parecem estar mais gordo(a)s que você?						
8 - Com que frequência dedica tempo para pensar sobre como melhorar a sua imagem?						
9 - Com que frequência acha que, caso o seu aspecto físico não melhore, terá problemas no futuro para relacionar-se?						
10 - Com que frequência se sente bem ao provar roupas antes de comprá-las?						
11 - Com que frequência é que se pesa em casa?						
12 - Com que frequência chegou a sentir inveja do corpo de modelos ou artistas famosas?						
13 - Com que frequência é que se sente mal se outros virem o seu corpo nu ou em roupa de banho (vestiários, praias, piscinas, etc.)?						

CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito do 1.º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, irá ser realizado, na Associação Luís Pereira da Mota – Área Jovem, um Projecto sobre “**Promoção de Hábitos de Alimentação Saudável num grupo de Adolescentes**”. Este Projecto tem como finalidade contribuir para escolhas alimentares mais saudáveis nos Adolescentes que frequentam a Associação.

Para isso, efectuar-se-á uma colheita de dados que consiste na medição do Índice de Massa Corporal (IMC), avaliação da % de gordura corporal e será também realizado um pequeno questionário sobre os hábitos alimentares/ satisfação da imagem corporal de cada adolescente, que frequenta a área jovem da Associação.

Eu _____, Encarregado de Educação de _____, declaro que permito que, o meu educando participe no Projecto “Promoção de hábitos de Alimentação Saudáveis num grupo de Adolescentes”, que será realizado na Associação Luís Pereira da Mota – Área Jovem.

Loures, ____ de Outubro de 2010

Anexo II (Uma ementa semanal realizada com os adolescentes)

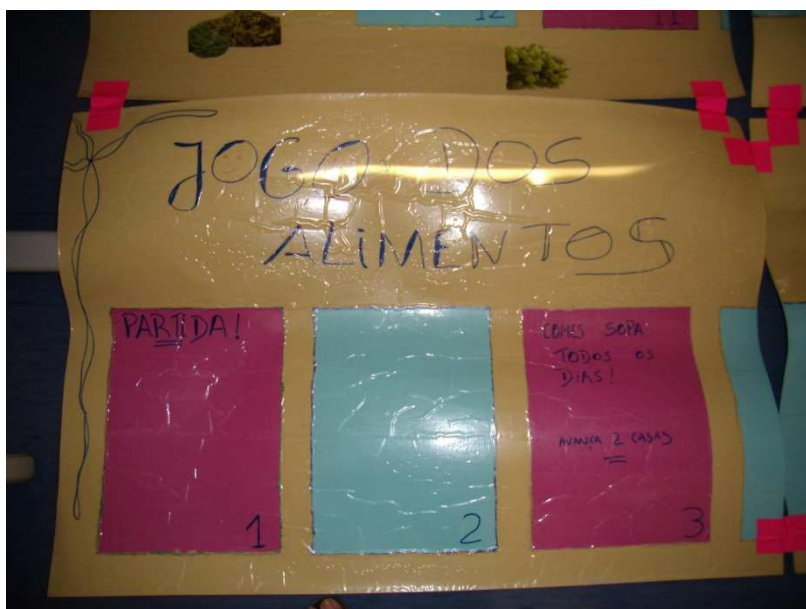
Anexo III (Folheto Informativo realizado em conjunto com os adolescentes sobre alimentação saudável)

Anexo IV (Fotografias de jogos utilizados durante a intervenção aos adolescentes)

Cubos Mágicos com perguntas sobre Alimentação Saudável, realizado com vários grupos de adolescentes. Ganhou o grupo que mais perguntas acertou.



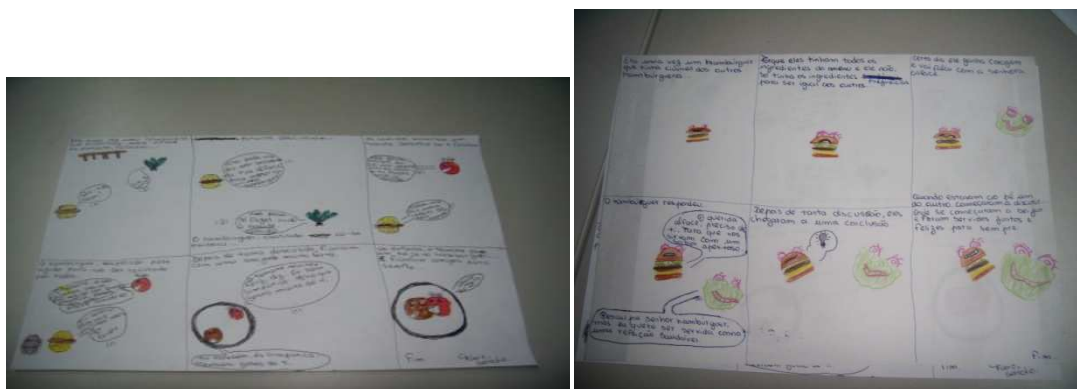
Jogo da Glória da Alimentação



Anexo V (Fotografias com as etapas da realização de duas curta-metragens sobre alimentação saudável idealizadas e realizadas pelos adolescentes sobre alimentação saudável)

FOTOGRAFIAS QUE ILUSTRAM AS VÁRIAS FASES DA EXECUÇÃO DO CINEMA DE CURTA-METRAGEM DE CINEMA DE ANIMAÇÃO

Realização das Histórias



Elaboração dos pequenos cenários





Em Estúdio para gravação de áudio e vídeo



Anexo VI (Quadro com resumo da intervenção)

5- AVALIAÇÃO DO PROJECTO

Por esse motivo é importante que os Enfermeiros reflectam diariamente sobre as suas vivências de prática clínica e sintam a necessidade de evoluir através da aprendizagem, no sentido dos seus reais interesses, desenvolvendo também competências específicas, fomentando a ligação entre a teoria e a prática, permitindo deste modo aprendizagens que sejam profissionalmente relevantes e mais específicas, tal como a aquisição de uma especialização numa determinada área de Enfermagem.

Apesar de alguns adolescentes terem mais de 14 anos de idade e do Artigo 38º do Código Penal Português descrever que “*O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 14 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta.*”; foi decidido em reunião com a equipa pedagógica da Associação da Área jovem, que deveriam ser distribuídos Consentimentos informados à instituição e a todos os adolescentes que participaram no projecto e devidamente assinados pelos respectivos encarregados de educação.