



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

## **Área de Especialização Enfermagem Comunitária**

### **Promoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes de 14 anos inscritos numa USF do concelho de Oeiras: Alimentação e Exercício Físico**

**Célia Sofia Barreiros Samico**

**2014**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização Enfermagem Comunitária**

#### **Promoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes de 14 anos inscritos numa USF do concelho de Oeiras: Alimentação e Exercício Físico**

**Célia Sofia Barreiros Samico**

**Orientador: Prof. António Jacinto Telo Major**

**2014**



## **AGRADECIMENTOS**

Para a concretização desta tese, foi preciosa a colaboração e contributos de natureza diversa de muitas pessoas, sem as quais a sua realização não seria possível. Por esse motivo deixo aqui expressos os meus sinceros agradecimentos:

Ao meu orientador, Professor António Major, pela competência científica, pela disponibilidade, encorajamento e pelas análises e correções pertinentes realizadas ao longo de todo o percurso.

À Enfermeira Luísa Horta e Costa, pela sua competência científica, orientação e disponibilidade demonstradas.

Ao meu marido pela paciência e compreensão e por preencher as minhas ausências na vida familiar.

Aos meus filhos: ao Rodrigo que no seu quarto ano de vida teve uma mãe menos disponível, e ao Valentim que durante nove meses me acompanhou junto do coração nesta longa caminhada.

Às minhas colegas e amigas de curso, que sempre estiveram ao meu lado e me animaram nesta caminhada.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a efetivação deste projeto.

Por último, e em especial, à equipa multidisciplinar da USF Delta, pelo seu apoio, suporte e por tornarem exequível a realização do estudo.

## **LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS**

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

EECSP - Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

EpS - Educação para a Saúde

Frq. abs - Frequência Absoluta

Frq. rel - Frequência Relativa

OECD - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNPAS - Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PNSIJ - Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNS - Plano Nacional de Saúde

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIARS - Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

USF - Unidade de Saúde Familiar

## RESUMO

Muitas das mortes prematuras em adultos associadas aos estilos de vida, devem-se a comportamentos iniciados na adolescência. Hábitos alimentares e de exercício físico inadequados constituem um grave problema de saúde pública na atualidade.

A enfermagem comunitária tem um papel fundamental na capacitação dos adolescentes para adoção de estilos de vida saudáveis, influenciando positivamente os indicadores de saúde nacionais.

A intervenção comunitária decorreu entre setembro de 2013 e janeiro de 2014 na USF Delta, com a finalidade de promover a alimentação adequada e o exercício físico num grupo de 54 adolescentes de 14 anos do concelho de Oeiras, sustentada na metodologia do planeamento em saúde de Imperatori & Giraldes e no referencial teórico do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Na fase de diagnóstico da situação, foi utilizado o questionário "Estudo de caracterização dos comportamentos de saúde – Inquérito à população escolar do Concelho de Oeiras (7º ao 9º ano) ", a partir do qual se identificou a prevalência de uma alimentação inadequada associada a atividades de natureza sedentária.

Como estratégia de intervenção para promover a alimentação e exercício físico adequados, recorreu-se à educação para a saúde e à implementação de parcerias comunitárias.

O grupo de adolescentes apresentou boa adesão e satisfação com as atividades desenvolvidas. As metas da intervenção foram atingidas com sucesso. Mais de 60% dos adolescentes afirmaram consumir fruta e hortícolas e caminharem mais de 30 minutos por dia. Declararam ainda, que o tempo diário dedicado à televisão e computador reduziu em 3 % e 6% respetivamente.

Considera-se que o projeto contribuiu para a aquisição de competências ao nível da enfermagem comunitária e permitiu certificar a importância da educação para a saúde na capacitação dos adolescentes para a adoção de estilos de vida saudáveis.

**Palavras-chave:** Adolescentes; Enfermagem Comunitária; Estilos de vida; Promoção da Saúde, Planeamento em Saúde, Educação para a Saúde.

## **ABSTRAT**

Many of the adult premature deaths associated to lifestyles are due to behaviours started during adolescent years. Inappropriate eating habits and lack of exercise are today a major public health problem.

Community nursing has a key role in capacitating teenagers to achieve healthy lifestyles, and positively influence national health indicators.

The described community intervention took place between September 2013 and January 2014 at USF Delta, with the purpose to promote healthy lifestyles (food and exercise) in a group of 54 14-year old adolescents from Oeiras municipality. This intervention is sustained in the Imperatori & Giraldes health planning program and in the theoretical referencial of the Health promoting model of Nola Pender.

The “Characterisation study for health behaviours – Oeiras municipality’s school population survey (7th to 9th grades)” questionnaire was used in order to evaluate the health behaviours of the teenagers in the diagnostic phase, which allowed identifying the prevalence of bad food habits and lack of exercise in this group.

As an intervention strategy to promote proper diet and exercise, it resorted to health education and the implementation of community partnerships.

The teenager study group gladly participated in the proposed activities.

The intervention goals were successfully achieved. More than 60% of the teenagers claimed to eat fruits and vegetables, and walk more than 30 minutes per day. They also declared a diminution on daily time spent watching television and doing computer activities of 3% and 6% respectively.

Finally, it is considered that this project contributed to acquire skills in community nursing, such as to certificate the importance of health education of teenagers, so that healthy lifestyles can be adopted.

**Keywords:** Teenagers; Community nursing; Life styles; Health promotion, Health planning; Health education.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1. Adolescência	15
1.2. Adolescência e Estilos de Vida	17
1.2.1. Alimentação	19
1.2.2. Exercício Físico	20
2. ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E A PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NOS ADOLESCENTES	22
3. “PÕE-TE A MEXER E DECIDE SAUDÁVEL”	25
3.1. Diagnóstico da situação	27
3.1.1. População alvo e amostra	27
3.1.2. Instrumentos e procedimentos de colheita de dados	28
3.1.3. Questões éticas	28
3.1.4. Apresentação e análise dos dados	29
3.1.5. Diagnósticos de enfermagem	34
3.2. Definição de prioridades	35
3.3. Fixação de objetivos	36
3.4. Seleção de estratégias/ intervenções	37
3.5. Preparação operacional	40
3.6. Avaliação	45
4. CONCLUSÕES	48
4.1. Limitações do projeto	48
4.2. Implicações para a prática de enfermagem	49
4.3. Reflexão sobre as competências adquiridas	50
4.4. Considerações Finais	52
BIBLIOGRAFIA	55
ANEXOS	
APÊNDICES	

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

**ANEXO 1** - Roda dos Alimentos

**ANEXO 2** - Questionário: “Estudo de caracterização dos comportamentos de saúde - Inquérito à população escolar do Concelho de Oeiras (7º ao 9º ano) ”

**ANEXO 3** - Consentimento da autora para utilização do questionário

**ANEXO 4** - Atividade de distribuição diária das porções alimentares

## **ÍNDICE DE APÊNDICES**

**APÊNDICE 1** - Cronograma de atividades

**APÊNDICE 2** - Plano da sessão de apresentação do projeto à USF Delta

**APÊNDICE 3** - Consentimento informado dirigido aos encarregados de educação/pais

**APÊNDICE 4** - Pedido de autorização à diretora do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras

**APÊNDICE 5** - Pedido de autorização à coordenadora da USF Delta

**APÊNDICE 6** - Tabelas de resultados

**APÊNDICE 7** - Determinação de prioridades através da Grelha de Análise

**APÊNDICE 8** - Recursos: Humanos, Materiais e Financeiros

**APÊNDICE 9** - Cronograma de GANTT

**APÊNDICE 10** - Plano operacional detalhado

**APÊNDICE 11** - Plano da Sessão: "Põe-te a Mexer"

**APÊNDICE 12** - Sessão de EpS: "Põe-te a Mexer"

**APÊNDICE 13** - Folheto "Põe-te a Mexer"

**APÊNDICE 14** - Plano da Sessão: "Decide Saudável"

**APÊNDICE 15** - Sessão de EpS: "Decide Saudável"

**APÊNDICE 16** - Ementa Saudável

**APÊNDICE 17** - Folheto "Decide Saudável"

**APÊNDICE 18** - Grupo fechado criado no Facebook "Estilos Saudáveis"

**APÊNDICE 19** - Informação aos encarregados de educação sobre grupo "Estilos Saudáveis"

**APÊNDICE 20** - Questionário de avaliação da satisfação

**APÊNDICE 21** - Tabelas dos resultados da avaliação

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Dados referentes aos problemas identificados no grupo de adolescentes	33
<b>Quadro 2.</b> Problemas identificados e Diagnósticos de enfermagem definidos	34
<b>Quadro 3.</b> Problemas identificados, objetivo geral, objetivos específicos e metas	36
<b>Quadro 4.</b> Indicadores de processo	37
<b>Quadro 5.</b> Resultados dos Indicadores de processo	45
<b>Quadro 6.</b> Diagnósticos de enfermagem, Metas e Avaliação	47

## ÍNDICE DE GRÁFICO

**Gráfico 1** - Distribuição dos adolescentes por género (n=57)

30

## INTRODUÇÃO

Este relatório surge no contexto da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, especialização em Enfermagem Comunitária.

A intervenção comunitária teve como finalidade, Promover Estilos de vida Saudáveis nos adolescentes de 14 anos inscritos numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do concelho de Oeiras. O estágio concretizou-se no espaço temporal de 30 de setembro de 2013 a 11 de janeiro de 2014 (Apêndice 1) e decorreu na USF Delta pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lisboa Ocidental e Oeiras. O projeto seguiu a Metodologia do Planeamento em Saúde, que procura reduzir os problemas de saúde considerados prioritários, coordenando os esforços dos vários setores socioeconómicos, utilizando os recursos existentes para atingir os objetivos fixados, de forma eficaz e eficiente (Imperatori & Giraldes, 1993).

Anualmente morrem mais de 2,6 milhões de jovens entre os 10 e 24 anos por causas associadas aos estilos de vida. A adoção de hábitos alimentares e de exercício físico desadequados são comportamentos iniciados na adolescência, responsáveis por muitas das mortes prematuras em adultos (World Health Organization, 2011). A alimentação inadequada é mencionada como um dos quatro fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas, que a nível mundial estarão na origem da morte prematura na ordem dos 60% e estima-se que a nível europeu as mesmas afetem mais de um terço da população (Ministério da Saúde, 2012(a)).

Estes dados revelam-se um importante problema de saúde pública que exige intervenção e alguns dos documentos que suportam as atuais políticas de saúde nacionais como, o Plano Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2012(b)), Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Ministério da Saúde, 2012(c)), Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (Ministério da Saúde, 2012(a)), corroboram este fato, orientando-nos no sentido de prestar especial atenção aos determinantes de saúde que dizem respeito aos estilos de vida saudáveis,

nomeadamente a promoção do exercício físico adequado à idade e a adoção de uma alimentação saudável, como medidas de intervenção prioritárias.

Ao enfermeiro comunitário compete intervir nos adolescentes, proporcionando estímulos para a opção de comportamentos saudáveis, como a nutrição adequada e a prática regular de exercício físico para promover estilos de vida saudáveis. Desta forma o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública (EECSP) contribui para as novas políticas de saúde, através do cumprimento de indicadores que dão ênfase às necessidades de cuidados de saúde primários a este grupo específico, convergindo as mesmas com a necessidade de vigilância de saúde a este grupo preconizada pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Ministério da Saúde, 2012(c); Ministério da Saúde, 2013).

Os conceitos de saúde, promoção da saúde e comunidade assumem-se como pedra basilar da enfermagem comunitária que assenta a sua prática na forma como os mesmos se interligam. Os hábitos, comportamentos, atitudes e valores que permanecem durante algum tempo num determinado grupo identificam os estilos de vida desse mesmo grupo, os quais são definidos como atividades discricionárias, que são uma parte regular do padrão diário de vida e influenciam significativamente o estado de saúde. (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

Esta problemática suscitou o interesse da mestranda, pelo que decidiu intervir nos adolescentes de 14 anos, com o objetivo de os sensibilizar para adoção de estilos de vida saudáveis no âmbito da alimentação e exercício físico. A consecução do projeto ancorou-se no referencial teórico do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, para favorecer um processo através do qual o grupo pudesse adquirir a capacidade de exercer controlo sobre os determinantes dos seus comportamentos de saúde e agir sobre os mesmos para adquirir comportamentos promotores de saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

O projeto desenvolvido permitiu a aquisição e aperfeiçoamento de competências na área de enfermagem comunitária, com recurso à educação para a saúde (EpS) como estratégia de intervenção comunitária, promovendo a capacitação do grupo, orientando-o para a consecução de um projeto de saúde que lhe proporcione bem-estar (Ordem dos Enfermeiros, 2010; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

O relatório está redigido de acordo com a norma da American Psychological Association (APA), e para melhorar a sua compreensão foi estruturado em quatro capítulos, correspondendo o primeiro ao enquadramento teórico no qual foi realizada uma revisão da literatura; o segundo capítulo, à abordagem da intervenção do enfermeiro EECSP; o terceiro capítulo, refere-se ao percurso realizado de acordo com as etapas do Planeamento em Saúde e no quarto capítulo enunciam-se as conclusões.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1. Adolescência

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como limites cronológicos da adolescência, o período da vida entre os 10 e os 19 anos de idade. A adolescência precoce, dos 10 aos 13 anos, é caracterizada por um surto de crescimento e o início da maturação sexual (Organización Mundial de la Salud, 2012). Este surto de crescimento corresponde à pubescência, fase caracterizada pelas alterações físicas que conduzem à maturação reprodutiva. O início deste processo ocorre dois anos mais tarde no rapaz em comparação com a rapariga (Sprinthall & Collins, 2008).

As transformações pubescentes são completamente distintas nos dois sexos, os rapazes que se desenvolvem mais cedo são considerados mais atraentes e competentes, com mais sucesso social do que os que se desenvolvem mais tarde, fatores que poderão estar associados às suas capacidades físicas que influenciam a sua participação no desporto. No que se refere às raparigas, as que se desenvolvem mais cedo aparentam ser mais inseguras, menos equilibradas, menos expressivas, mais introspectivas, submissas e ponderadas que as colegas da mesma idade. Em média as raparigas tornam-se maduras mais cedo do que os rapazes. As raparigas demonstram ter, de modo geral, maior facilidade verbal e os rapazes maior superioridade no raciocínio e aptidões aritméticas (Sprinthall & Collins, 2008).

Na adolescência o pensamento desenvolve-se no sentido de formular teorias abstratas, emergindo o pensamento formal, “hipotético-dedutivo”, em que o adolescente passa a ser capaz de fazer deduções mesmo de puras hipóteses. Existe nesta fase da vida o egocentrismo intelectual, que é por excelência a idade metafísica em que o eu é forte ao ponto de reconstruir o universo e grande ao ponto de o incorporar em si. O equilíbrio irá ser atingido quando o adolescente perceber que a função da reflexão não é a de contradizer mas sim a de compreender a experiência (Piaget, 1990).

Os grupos de colegas no início da adolescência são formados por adolescentes do mesmo sexo (Sprinthall & Collins, 2008). Nesta fase da vida desenvolve-se fortemente o sentido de identidade, e o grupo de pares assume um papel de grande importância (Organización Mundial de la Salud, 2012).

A adolescência é um período da vida com um grande potencial de vulnerabilidade seja física, psicológica ou mesmo social, que é influenciada por comportamentos e fatores (biológicos, psicológicos, culturais, socioeconômicos, políticos, étnicos e raciais) que podem revelar ter graves consequências quer no presente quer no futuro do adolescente (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Esta fase da vida é caracterizada por impulsos de ordem física, mental, emocional, social e sexual que se desenvolvem no adolescente, acompanhados pelo esforço do mesmo em responder às expectativas culturais da sociedade em que se encontra inserido (Eisenstein, 2005). Para Fonseca (2005), citado por Lemos (2011) "...são as interrogações do adolescente sobre o seu corpo e os seus comportamentos que o tornam, algumas vezes, egocêntrico, acreditando que é imune aos comportamentos de risco e, conseqüentemente, à invulnerabilidade..." (p.4). Esta crença, associada à construção da própria identidade, está na origem de comportamentos que poderão ser nocivos à saúde, através dos quais o adolescente procura alcançar a autonomia e independência dos pais. Os adolescentes são considerados um grupo de alto risco pelo seu envolvimento em comportamentos de risco prejudiciais à sua saúde, como tabagismo, consumo de álcool, uso ilícito de drogas, atividade sexual precoce e agressão física (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

## 1.2. Adolescência e Estilos de Vida

A nível mundial verifica-se que anualmente morrem mais de 2,6 milhões de jovens entre os 10 e os 24 anos de idade, por causas associadas aos estilos de vida que podem ser prevenidas. No período de um ano aproximadamente 20% dos adolescentes sofrem de um problema de saúde mental, tal como depressão ou ansiedade. Estima-se que 150 milhões de jovens consomem tabaco (World Health Organization, 2011)

Na Europa, dados de 2010 da Organização para a Cooperação e desenvolvimento Económico (OECD) referem uma prevalência dos hábitos tabágicos superior nos rapazes do que nas raparigas, uma diminuição do consumo de fruta entre os 11 e os 15 anos (dos 44% para 34% respetivamente), uma diminuição do exercício físico entre os 11 e os 15 anos, em que apenas 1 em cada 5 adolescentes pratica atividade física moderada ou intensa. Constata-se ainda que 1 em cada 7 adolescentes entre os 11 e os 15 anos têm excesso de peso ou obesidade.

Em Portugal dados de 2010 revelam-se animadores relativamente à evolução do estilo de vida dos adolescentes portugueses. No que concerne à alimentação, cerca de 80% dos jovens toma o pequeno-almoço e cerca de 10% faz dieta. Cerca de metade dos adolescentes praticam atividade física três vezes ou mais por semana. Em relação ao consumo de substâncias, aproximadamente 88% dos adolescentes não fuma, a maioria não consome bebidas destiladas, nunca se embriagou, não consumiu drogas no último mês, nem nunca experimentou haxixe (Matos et al., 2010).

Quando comparados dados dos relatórios relativos à saúde dos adolescentes portugueses de 1998 e 2010, por um lado salienta-se como desfavorável o excesso de peso, o tempo que passam em frente ao ecrã - principalmente o computador - e a primeira experiência com haxixe. Por outro lado, são favoráveis os dados referentes ao consumo de tabaco e bebidas destiladas, envolvimento em lutas, provocações e uso de preservativo. Mantém-se o consumo de refrigerantes e doces (Matos et al., 2003; Matos et al., 2010).

De acordo com a Carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde é “um processo de capacitar as pessoas a aumentar o controle sobre a saúde e melhorá-la” (World Health Organization, 1986). O direito dos jovens encontra-se consagrado a nível internacional. No ano de 2003, o Comité de Convenção para os Direitos da Criança realizou uma observação geral onde foram reconhecidos direitos e necessidades dos jovens no que diz respeito à saúde e desenvolvimento. Estes direitos têm o apoio da Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a mulher e o Direito à Saúde (World Health Organization, 2011).

No Plano Nacional Saúde (PNS) 2012-2016, os Determinantes Sociais de Saúde são definidos com particular relevância como área na qual intervir, sendo apontada como medida fundamental “Promover Ambientes e Contextos Favoráveis à Saúde”, o que vai ao encontro do PNS de 2004-2010. No atual PNS são nomeados os contextos de especial atenção, entre os quais, os determinantes de saúde que concernem aos estilos de vida saudáveis: redução do consumo de tabaco e de álcool, promoção da atividade física adequada à idade, alimentação saudável e sexualidade segura. Para a redução das desigualdades sociais em saúde, é salientado como um dos três princípios de ação preconizados pela OMS “Melhorar as condições de vida quotidianas – as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem” (Ministério da Saúde, 2012(b), p.74). Os estilos de vida, são definidos como atividades discricionárias, que são uma parte regular do padrão diário de vida e influenciam significativamente o estado de saúde das pessoas (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

O Ministério da Saúde, em Janeiro de 2013, salientou a importância de intervir no adolescente de 14 anos, definindo indicadores de saúde específicos relacionados com os estilos de vida, que foram contratualizados pelas Unidades Funcionais dos Cuidados de Saúde Primários no ano de 2014 (Ministério da Saúde, 2013).

Para a vigilância do adolescente, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2012) preconiza como um dos objetivos “ Promover o desenvolvimento pessoal e a autodeterminação das crianças e dos jovens, com progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde prevenindo situações disruptivas ou de risco

acrescido e promovendo a equidade de género.” (p.8). Esta vigilância contempla o Exame de Saúde e os Cuidados antecipatórios, inerentes a estes últimos está contemplada a avaliação dos estilos de vida do adolescente.

A intervenção do enfermeiro comunitário no que se refere ao grupo que constituem os adolescentes pode ser determinante, para contribuir para a promoção de comportamentos promotores de saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). A prevenção da morbilidade e mortalidade nas crianças e jovens é possível, em grande parte, através da promoção de um ambiente adequado, habitação segura, nutrição equilibrada, água potável, estilos de vida saudáveis e pela boa acessibilidade a serviços (Ministério da Saúde, 2012 (b)).

#### 1.2.1. Alimentação

A declaração “First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control”, refere que os estilos de vida merecem especial atenção, no sentido de promover uma alimentação saudável, em que por um lado é importante reduzir o consumo de gordura saturada, de gordura tipo Trans, de sal e de açúcar e pelo outro importa aumentar o consumo de fruta e hortícolas (Ministério da Saúde, 2012). De acordo com a roda dos alimentos (Anexo 1) as recomendações para o consumo de fruta e hortícolas indicam de 3 a 5 porções diárias (Ministério da Saúde, 2012 (a)).

O Ministério da Saúde (2012 (a)) apresenta como um dos programas prioritários o PNSPAS o qual tem como objetivos, entre outros, promover o aumento da literacia alimentar e nutricional das pessoas capacitando-as para a aquisição, confeção e armazenamento de alimentos saudáveis, promover o consumo de alimentos de boa qualidade nutricional através da articulação e integração de outros setores, designadamente do desporto, ambiente, educação, segurança social e autarquias.

Com o objetivo de avaliar as estratégias implementadas para promover a alimentação saudável na população infantil e escolar foram definidas como metas pelo PNPAS:

controlar a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento a zero, até 2016. Aumentar em 5 % o número de crianças em idade escolar que consome diariamente a quantidade recomendada de fruta e hortícolas (Ministério da Saúde, 2012(a), p. 6).

De acordo com Pender, Murdaugh, & Parsons (2011), um programa de promoção da saúde deve abranger a promoção de uma alimentação saudável, uma vez que a nutrição adequada promove a saúde do organismo e previne a doença. As autoras salientam também o papel da prática de atividade física regular na prevenção da doença e promoção do bom desenvolvimento físico, mental e social.

### 1.2.2. Exercício Físico

O exercício físico é definido por Pender, Murdaugh, & Parsons (2011) como uma subcategoria da atividade física, que é planeada, estruturada e repetitiva, presupondo movimento muscular com gasto energético, com o objetivo de aumentar ou manter a performance física ou a saúde.

A evidência científica demonstra que o exercício físico proporciona benefícios para a saúde, sendo fundamental para as crianças entre os 5 e os 17 anos de idade. Níveis de exercício físico adequados à idade contribuem para tecidos músculo-esqueléticos saudáveis, sistema cardiovascular saudável, favorece a coordenação e controle do movimento e facilita a manutenção de um peso corporal saudável. Nos jovens o exercício físico tem sido associado a benefícios psicológicos, como melhorar o controlo sobre a ansiedade e a depressão, e favorecer o desenvolvimento social. As recomendações para crianças e jovens saudáveis orientam no sentido de realizar pelo menos 60 minutos de atividade física de intensidade moderada a vigorosa por dia (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011; World Health Organization, 2010).

Os adolescentes devem ser aconselhados a selecionar atividades físicas que apreciem não se focando apenas em atividades físicas de cariz competitivo. Providenciando simples recomendações o enfermeiro tem um papel determinante na promoção do exercício físico ao longo da vida (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

## **2. ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E A PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NOS ADOLESCENTES**

Uma comunidade entende-se pelos membros que partilham do sentido de comunidade ou de identidade, que compartilham valores, normas sociais, modos de comunicação e se identificam entre si como fazendo parte da mesma comunidade (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

A ação do enfermeiro comunitário desenvolve-se ao nível da prevenção, através da intervenção promotora de comportamentos desejáveis de promoção da saúde, prevenindo a ocorrência de comportamentos desadequados com implicações para o bem-estar físico, psicológico e sociocultural do indivíduo. É objetivo desta intervenção que o indivíduo seja capaz de ganhar poder sobre o seu comportamento. A sua ação deve ser direcionada para a dimensão saudável dos indivíduos, ajudando-os a perceber a importância dos benefícios para agir, conduzindo-os à adoção de estilos de vida saudáveis (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). O enfermeiro comunitário tem a necessidade de mobilizar conhecimentos das disciplinas de enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais, para ser capaz de responder às necessidades daqueles a quem dirige o seu cuidar (Ordem dos Enfermeiros, 2010). A mobilização destes conhecimentos capacita-o para um processo de tomada de decisão refletido e centrado na pessoa.

Face ao grupo de adolescentes, o enfermeiro comunitário depara-se com o desafio de orientar a sua prática no sentido de mudar comportamentos, com o intuito de capacitar o adolescente à adoção de estilos de vida saudáveis. Para que isso aconteça, é fundamental a adoção de um modelo ecológico, facilitador para a capacitação e aprendizagem do adolescente.

O modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender revelou-se um importante instrumento de trabalho para nortear o desenvolvimento da intervenção comunitária. Pender considera quatro elementos fundamentais: saúde, ambiente, pessoa e

enfermagem. A saúde é entendida como um estado positivo, pelo que todas as pessoas pretendem alcançá-la. A pessoa assume-se como o centro deste Modelo, revelando-se de forma única e pessoal conforme os seus esquemas cognitivos, percetivos e fatores sociais que provêm do ambiente. À pessoa, está reconhecida a capacidade de tomada de decisão para resolver problemas e mudar comportamentos de saúde. A teoria agrupa dez categorias de determinantes dos comportamentos de promoção de saúde em três grupos: as características e experiências individuais, as cognições e a afetação do comportamento e por último, o resultado comportamental (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

É importante salientar que na construção do seu Modelo, Pender integrou bases teóricas da Teoria Social Cognitiva, de Albert Bandura, a qual enfoca o papel da cognição no comportamento. Segundo esta as pessoas sentem-se motivadas a adotar determinado comportamento se o seu resultado é valorizado e se sentem ser capazes de o desempenhar de forma eficaz. Assim o nível de motivação da pessoa para adotar determinado comportamento de saúde é determinado pelos benefícios da ação e autoeficácia percebidos pela pessoa (Bandura, Azzi & Polydoro, 2008).

À luz deste modelo o enfermeiro comunitário através de estratégias e intervenções promove um ambiente positivo para a mudança, incentivando e favorecendo este processo, no qual a pessoa assume um papel ativo na gestão dos seus comportamentos de saúde, transformando o contexto ambiental.

A mudança de estilos de vida e comportamentos de saúde para alcançar um estado positivo é entendida numa perspetiva de prevenção primária (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). Ao enfermeiro comunitário compete desenvolver ações educativas a partir das necessidades identificadas pelo próprio grupo, tendo em consideração o contexto histórico, político, económico e sociocultural da sua região. Para intervir no grupo de adolescentes é importante que o enfermeiro obtenha adesão por parte do mesmo às atividades desenvolvidas para a promoção da sua saúde, o que nem sempre é fácil (Pereira, Prado, Filipini, Felipe, & Terra, 2012), uma vez que as pessoas, mesmo que confrontadas com os seus comportamentos de risco, não gostam de ser pressionadas para a mudança (Carvalho & Carvalho, 2006). É necessário estabelecer um vínculo de confiança entre a equipa de saúde, o

adolescente e a sua família. Para estabelecer esta relação, é importante que o enfermeiro comunitário esteja ciente que fatores como a confidencialidade, a acessibilidade e a adequação da assistência a essa idade, foram identificados como dificultadores do acesso do adolescente aos serviços de saúde (Behrman, Kliegman, & Jenson, 2005).

A intervenção assumiu uma visão salutogénica, que assentou na identificação dos comportamentos de saúde e na capacitação dos adolescentes face ao seu processo de saúde e na conceção de ambientes favoráveis ao seu desenvolvimento, com o intuito de suportar e facilitar as suas escolhas e atingir um estado de saúde positivo (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

Para intervir nos adolescentes de 14 anos, atingindo resultados que fossem sensíveis às intervenções planeadas, e portanto que estejam de acordo com as reais necessidades dos mesmos, foi fundamental realizar o Diagnóstico de Saúde da Comunidade. Desta forma, num primeiro momento, proceder "... à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade" (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.3) tornou-se decisivo.

### 3. “PÕE-TE A MEXER E DECIDE SAUDÁVEL”

O presente projeto foi desenvolvido na USF Delta, situada em Paço de Arcos. Esta Unidade encontra-se integrada no ACES Lisboa Ocidental e Oeiras que abrange o Concelho de Oeiras e 4 freguesias do Concelho de Lisboa (Ajuda, Alcântara, Belém e Campo de Ourique) e é constituído por: nove Unidades de Saúde Familiar; seis Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados; três Unidades de Cuidados na Comunidade; Unidade de Saúde Pública; Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e uma Unidade de Apoio à Gestão.

De acordo com dados fornecidos pelo SIARS a 21 de Março de 2013, facultados pela direção do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, em 2012 estavam inscritos, 268 983 utentes, em que 41 852 correspondem à população com idade inferior a 15 anos (ARSLVT, 2013). A USF Delta, na qual se desenvolveu a intervenção, abrange uma área de cinco freguesias do concelho de Oeiras. Tem uma população de 14 235 pessoas inscritas, da qual fazem parte 2 737 pessoas com menos de 15 anos, e destas, 179 adolescentes nascidos no ano de 1999, 75 do sexo feminino e 104 do sexo masculino (Unidade de Saúde Familiar Delta, 2013; ARSLVT, 2013).

O projeto foi intitulado “**Põe-te a Mexer e Decide Saudável**” pois pretendia transmitir ao grupo de adolescentes que a ação seria desencadeada por eles (“empowerment”), baseando-se numa tomada de decisão refletida com o intuito de obter ganhos em saúde.

Este projeto foi apresentado à equipa da USF Delta (Apêndice 2), constituída por dezoito profissionais de saúde, no âmbito de uma reunião multidisciplinar na qual compareceram a totalidade dos profissionais. Pretendeu-se através desta reunião confirmar a pertinência da intervenção planeada para a equipa e perceber os obstáculos que poderiam surgir, por forma a definir as melhores estratégias para os

ultrapassar, pois como refere Imperatori e Giraldes (1993), para adequar as atividades ao espaço, ao tempo e à população é importante recorrer aos informadores-chave.

Como enfermeira de família da USF Delta a problemática inerente aos estilos de vida dos adolescentes despertou o interesse da mestranda, já que os prejuízos para a saúde dos adolescentes, em parte poderão ser prevenidos agindo sobre os determinantes de saúde (Ministério da Saúde, 2012 (b)). Para isso é fundamental delinear uma intervenção, que estabeleça as prioridades de saúde e assim implementar "...estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que respondam aos objectivos definidos" (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.3). A formação especializada em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, permitiu adquirir competências na área do planeamento em saúde e de intervenção a grupos de forma a responder às suas necessidades.

Assim a metodologia do Planeamento em Saúde foi fundamental, pois é a partir do Diagnóstico de Situação que se justifica a pertinência das atividades e foi o referido diagnóstico que forneceu um padrão que permitiu a comparação na altura da avaliação. "Do conceito de planeamento da saúde decorrem as principais fases do seu processo (...) diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação" (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 9).

O Planeamento em saúde é um processo contínuo e dinâmico, em que nenhuma fase se pode dar por concluída, pois na seguinte poderá surgir a necessidade de voltar atrás (Imperatori & Giraldes, 1993). De seguida é apresentado o Diagnóstico da situação.

### **3.1. Diagnóstico da situação**

O Diagnóstico da situação revela-se como uma das fases do processo do planeamento em saúde. Na fase de Diagnóstico da situação, é premente identificar os principais problemas de saúde, fatores condicionantes e causa desses problemas (Imperatori & Giraldes, 1993). Segue-se a identificação da população alvo, a descrição dos instrumentos utilizados para a colheita de dados, os procedimentos éticos, a apresentação dos resultados, a identificação dos problemas e, por último, os diagnósticos de enfermagem apurados.

#### **3.1.1. População alvo e amostra**

Para realizar o diagnóstico da população é fundamental definir a população (Imperatori & Giraldes, 1993). A população deste estudo é composta pela totalidade dos adolescentes nascidos em 1999, com inscrição ativa na USF Delta no ano de 2013. A população alvo refere-se a um total de 179 adolescentes, que completaram 14 anos no ano de 2013, inscritos na USF Delta.

Foi realizado contato telefónico, no qual foram disponibilizadas todas as informações pertinentes acerca do projeto e posteriormente solicitada a participação da população no mesmo. Foram incluídos no estudo todos os adolescentes nascidos em 1999, perfazendo um total de 179 adolescentes. Desta população, 57 adolescentes (29 do género feminino e 28 do género masculino), responderam ao questionário no período de 01 a 21 de junho de 2013, após assinado consentimento livre e esclarecido (Apêndice 3), disponibilizado aos encarregados de educação.

Não participaram no estudo: adolescentes incontactáveis após três tentativas de contato telefónico, em dias e horários diferentes (53 adolescentes); adolescentes que não compareceram para o preenchimento do questionário no período definido (47 adolescentes); adolescentes com número de telefone e moradas desatualizadas (11 adolescentes); adolescentes ausentes do concelho (10 adolescentes) e 1 adolescente que recusou participar no estudo.

### 3.1.2. Instrumentos e procedimentos de colheita de dados

Com o objetivo de reconhecer os comportamentos anteriores inerentes às características e experiências individuais dos adolescentes (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011), foi realizada a recolha de informação utilizando o questionário " Estudo de caracterização dos comportamentos de saúde – Inquérito à população escolar do Concelho de Oeiras (7º ao 9º ano) " (Anexo 2) da autoria da Dra. Conceição Baptista, o qual em 2010, entre outros instrumentos, coadjuvou a definir o perfil de saúde do concelho de Oeiras (Câmara Municipal de Oeiras, 2010). A utilização deste instrumento esteve relacionada com o fato do questionário permitir controlar e organizar os dados de forma a recolher a informação com rigor, e oferecer a vantagem de controlar melhor os enviesamentos. É um instrumento de recolha de dados que pode ser preenchido pessoalmente, enviado pelo correio ou através da Internet (Fortin, Côté, & Fillion, 2009). O questionário utilizado contempla temas relacionados com: atividade física; alimentação; uso de substâncias: álcool, tabaco e drogas; hábitos de sono; sexualidade; tempos diários dedicados ao uso de computador e televisão e meios utilizados para comunicar com os amigos, entre outros. O preenchimento do questionário foi realizado pessoalmente pelos participantes na USF Delta e também autoadministrado com envio e retorno pela Internet, após terem sido previamente contactados pelo telefone. Foi ainda salvaguardado que quanto à ingestão dos alimentos, (questões nº7 e nº8 - Anexo 2), o número de vezes que estes eram consumidos deveria ser interpretado como o número de porções de alimentos que ingeriam.

### 3.1.3. Questões éticas

No presente projeto foi fundamental salvaguardar todas as questões éticas. Ao enfermeiro compete fundamentar a sua prática profissional nos quadros ético, deontológico e jurídico (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Foram garantidos os princípios éticos e morais aceites pela comunidade científica, de forma a

salvaguardar o respeito pela dignidade humana, particularmente a integridade corporal, psicológica e cultural (Fortin, Côté, & Fillion, 2009).

A participação no estudo e conseqüente aplicação do questionário foram precedidas da solicitação do consentimento livre e esclarecido, por escrito, dirigido aos encarregados de educação / pais dos adolescentes (Apêndice 3). Foi garantido o anonimato e confidencialidade de todas as informações relativas à colheita de dados e tratamento dos mesmos. No que concerne às informações, foi designado um código, apenas do conhecimento da enfermeira mestranda, considerando que a intervenção comunitária exige um acompanhamento dos participantes. A aplicação do questionário foi precedida do consentimento informado da autora, Dra. Conceição Baptista (Anexo 3). Foram solicitados consentimentos para mencionar o nome do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras à Senhora Diretora Dra. Fátima Nogueira (Apêndice 4) e autorização para mencionar o nome da USF no estudo à Coordenadora da USF Delta, Dra. Catarina Cordeiro (Apêndice 5), as quais concederam a sua divulgação.

#### 3.1.4. Apresentação e análise dos dados

Neste subcapítulo, é realizada a apresentação e análise dos dados obtidos, conduzindo ao diagnóstico da situação, para posteriormente identificar os principais problemas de saúde presentes na população que respondeu ao questionário. Este subcapítulo tem como finalidade caracterizar a população estudada, realçando os dados recolhidos para que estes sejam compreendidos quer pelo investigador, quer pelo leitor (Fortin, Côté, & Fillion, 2009).

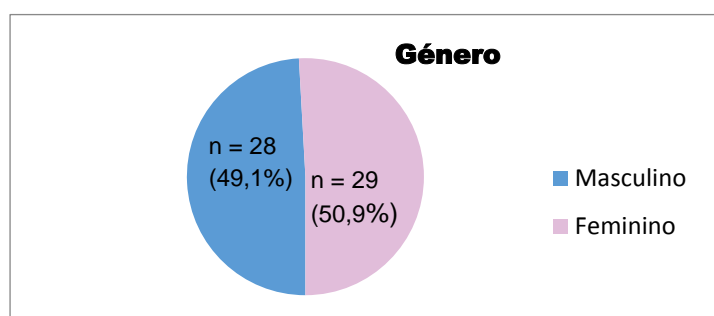
A análise dos resultados foi realizada utilizando a folha de cálculo Microsoft *Excel* 97-2003. Para organização dos dados foram utilizados: um gráfico para caracterização por género (que se encontra no corpo do trabalho) e tabelas (Apêndice 6), que indicam o número absoluto e percentagens de respostas dadas pelos adolescentes a cada pergunta do questionário.

Com vista a delinear a sua intervenção, é fundamental que o enfermeiro conheça a sua população. Este conhecimento prende-se num primeiro momento com a sua

**caraterização sociodemográfica** com vista a reconhecer quais os seus principais determinantes de saúde. O enfermeiro EECSP “Integra variáveis sócio - económicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes da saúde.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.3).

A população que participou no estudo era constituída por 57 adolescentes inscritos na USF Delta, nascidos em 1999. Não existiu uma diferença marcante quanto ao género, como pode verificar-se no Gráfico 1, sendo 50.9% do género feminino e 49.1% do género masculino

**Gráfico 1** - Distribuição dos adolescentes por género (n=57)



A maioria dos adolescentes, 49 (86%), frequentava o 8º ano, 4 (7%) adolescentes frequentavam o 9º ano, 1 (1.8%) adolescente do sexo feminino encontrava-se no 7º ano e 3 (5.3%) adolescentes do sexo masculino frequentavam o 6º ano (Apêndice 6, Tabela 1). Na sua maioria, 50 (87,7%), eram de nacionalidade portuguesa existindo 7 (12,3 %) adolescentes de nacionalidade brasileira (Apêndice 6, Tabela 2). Dos adolescentes que responderam ao questionário, a maioria não pertencia a qualquer tipo de grupo de atividade cívica (Apêndice 6, Tabela 3).

No que se refere à **Alimentação**, foi possível identificar que nos adolescentes do sexo masculino a frequência da ingestão dos alimentos situava-se maioritariamente em 1 a 2 vezes por dia (Apêndice 6 Tabela 4). De igual forma no sexo feminino a predominância da frequência de ingestão dos diferentes alimentos encontrou-se na resposta: 1 a 2 vezes por dia (Apêndice 6 Tabela 5).

Relativamente à ingestão de água, verificou-se que, dos 57 adolescentes, 34 (59%) ingeriam menos de 1 litro de água por dia, apenas 23 (40.3%) dos adolescentes referiram beber mais de um litro de água por dia, não existindo uma grande divergência entre os dois sexos (Apêndice 6 Tabela 6).

Dos adolescentes inquiridos, a maioria, 51 (89.5%) tomava o pequeno-almoço em casa. No sexo masculino, os adolescentes que não tomavam em casa correspondiam aos que não tomavam pequeno-almoço, um total de 3 (5.3%), (Apêndice 6 Tabela 7). Os dados coincidem com os nacionais que referem que cerca de 80% dos jovens tomam o pequeno-almoço em casa (Matos et al., 2010).

No que se refere ao almoço, a maioria dos adolescentes 42 (73.7%) almoçava no refeitório da escola (Apêndice 6 Tabela 8).

Os adolescentes interrogados consideraram na sua maioria, 37 (64.9%) que a comida do refeitório da escola era mais saudável do que a do bar (Apêndice 6 Tabela 9).

Dos 57 adolescentes questionados, a maioria afirmou não ingerir refrigerantes, doces e fritos diariamente, referindo o consumo destas substâncias ocasionalmente ou nunca (Apêndice 6, Tabelas 10,11 e 12).

No que diz respeito à prática de **atividade física**, fora da escola (Apêndice 6 Tabela 13), dos 57 adolescentes, 4 (7%) adolescentes nunca praticavam, 10 (17.7%) raramente e, dos restantes 43 (75.4%), apenas 25 (43.9%) possuíam prática desportiva fora da escola, mais de três vezes por semana. Os resultados não vão de encontro aos dados nacionais, onde é referido que cerca de metade dos adolescentes praticam atividade física três vezes ou mais por semana (Matos et al., 2010).

No grupo existia uma predominância da atividade física paga (Apêndice 6 Tabela 14). Destes mesmos adolescentes, apenas 28 (49.1%) tinham o hábito de caminhar mais de 30 minutos por dia, 18 (31,6%) andavam a pé entre 15 a 30 minutos e 11 (19.3%) menos de 15 minutos por dia (Apêndice 6 Tabela 15).

No que concerne o **consumo de substâncias**, nenhum referiu fumar, apesar de 8 (14.4%), afirmarem já ter experimentado. Os 57 (100%) adolescentes interrogados

revelaram não ter existido qualquer tipo de contato com drogas e todos afirmaram não consumir álcool habitualmente (Apêndice 6, Tabelas 16,17 e 18). Estes dados coincidem com os dados nacionais em que foi revelado que aproximadamente 88% dos adolescentes não fuma, a maioria não consome bebidas destiladas e nunca se embriagou, assim como não consumiu drogas no último mês, nem nunca experimentou haxixe (Matos et al., 2010).

Quanto aos **tempos diários dedicados ao uso de computador e televisão** verificou-se que a maioria dos adolescentes, 46 (80.7%) mencionaram passar mais de 2 horas por dia em atividades sedentárias como ver Televisão ou jogar Videojogos, 5 (8.8%) referiram ver televisão mais de 5 horas por dia e 8 (14%) jogar videojogos mais de 5 horas por dia (Apêndice 6, Tabelas 19 e 20).

No que respeita aos **hábitos de sono**, os adolescentes inquiridos referiram dormir na sua maioria, 33 (57.9%), mais de 8 horas por dia (Apêndice 6, Tabela 21).

O contato pessoal foi eleito, maioritariamente, pelos adolescentes, como o **meio** mais importante **utilizado para comunicar com os amigos** (Apêndice 6, Tabela 22).

No âmbito da **sexualidade** foi possível perceber que a grande maioria dos adolescentes se considerava informada sobre IST. Quanto à informação para prevenir uma gravidez, todas as adolescentes afirmaram ter informações e, do sexo masculino, 5 (8.8%) declararam não ter informações sobre prevenção da gravidez.

Dos 57 adolescentes inquiridos, apenas 2 (3.6%) iniciaram a vida sexual, um adolescente do sexo masculino e um do sexo feminino. Os dois declararam usar sempre o preservativo (Apêndice 6, Tabela 23). Os resultados correspondem aos obtidos em 2010 a nível nacional nos quais, a maioria dos adolescentes dizem que nunca tiveram relações sexuais (Matos et al., 2010).

**Outros dados** obtidos, a partir do instrumento de colheita de dados, permitiram apurar que, para terem uma imagem corporal mais atraente, os adolescentes

maioritariamente optariam por praticar desporto e comer melhor. Quanto à opção de não fumar, são os adolescentes do sexo masculino que a consideraram com mais frequência. Entre as adolescentes do sexo feminino, um maior número optaria por usar produtos de beleza e comprar roupa da moda e adereços (Apêndice 6, Tabela 24). A maioria dos adolescentes, 35 (61.4%), apresentava um IMC entre 18,5 e 24,9 o que correspondia a serem saudáveis, e dos 57 adolescentes questionados, a maioria, 50 (87,7%) não tomava regularmente medicação (Apêndice 6, Tabela 25 e 26).

O quadro que se segue apresenta os principais resultados que advieram da aplicação do questionário, relativos às perguntas das quais emergiram os problemas identificados no grupo de adolescentes estudado.

**Quadro 1.** Dados referentes aos problemas identificados no grupo de adolescentes

Comportamentos identificados	Consumo de		Ingestão de água <1l/dia	Andar "a pé" <30 min /dia	Tempo de televisão >2h	Tempo computado >2h
	fruta <3 vezes/dia	produtos hortícolas <3 vezes/dia				
Frequência Relativa	86%	72%	51%	51%	39%	65%
Frequência Absoluta	49	41	29	29	22	37
Total	n =57					

A análise do Quadro 1 permite perceber que os resultados encontrados, no que se refere aos hábitos alimentares dos adolescentes, vão de encontro aos resultados verificados a nível europeu e nacional, que apontam para uma diminuição do consumo diário de fruta e vegetais entre os 11 e os 15 anos (Matos et al. , 2010; OECD, 2010).

Relativamente à ingestão de água, apurou-se que, dos 57 adolescentes, a maioria ingeria menos de 1 litro de água por dia.

Maioritariamente os adolescentes caminhavam menos de 30 minutos/dia referindo passar mais de 2 horas por dia em atividades sedentárias como ver televisão ou jogar videojogos, o que coincide com os resultados nacionais que indicam como

desfavorável o tempo que os adolescentes passam em frente ao ecrã, principalmente do computador (Matos et al. , 2010).

### 3.1.5. Diagnósticos de enfermagem

Na última fase do diagnóstico de situação são identificados os principais problemas de saúde, *output* do diagnóstico e a partir do qual se irão trabalhar as prioridades. O diagnóstico permite justificar as atividades que irão ser desenvolvidas e funcionará como padrão de comparação no momento de avaliação da intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993).

Concluído o processo desenvolvido para realizar o diagnóstico da situação, identificaram-se os seguintes problemas relativamente aos comportamentos de saúde presentes nos 57 adolescentes:

- Baixo consumo de fruta e produtos hortícolas;
- Baixa ingestão de água (< 1 l /dia);
- Caminhada inferior a 30 minutos/dia;
- Tempo que passam em frente ao ecrã da televisão e computador superior a 2h/dia.

A partir destes problemas foram definidos os diagnósticos apresentados no Quadro 2 de acordo com a taxonomia da CIPE® Versão 2, (Ordem dos Enfermeiros, 2011(a)).

**Quadro 2.** Problemas identificados e Diagnósticos de enfermagem definidos

<b>Problemas identificados</b>	<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>
Baixo consumo de fruta Baixo consumo produtos hortícolas Baixo consumo de água	<b>Comportamento Alimentar Comprometido</b>
Andar “a pé” inferior a 30 minutos/dia Tempo que passam a ver televisão e a jogar vídeo jogos superior a 2h/dia	<b>Padrão de Exercício Físico Comprometido</b>

### 3.2. Definição de prioridades

A definição de prioridades, constitui a segunda etapa do planeamento em saúde. Tem como objetivo hierarquizar os problemas encontrados na etapa anterior e permitir a transição para a etapa seguinte que se refere à fixação dos objetivos. Esta etapa permite selecionar o problema para que a intervenção seja eficiente na utilização dos recursos e permita uma otimização dos resultados (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para realizar a priorização recorreu-se ao método da grelha de análise (Apêndice 7). De acordo com Tavares (1990) consiste em atribuir uma classificação dicotómica (+) ou (-). O problema que expressa maior positividade considera-se o problema primordial sendo selecionado como o primeiro no qual se realiza a intervenção. Para chegar a este são avaliados e tratados todos os problemas de forma sequencial seguindo os critérios de seleção (Tavares, 1990). No grupo de adolescentes estudado verificou-se que o comportamento alimentar se encontrava comprometido, pois os dados revelaram um consumo inadequado de frutas e produtos hortícolas, sendo um problema que apresenta um fator risco elevado, em termos de morbilidade e mortalidade (Ministério da Saúde, 2012 (a)). Uma boa nutrição é um dos principais determinantes de boa saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

É salientado pela OMS (2012) que muitas das mortes prematuras na vida adulta se devem a comportamentos iniciados na adolescência, como a adoção de um padrão de atividade física inadequado. Verificou-se também que no grupo de adolescentes existia uma baixa prevalência de caminhada superior a 30 minutos/dia e uma elevada prevalência de atividades sedentárias, pelo que foi possível constatar que o padrão de exercício neste grupo de adolescentes se encontrava comprometido.

Decidiu-se intervir sobre o tempo em frente ao ecrã da televisão e computador apesar de não serem problemas prioritários, visto ser exequível e existir capacidade técnica para o efeito, uma vez que estes se encontram interligados com a atividade física. De acordo com Pender, Murdaugh, & Parsons (2011) para promover a saúde ao longo da vida, os adolescentes devem participar em atividades físicas e reduzir o tempo de atividades sedentárias, nomeadamente o tempo de utilização do computador e televisão deve ser limitado. Concluída a priorização, a intervenção

incidiu nos dois diagnósticos de enfermagem; **Comportamento Alimentar Comprometido e Padrão de Exercício Físico Comprometido.**

### 3.3. Fixação de objetivos

A fixação de objetivos é uma etapa crucial da metodologia do planejamento em saúde após terem sido priorizados os problemas e identificados os diagnósticos de enfermagem. Nesta fase devem ser fixados os objetivos que se desejam atingir relativamente aos problemas identificados (Imperatori & Giraldes, 1993).

Determinados os problemas, torna-se fundamental alterar a tendência natural da sua evolução, pelo que devem ser definidos os objetivos que se pretendem alcançar, tornando-se imprescindível a sua quantificação “O objetivo será o enunciado do resultado desejável do problema,...” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 30).

No Quadro 3 são apresentados os objetivos delineados e as respetivas metas.

**Quadro 3.** Problemas identificados, objetivo geral, objetivos específicos e metas

<b>Problemas</b>	<b>Objetivo Geral</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Metas</b>
Baixo consumo: Hortícolas e Frutas	Promover o consumo diário adequado de frutas e hortícolas num grupo de adolescentes de 14 anos inscritos na USF Delta, de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014.	Sensibilizar para a importância de consumir produtos hortícolas e frutícolas para adotar um comportamento alimentar saudável.	Que pelo menos 60% dos adolescentes afirmem consumir 3 porções de produtos hortícolas e frutícolas por dia.
Exercício Físico insuficiente e tempo em frente ao ecrã da televisão e computador superior a 2h/dia.	Promover o exercício físico adequado num grupo de adolescentes de 14 anos inscritos na USF Delta, de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014.	Sensibilizar para a importância da atividade física como comportamento saudável;	Que pelo menos 60% dos adolescentes afirmem andar a pé + 30 min/dia.
		Estimular nos adolescentes o gosto e a vontade de praticar exercício;	
		Estimular os adolescentes para a diminuição do tempo diário de atividades sedentárias.	Diminuir em 3% o número de adolescentes que afirmem ver televisão e usar computador por tempo > 2h/dia.

Considerando a intervenção deste projeto, tornou-se pertinente elaborar indicadores de processo que permitissem quantificar as atividades realizadas (Imperatori & Giraldes, 1993). O Quadro 4 ilustra os indicadores de processo definidos.

**Quadro 4. Indicadores de processo**

<b>Indicadores de processo</b>	
Nº de adolescentes que participaram na 1ª sessão de EpS	/57 x 100
Nº de adolescentes que participaram na 2ª sessão de EpS	
Nº de adolescentes que aderiram ao grupo fechado no Facebook	
Nº de adolescentes que atribuíram a classificação de Satisfeito ou Muito Satisfeito às atividades desenvolvidas na sessão de EpS 1	/número adolescentes presentes na 1ª/2ª sessão de EpS x 100
Nº de adolescentes que atribuíram a classificação de Satisfeito ou Muito Satisfeito às atividades desenvolvidas na sessão de EpS 2	

### **3.4. Seleção de estratégias/ intervenções**

Pretende-se nesta fase definir estratégias e intervenções inovadoras e criativas que permitam agir sobre os problemas identificados de forma a alcançar as metas propostas. Esta é uma fase fundamental do planeamento em saúde na qual se concebem as formas mais adequadas de intervir para reduzir os problemas identificados (Imperatori & Giraldes, 1993).

A alimentação saudável e a prática do exercício físico são determinantes de saúde sobre os quais existe a necessidade de uma abordagem multissetorial, que tenha como finalidade modificar e promover conhecimentos, atitudes e comportamentos. A conscientização da importância de uma boa alimentação é determinante para a saúde do adolescente e o seu desempenho geral.

A atividade física regular no adolescente contribui para melhorar as suas aptidões cardiorrespiratórias e musculares, a sua saúde e diminuir os sintomas de depressão, entre outros (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011; World Health Organization, 2010).

De acordo com Pender, Murdaugh, & Parsons (2011) as estratégias de intervenção incluem as individuais, as de grupo, as de base tecnológica (telefone, internet e/ou vídeo) ou as combinações destes formatos. Para promover a mudança nos padrões alimentares, as estratégias de intervenção devem contemplar: aumento da acessibilidade à informação nutricional, educação nutricional, aconselhamento nutricional em todos os *settings* para a população em geral e o reforço da ligação entre nutrição e atividade física na promoção da saúde. Segundo as mesmas autoras, toda a população deve ser exposta à educação nutricional através dos meios de comunicação e recursos da internet. *Sites* que incidem sobre nutrição são uma maneira rápida de se manter atualizado sobre os mais recentes avanços científicos. A enfermeira tem, nesta área, um importante papel na medida em que pode ajudar o cliente a compreender e selecionar informações mais fidedignas (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

A estratégia selecionada foi no âmbito da Educação para a Saúde que, segundo Pender, Murdaugh & Parsons (2011), é uma estratégia de capacitação que possibilita aos indivíduos assumirem a responsabilidade pela sua saúde. Stanhope e Lancaster (2011) seguindo a mesma linha de pensamento, mencionam que a formação permite que os indivíduos tomem decisões fundamentadas relativamente à sua saúde, assumindo responsabilidades sobre a mesma e os seus estilos de vida. Por sua vez na CIPE® Versão 2, inerentes à EpS é possível identificar como intervenções adequadas: informar, formar e educar (Ordem dos Enfermeiros, 2011 (a)). Educar faz parte das funções do enfermeiro EECSP "... todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também ensinar, uma das componentes do processo de educar." (Carvalho & Carvalho, 2006, p. 3).

A intervenção desenvolvida encontra-se ao nível da prevenção primária, uma vez que assume uma visão salutogénica, baseando-se na identificação dos comportamentos de saúde, com a intenção de capacitar os adolescentes face ao seu processo de saúde através de um processo de suporte de escolhas que visam atingir um estado de saúde positivo (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). As

mesmas autoras referem ainda que os CSP são o local ideal para desenvolver intervenções de promoção da saúde que visem alterações de comportamentos para a adoção de estilos de vida saudáveis.

Como enfermeira comunitária, a mestranda procurou adotar estratégias de intervenção para educar e orientar o grupo de adolescentes no que concerne à alimentação e ao exercício físico, não só através da transmissão de informações mas, favorecendo no grupo de adolescentes uma nova perspectiva relativamente a estas temáticas (Benner, 2001). A enfermeira EECSP deve proporcionar orientação de aprendizagem para alcançar alterações de comportamento perduráveis (Onega & Devers, 2011).

A opção de intervir em grupo prende-se com o fato da evidência científica demonstrar que nesta fase da vida, os grupos de pares têm uma grande influência nos comportamentos. As recomendações literárias indicam que a abordagem a adolescentes para melhorar os comportamentos de promoção da saúde deve concentrar-se nos grupos de pares (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). As mesmas autoras reconhecem a EpS, como sendo favorecedora de um ambiente que promove o crescimento e sustenta comportamentos de promoção da saúde, de autoestima, e de alto nível de bem-estar que permitem obter um estado de saúde positivo e conseqüentemente ganhos em saúde.

Com o intuito de ajustar a intervenção comunitária ao grupo de adolescentes a fim de obter a adesão por parte do mesmo e ser bem-sucedida nas atividades planeadas, foi fundamental estabelecer parcerias com uma unidade de cuidados na comunidade (UCC), com uma associação gimnodesportiva local e com laboratórios da indústria farmacêutica. Ao enfermeiro EECSP compete a mobilização de "... parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde" (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

### **3.5. Preparação operacional**

Na fase de Preparação operacional, quinta etapa do Planeamento em Saúde, procura-se delinear genericamente as atividades que permitem dar resposta à estratégia de intervenção previamente definida (Imperatori & Giraldes, 1993).

Foram considerados os possíveis constrangimentos para a implementação das atividades, como a falta de adesão às atividades por parte do grupo de adolescentes, as estratégias a adotar para ultrapassar as dificuldades tais como, os horários, os contatos e os recursos a utilizar para ajustar as atividades ao grupo de adolescentes.

Para a operacionalização do projeto foi necessário mobilizar recursos humanos, materiais e financeiros (Apêndice 8) que permitiram desenvolver as atividades planeadas. Com o objetivo de orientar temporalmente as atividades a desenvolver foi elaborado um Cronograma de Gantt (Apêndice 9) com vista a determinar o início e a duração das atividades, o que permitiu um melhor controlo sobre a execução das mesmas (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para implementar a intervenção foi importante ter em consideração que “Para que haja mudança de comportamento é necessário que haja aprendizagem.” (Carvalho & Carvalho, 2006, p. 17). Para realizar EpS no grupo de adolescentes foi fundamental reconhecer as três áreas de aprendizagem: cognitiva, afetiva e psico-motora (Onega & Devers, 2011), para ajustar a intervenção aos comportamentos, já que os mesmos se diferenciam em três domínios: cognitivo, afetivo e psicomotor. A mudança de atitudes é do domínio afetivo do comportamento (Redman, 2003).

A opção por realizar as sessões de EpS em grupo, com uma grande componente de índole prática foi uma escolha refletida, que demonstrou ser a mais adequada. Esta opção está de acordo com Redman (2003), segundo o qual a forma mais potente de aprendizagem ocorre quando esta é feita sob a forma de experimentação, em que as tarefas se desenvolvem pelos próprios em situação real. A autora supracitada, refere também que a aprendizagem com os pares revela-se motivadora, integra as diferentes áreas de aprendizagem e permite influenciar a aquisição de atitudes

interferindo desta forma no domínio afetivo do comportamento. No que se refere à EpS dirigida aos adolescentes aplicam-se os princípios gerais da aprendizagem, desde que ajustados à idade (Redman, 2003).

Foi elaborado um plano operacional (Apêndice 10) que especifica detalhadamente as atividades realizadas e recursos utilizados de forma a concretizar os objetivos anteriormente delineados para atingir as metas propostas.

Segue-se uma exposição que pretende apresentar e fundamentar a execução realizada.

### **Atividade 1 - Sessão de Educação para a Saúde “Põe-te a mexer”**

A realização desta sessão de EpS, foi precedida por uma reunião com um professor de ginástica de uma associação gimnodesportiva do concelho de Oeiras, no dia 8 de novembro de 2013.

Com base num plano de EpS (Apêndice 11) previamente definido, esta atividade foi implementada em conjunto com este professor. O objetivo desta parceria foi realizar uma sessão de EpS de forma a sensibilizar os adolescentes para os benefícios da prática do exercício físico, através do método demonstrativo e participativo. Utilizar a técnica da demonstração associada à prática é o método mais adequado para a aquisição de habilidades (Redman, 2003).

As sessões foram realizadas em dois momentos devido à dimensão do grupo, tendo estas decorrido nos dias 23 de novembro e 7 de dezembro de 2013. O primeiro momento decorreu na sala de formação do edifício da extensão de saúde de Paço de Arcos e o segundo momento, num espaço coberto do mesmo edifício onde se situa a USF Delta, uma vez que o local previamente definido (Parque dos Poetas) não ofereceu condições meteorológicas para o desenvolvimento da atividade.

Recorreu-se ao método expositivo num primeiro momento para apresentar os resultados do diagnóstico de situação ao grupo de adolescentes, e para transmitir informações relativas a esta temática, através de uma apresentação em

“PowerPoint” (Apêndice 12). No decorrer da exposição, para apelar à participação do grupo, utilizou-se o método interrogativo com o objetivo de criar maior dinamismo na sessão e promover a partilha de opiniões e experiências.

De seguida foi proporcionado ao grupo um pequeno lanche saudável, facultado por um laboratório da indústria farmacêutica, resultado de uma parceria. O momento que se seguiu foi de cariz participativo, no qual o professor de ginástica envolveu o grupo numa hora de exercício físico apoiado sobretudo em atividades de grupo, promovendo uma maior interação entre os adolescentes. Proporcionar experiências que originem satisfação permitindo que a pessoa desenvolva uma resposta positiva associada à experiência é uma forma de influenciar atitudes (Redman, 2003).

No final foi entregue um folheto (Apêndice 13) com o intuito de constituir um momento de formação para suscitar a participação do grupo, fomentando a discussão dos seus conteúdos. Utilizar a informação escrita possibilita reter maior informação (Redman, 2003).

## **Atividade 2 – Sessão de Educação para a Saúde “Decide Saudável”**

Para esta sessão foi realizada uma reunião com a enfermeira coordenadora e uma nutricionista da UCC no dia 7 de novembro de 2013, no sentido de delinear as melhores estratégias a utilizar na sessão.

Esta foi realizada de acordo com um plano de EpS (Apêndice 14) em parceria com a nutricionista da UCC, com a intenção de sensibilizar os adolescentes acerca dos benefícios do consumo de produtos hortícolas e frutícolas. A sessão concretizou-se em dois momentos devido à dimensão do grupo e decorreu nos dias 14 e 19 de dezembro de 2013, momentos coincidentes com o período de férias dos adolescentes. Os espaços utilizados foram a sala de formação do edifício de Paço de Arcos do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras e o refeitório/cozinha do mesmo edifício.

Foram transmitidos os resultados do diagnóstico da situação ao grupo de adolescentes que permitiram inferir o diagnóstico de comportamento alimentar comprometido. Através do método pedagógico expositivo e recorrendo a materiais visuais como “PowerPoint” (Apêndice 15) foram transmitidas informações relativas ao tema mencionado.

Com o intuito de favorecer o método participativo e demonstrativo, foi elaborada uma ementa com o auxílio da nutricionista (Apêndice 16), a qual foi possível apresentar ao grupo de adolescentes para degustação, promovida pela parceria implementada com laboratórios para a aquisição de produtos alimentares. Foi também realizada uma atividade com os adolescentes, em que os mesmos elaboraram a ementa correspondente a um dia da sua alimentação (Anexo 4).

Preparar a fruta e os produtos hortícolas de formas diferentes, e proporcioná-los aos adolescentes para experimentarem, foi uma forma de orientar o seu comportamento alimentar, pois apesar do pensamento abstrato estar desenvolvido permitindo-lhe imaginar diferentes possibilidades, muitos deles necessitam de ajuda para pensar em comportamentos alternativos (Redman, 2003).

Finalmente foi distribuído um instrumento de ensino - folheto- inerente ao tema apresentado, o qual foi analisado em conjunto com o grupo para consolidar conhecimentos (Apêndice 17).

### **Atividade 3 – Grupo fechado no Facebook “Estilos Saudáveis”**

Web sites são recursos para permitir acesso a informação atualizada e ao enfermeiro compete ajudar o grupo a perceber e selecionar informação válida (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

Para concretizar esta atividade foi constituído no Facebook um grupo fechado denominado por “Estilos Saudáveis” (Apêndice 18) onde, à mestrandia como administradora do grupo, lhe competia autorizar a adesão dos adolescentes ao

grupo, assim como autorizar as publicações que pretendessem realizar na página. Antes de enviar os convites aos adolescentes para integrarem o grupo foi realizada uma informação acerca desta atividade, dirigida aos encarregados de educação (Apêndice 19).

O grupo “Estilos Saudáveis” foi apresentado aos adolescentes nas sessões de EpS realizadas, onde foram informados que o objetivo do mesmo seria promover estilos de vida saudáveis inerentes à alimentação e prática de exercício físico. O grupo foi criado permitindo a partilha de informações e esclarecimento de dúvidas entre o grupo de adolescentes e profissionais de saúde (enfermeiras e nutricionista), nomeadamente pela partilha de artigos no âmbito da alimentação e dos recursos existentes na comunidade relacionados com a atividade física, dirigida aos adolescentes.

O computador como forma de auxiliar o ensino, utiliza a modelagem e dessensibilização para aumentar a autoestima dos adolescentes. À medida que estes vão obtendo mais informação, vão adquirindo mais poder com novas formas de tomar decisões. Os sistemas de informação computurizados permitem responder a perguntas e manter a atualização de informações resultantes de investigações e guias de serviços comunitários (Redman, 2003).

Esta atividade teve início no dia 23 de novembro de 2013 e mantém-se ativa, como um recurso para o grupo de adolescentes que participou no projeto, através da partilha e atualização de informação sobre novas iniciativas de âmbito desportivo desenvolvidas na comunidade dirigidas aos adolescentes, assim como partilha de informações relacionadas com a alimentação.

### 3.6. Avaliação

A avaliação é a última etapa do planeamento em saúde, transversal a todas as etapas anteriores, que permite perceber o sucesso com que se atingiram os objetivos delineados, confrontando-os com as estratégias definidas, bem como considerar formas para melhorar a intervenção realizada (Imperatori & Giraldes, 1993).

As atividades planeadas foram concretizadas de acordo com o cronograma planeado e a avaliação dos indicadores de processo, Quadro 5, permitiu perceber a participação e a satisfação do grupo de adolescentes com as atividades desenvolvidas. A satisfação foi avaliada através de um questionário (Apêndice 20).

**Quadro 5.** Resultados dos Indicadores de processo

Atividades concretizadas	Indicadores de processo			
	% de participação da amostra nas atividades a desenvolver		% de satisfação da amostra com as atividades desenvolvidas	
Sessão EpS 1 “Põe-te a Mexer!”	Frq. abs - <b>38</b>	Frq. rel - <b>67 %</b>	Frq. abs - <b>38</b>	Frq. rel - <b>100 %</b>
Sessão EpS 2 “Decide Saudável”	Frq. abs - <b>39</b>	Frq. rel - <b>68%</b>	Frq. abs - <b>39</b>	Frq. rel - <b>100%</b>
Grupo fechado do facebook “Estilos Saudáveis”	Frq. abs - <b>13</b>	Frq. rel - <b>26%</b>	_____	

O Quadro 5 revela que da amostra inicial de 57 adolescentes, a adesão à intervenção situou-se acima dos 50%, nas duas sessões de EpS realizadas. No que diz respeito à satisfação com as atividades desenvolvidas durante as sessões de EpS, como referido por Fadel & Filho (2009) a avaliação da satisfação funciona como um indicador de qualidade para os cuidados de saúde prestados, o que permite perceber que as duas sessões de EpS foram realizadas com sucesso, uma vez que 100% dos participantes as avaliaram com satisfaz muito e satisfaz. Na primeira EpS intitulada

“Põe-te a Mexer” um adolescente não pode comparecer por motivos de saúde. Assim foram considerados 38 participantes na EpS 1 e 39 participantes na EpS 2. No que concerne à atividade de adesão ao grupo do Facebook a participação situou-se abaixo dos 50%, o que foi contrário ao esperado visto esta atividade encorajar a utilização das novas ferramentas tecnológicas com as quais atualmente os adolescentes estão familiarizados.

O período de tempo definido para a implementação do projeto não permite avaliar mudanças de comportamento (Redman, 2003), pelo que, no que se refere aos indicadores de resultado, a avaliação tem por base os dados resultantes da aplicação do instrumento de colheita de dados, o mesmo que foi aplicado no diagnóstico de situação, "Estudo de caracterização dos comportamentos de saúde – Inquérito à população escolar do Concelho de Oeiras (7º ao 9º ano) " (Câmara Municipal de Oeiras, 2010), com a variante de ser apenas aplicado na parte referente às dimensões que permitiram identificar os problemas existentes e conseqüentemente definir os diagnósticos de enfermagem. No Quadro 6 são apresentadas as metas e respetiva avaliação, de acordo com os resultados obtidos no questionário, aplicado quatro semanas após a intervenção. Os resultados discriminados encontram-se no Apêndice 21.

**Quadro 6.** Diagnósticos de enfermagem, Metas e Avaliação.

Diagnósticos de Enfermagem	Metas	Avaliação
<b>Comportamento Alimentar Comprometido</b>	Que pelo menos 60 % dos adolescentes afirmem consumir pelo menos, 3 porções de fruta por dia	67%
	Que pelo menos 60 % dos adolescentes afirmem consumir pelo menos 3 porções de produtos hortícolas por dia	62%
<b>Padrão de Exercício Físico Comprometido</b>	Que pelo menos 60% dos adolescentes afirmem andar a pé + 30 min/dia	62%
	Diminuir em 3% o número de adolescentes que vê televisão > 2h/dia	Diminuiu de 39% para 36%
	Diminuir em 3% o número de adolescentes que usa computador > 2h/dia	Diminuiu de 65% para 59%

No que se refere aos indicadores de resultado, o Quadro 6 permite apurar que as metas propostas foram atingidas com sucesso. No que se refere ao consumo de fruta, 67% (n=26) dos adolescentes afirmaram consumir 3 ou mais porções por dia. Quanto aos produtos hortícolas 62% (n=24), declararam consumir 3 ou mais porções de hortícolas por dia.

Pode observar-se que 62% (n=24), afirmaram caminhar mais de 30 minutos por dia. Relativamente às atividades sedentárias, no que concerne ao tempo em frente ao ecrã da televisão, 36% (n=14) dos adolescentes referiram tempos superiores a 2h diárias, o que revela uma redução em 3%, face aos valores apurados no diagnóstico de situação. Em relação ao tempo em frente ao ecrã do computador, os valores correspondentes a tempos superiores a 2h diárias situaram-se nos 59% (n=23), evidenciando uma redução de 6% comparativamente ao valor encontrado no diagnóstico de situação.

Mediante os resultados que emergiram, considera-se que os objetivos planeados para a intervenção comunitária foram atingidos com sucesso.

O apoio prestado pela equipa da USF Delta e a disponibilidade verificada por parte das parcerias comunitárias estabelecidas para dar continuidade ao projeto, permitiram validar a pertinência desta intervenção e a valorização atribuída à mesma.

## **4. CONCLUSÕES**

Neste capítulo são apresentadas as principais conclusões deste projeto de intervenção comunitária. Este capítulo encontra-se dividido nos seguintes subcapítulos: limitações para a consecução do projeto; implicações para a prática de enfermagem; reflexão sobre as competências adquiridas como enfermeira EECSP e por último as considerações finais.

### **4.1. Limitações do projeto**

Durante a execução do projeto surgiram algumas dificuldades para a sua concretização, das quais se destacam o horizonte temporal para a realização do estágio, condicionando a escolha das estratégias, o número de sessões de EpS realizadas e a dimensão dos grupos de adolescentes formados.

A utilização da EpS como estratégia de intervenção tinha como intenção gerar alterações no comportamento dos adolescentes, por forma a alcançar comportamentos de saúde positivos, que se mantivessem ao longo do tempo (Onega & Devers, 2011; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). O horizonte temporal em que foi desenvolvido o projeto não permitiu avaliar a mudança de comportamento. Para este efeito seria necessário como refere Redman (2003) uma intervenção continuada ao longo do tempo.

A conciliação das atividades planeadas, com as atividades escolares e extra curriculares dos participantes, tendo em conta que se encontravam em momentos de provas escolares e preparativos relacionados com a época natalícia, também se revelou uma limitação no que concerne à adesão às atividades. Para superar esta limitação as sessões decorreram ao sábado, no período de férias e foram constituídos apenas dois grupos.

Outra das limitações esteve relacionada com o questionário utilizado, dado que avaliava o número de vezes que os adolescentes ingeriam os alimentos, quando

idealmente deveria avaliar as porções consumidas. Esta limitação foi ultrapassada através de orientação e informação que disponibilizei aos adolescentes aquando do preenchimento do questionário.

#### **4.2. Implicações para a prática de enfermagem**

A intervenção comunitária originou mudanças de cariz pessoal, profissional e institucional que se exprimem inevitavelmente numa evolução da enfermagem como profissão. O enfermeiro EECSP assume um papel de relvo nesta problemática ao longo de todo o processo encarando a sua prevenção como uma prioridade em saúde.

No decurso deste trabalho na USF Delta, como mestranda e enfermeira de família da referida unidade, foi possível através de uma reflexão sobre a prática, perceber que os cuidados dirigidos aos adolescentes poderiam ser melhorados. Tendo em consideração os problemas que emergiram no diagnóstico de situação, intervir nos adolescentes tentando que os mesmos se aproximem da equipa da USF, foi entendido como uma prioridade. Realizar a convocatória de todos os adolescentes entre os 11 e os 13 anos de idade, que não tenham recorrido à unidade para consulta anual, passou a fazer parte dos procedimentos da equipa, com o intuito de que se mantenha a EpS no que se refere à promoção de uma alimentação saudável e adoção de um padrão de exercício físico adequado, realizada na consulta de enfermagem.

Ficaram ainda deliberadas na USF:

- Manutenção das parcerias estabelecidas de forma a dar continuidade às sessões de EpS a grupos de adolescentes sobre Alimentação e Exercício Físico.
- Formação específica na área da EpS em adolescentes, dirigida à equipa de enfermagem, com o intuito de que a mesma desenvolva as suas competências para aprimorar a prática de cuidados dirigidos a este grupo.

### 4.3. Reflexão sobre as competências adquiridas

A concretização deste projeto, através da articulação entre os saberes práticos e teóricos respeitando a metodologia do planeamento em saúde possibilitaram a aquisição e o desenvolvimento de competências como enfermeira EECSP.

Este percurso para além de ter como objetivo desenvolver as competências académicas preconizadas para o 2º do ciclo de estudos superiores, de acordo com o Processo de Bolonha, teve como finalidade facultar o desenvolvimento de competências como enfermeira EECSP, as quais estão intimamente associadas à capacidade de promover a saúde da população, uma vez que faz parte das suas competências promover a capacitação de grupos e comunidades favorecendo a consecução de projetos de saúde coletivos (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A participação do enfermeiro EECSP na “ (...) avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção (...) ” leva, com eficiência “ (...) à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução dos projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011(b), p.1).

A ação do enfermeiro comunitário deve direccionar-se para a dimensão saudável dos indivíduos, ajudando-os a perceber a importância dos benefícios para agir, conduzindo-os à adoção de estilos de vida saudáveis (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

No momento em que foi definido o projeto de intervenção comunitária, foi fundamental ter a noção de que a enfermagem comunitária assenta numa prática centrada na comunidade, desenvolvendo-se ao nível da prevenção primária, através da capacitação de grupos para a adoção de comportamentos desejáveis. Para conduzir o grupo para este processo de tomada de decisão foi fundamental mobilizar conhecimentos das disciplinas de enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Desta forma desenvolveram-se competências para uma prática de enfermagem avançada, em que o processo de tomada de decisão se encontra centrado no cliente, tendo por base um pensamento conceptual, políticas de saúde e baseando-se na investigação e na prática reflexiva.

Para o enquadramento de toda a problemática e justificação da pertinência do projeto, recorri à revisão da literatura, o que permitiu desenvolver competências de cariz científico, através da compreensão da prática baseada na evidência.

Concretamente a etapa do diagnóstico de situação, possibilitou aprofundar e adquirir conhecimentos no que concerne às técnicas de investigação, colheita de dados, tratamento e análise dos mesmos, promovendo desta forma a participação em projetos de investigação na área da enfermagem comunitária.

O desenvolvimento do projeto na equipa multidisciplinar da USF Delta, com outros parceiros comunitários, facultou o desenvolvimento de competências na área da Supervisão Clínica como gestora de equipas e projetos. Para realizar a gestão de recursos com vista a alcançar a sustentabilidade e concretização do projeto, foi primordial desenvolver competências no âmbito da comunicação, da relação e do trabalho em equipa.

O contributo para a implementação de políticas de saúde, foi possível pelo desenvolvimento de competências que permitiram cooperar para a consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e indicadores de saúde contratualizados para a USF Delta. Desenvolveram-se ainda competências ao nível da coordenação e integração de projetos de âmbito comunitário.

Em todas as fases do projeto foram mobilizadas competências no sentido de salvaguardar todas as questões éticas.

Segundo Benner (2001), o Estadio de Perito de um enfermeiro será aquele em que desenvolveu capacidades e habilidades ao longo do tempo que lhe permitem percecionar determinada situação de forma global, com base nos seus conhecimentos e nas inúmeras experiências profissionais por ele vivenciadas. Esta definição remete-nos para o conceito de Enfermeiro Especialista capaz de mobilizar todas as competências necessárias nos diferentes domínios. Tendo em consideração o modelo de aquisição de competências, será difícil a mestrandia considerar-se num Estadio de Perito em todas as que são a identidade própria dos domínios de uma Enfermeira Especialista, sem menosprezar as competências adquiridas com o projeto de intervenção comunitária desenvolvido. Estas poderão

ser melhoradas através do processo de prática continuada, que permitirá evoluir do nível em que a mestrandia se julga situar: nível Competente.

#### **4.4. Considerações Finais**

Assistimos na atualidade ao desenvolvimento tecnológico, que nos reportou para uma realidade onde os jogos eletrônicos e a televisão passaram a substituir os tempos de atividade física dos adolescentes, favorecendo um ambiente promotor de sedentarismo com conseqüente aumento das doenças crônicas. O cenário assume maior fonte de preocupação quando pensamos no importante papel que assume a Alimentação para o aumento das doenças crônicas. Vivemos atualmente perante um problema de saúde pública no que concerne ao paradigma da alimentação e exercício físico, decorrente das céleres transformações da nossa sociedade, e os adolescentes não se revelam como exceção. Neste contexto é realçada a pertinência da implementação de programas de intervenção na área do exercício físico e alimentação saudável dirigida aos adolescentes, com o intuito de proteger e alcançar um estado positivo na sua saúde (Ministério da Saúde, 2012 (b); Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

Numa perspectiva de prevenção primária, compete ao enfermeiro EECSP desenvolver ações educativas no âmbito da promoção da saúde, de acordo com os problemas identificados pelo próprio grupo de adolescentes de forma a capacitá-lo para a adoção de estilos de vida saudáveis.

Utilizar a metodologia do planejamento em saúde, para realizar a gestão adequada dos recursos durante todo o processo de planejamento e implementação da intervenção, em articulação com o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, foi determinante na medida em que permitiu delinear uma intervenção estruturada, tendo por base pressupostos teóricos fundamentais, para promover nos adolescentes a percepção e a adoção de comportamentos promotores de saúde.

O diagnóstico de situação permitiu identificar os principais problemas existentes no grupo de adolescentes, que se relacionavam com a prevalência de atividades sedentárias e com a baixa ingestão diária de fruta e produtos hortícolas. A

alimentação e o exercício físico revelam-se determinantes na adoção de estilos de vida saudáveis e consequente prevenção das doenças crónicas, pelo que intervir nos dois diagnósticos de enfermagem encontrados revelou-se de igual forma primordial, pois os critérios de seleção para determinar a prioridade de intervenção apresentaram preponderância similar. Pender, Murdaugh & Parsons (2011) afirmam que intervenções para lidar com a mudança nos padrões dietéticos e alimentares incluem o reforço da ligação entre nutrição e atividade física na promoção da saúde. A Educação para a Saúde como estratégia de intervenção, poderá levar a alterações de comportamentos e estilos de vida (Carvalho & Carvalho, 2006). A opção por esta estratégia de intervenção foi bem-sucedida pois permitiu que os adolescentes através do esclarecimento, assimilação de conhecimentos e pelas ações que praticaram, assumissem responsabilidade sobre o seu processo de tomada de decisão para a adoção de comportamentos mais saudáveis no que concerne à Alimentação e ao Exercício Físico.

À luz do modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender a intervenção contempla uma limitação, pois não permite avaliar efetivamente a adoção do comportamento promotor de saúde. A justificação para esta situação está relacionada com o horizonte temporal em que decorreu o estágio, o que impôs limitações nas opções metodológicas para a estratégia de intervenção e também com a avaliação realizada através do questionário. Como menciona Redman (2003) as respostas dadas são muitas vezes as socialmente aceitáveis, o que as pessoas dizem fazer e o que realmente fazem pode ser distinto, pois a expressão dos sentimentos é facilmente controlada pelos indivíduos o que torna o comportamento no domínio afetivo muito difícil de avaliar, a observação direta seria a avaliação mais rigorosa.

Seria pertinente a realização de um maior número de sessões de EpS, de índole prático, para obter um maior impacto na alteração de comportamentos. Uma opção metodológica que demonstrou alguma fragilidade foi a implementação do Grupo Estilos Saudáveis, a qual não se revelou muito eficaz contando com uma baixa adesão dos adolescentes a esta atividade.

Como enfermeira de família e elemento da equipa da USF Delta, a mestranda detém o privilégio de manter o contato com os adolescentes e com as parcerias comunitárias estabelecidas, o que irá permitir dar continuidade à intervenção,

perceber os motivos que originaram a existência de fragilidades na mesma e como ultrapassá-las. Terá também a possibilidade de avaliar a longo prazo, o impacto que a intervenção teve efetivamente nos comportamentos deste grupo de adolescentes. A realização desta intervenção comunitária induziu mudanças a nível pessoal, profissional e no serviço que permitem perceber as implicações para a prática, na medida em que conduziram à melhoria dos cuidados de enfermagem contribuindo para a visibilidade da mesma, como profissão.

Em síntese, esta problemática assumiu-se como uma prioridade em saúde, e o papel da mestranda como futura enfermeira EECSP assumiu especial ênfase ao longo de todo o processo do planeamento em saúde. O desenvolvimento de competências para alcançar os objetivos propostos para esta intervenção e realização do relatório, permitiu melhorar a prática de cuidados no âmbito dos CSP, gerando uma maior aproximação à excelência nos cuidados de enfermagem.

## BIBLIOGRAFIA

- ARSLVT. (14 de Fevereiro de 2013). Registo Morbilidade ACES – Ano 2012. 31. Lisboa, Portugal.
- Associação Portuguesa dos Nutricionistas. (13 de Janeiro de 2010). Obtido em 13 de Outubro de 2013, de <http://www.apn.org.pt>.
- Bandura, A, Azzi, R. G. & Polydoro, S. (2008). *Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed. ISBN:9788536311173.
- Behrman, R., Kliegman, R., & Jenson, H. (2005). *Tratado de Pediatria* (17 ed., Vol. II). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier Editora Ltda.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Câmara Municipal de Oeiras. (2010). *Perfil de Saúde do Conselho de Oeiras* (Município de Oeiras ed.). Oeiras: s.n.
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures, Portugal: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Cowan, M. (2011). *Saúde da Criança e do Adolescente*. In M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem de Saúde Pública Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª ed., p. 1193). Loures, Lisboa: Lusodidacta.
- Eisenstein, E. (Junho de 2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. 2(2). (s.n, Ed.) s.l, Brasil. Obtido em 21 de Março de 2013 de [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=167](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167)
- Fadel, M., & Filho, G. (Janeiro - Fevereiro de 2009). Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *Revista de Administração Pública*, 43, pp. 7-22.
- Fortin, M., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lisboa, Portugal: Lusodidacta.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde, Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª Edição ed.). Lisboa, Portugal: Obras Avulsas.
- Instituto Nacional de Estatística. (s.d.). Obtido em 2 de Janeiro de 2013, de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes)
- Keller, L., Strohschein, S., & Briske, L. (2011). Prática de Enfermagem de Saúde Pública Centrada na População: A Roda de Intervenção. In M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª ed., pp. 196 - 223). Loures, Portugal: Lusodidacta.

- Kulbok, P., Laffrey, S., & Chitthathairatt, S. (2011). Integração de Abodagens de Múltiplos Níveis para Promover a Saúde da Comunidade. In M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População* (7ª ed., pp. 331 - 354). Loures: Lusodidacta.
- Lancaster, *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª Edição ed., pp. 2-21). Lusodidacta.
- Lemos, L. (2011). Motivação para a mudança de comportamentos de saúde. Aveiro, Portugal.
- Lissauer, T., & Clayden, G. (2002). *Manual Ilustrado de Pediatria* (Segunda ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Mosby International Limited.
- Matos, M. & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses: quatro anos depois*. Lisboa: Edições FMH. Obtido em 21 de Março de 2013 de <http://aventurasocial.com/>
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L. et al.. (2010). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses, Relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: Edições FMH. Obtido em 21 de Março de 2013, de <http://aventurasocial.com/>
- Ministério da Saúde. (5 de Setembro de 2012(a) ). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa, Portugal. Obtido em 23 de Outubro de 2013, de <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>
- Ministério da Saúde. (26 de Junho de 2012(b)). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. (s.n, Ed.) Obtido em 21 de Março de 2013, de <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>
- Ministério da Saúde. (Junho de 2012(c)). Saúde Infantil e Juvenil Programa Nacional. 106. Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Ministério da Saúde. (Janeiro de 2013). Metodologia de contratualização para os cuidados de saúde primários no ano de 2013. Lisboa, Lisboa, Portugal.
- OECD. (2010). *Health at a Glance: Europe 2010*. (O. Publishing, Ed.) Obtido em Janeiro de 2013, de [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2010-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en)
- Onega, L., & Devers, E. (2011). Educação para a Saúde e Processo de Grupo. In M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População* (7ª ed., pp. 302 - 330). Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Obtido em Março de 2013, de <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011 (a)). *CIPE Versão 2*. Lusodidacta, Lda.
- Ordem dos Enfermeiros (2011 (b)). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Obtido em Março de 2013, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>
- Organisation des Nations Unies pour L'Éducation, la Science et la Culture. (Maio de 2006). Classification International Type de l'Éducation CITE 1997. Obtido em Maio de 2013, de <http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/isced97-fr.pdf>

- Organização Mundial da Saúde. (2008). Relatório Mundial da Saude 2008. *Cuidados de Saude Primários - Agora mais do que nunca*. (CISCOS, Trad.) Lisboa, Portugal: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde. Obtido em Abril de 2013, de [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (Outubro de 2012). *Adolescencia Manual Clínico*. (Norma Stella González). Asunción, Paraguay. Obtido em 09 de Abril de 2013, de [www.paho.org/par/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=384&itemid=99999](http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=384&itemid=99999)
- Organização Mundial da Saúde. (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde: *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Canadá:OMS. Obtido em 03/05/2013, de <http://www.who.int/hpr/backgroundhp/ottawacharter.htm>
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6th ed.). New Jersey: Copyright.
- Pereira, B., Prado, B., Filipini, C., Felipe, A., & Terra, F. (Outubro/Dezembro de 2012). Avaliação do conhecimento dos enfermeiros frente ao crescimento e desenvolvimento dos adolescentes. *Adolescência & Saúde*, 9, pp. 19-26.
- Piaget, J. (1990). *Seis estudos de psicologia* (10ª ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Queiroz, O. (2010). Determinantes sociais da adolescência em município de médio porte no nordeste do Brasil: um estudo prospectivo. Fortaleza, Brasil. Obtido em Abril de 2013, de [http://www.repositorio.ufc.br:8080/ri/bitstream/123456789/1316/1/2010\\_dis\\_osqueiroz.pdf](http://www.repositorio.ufc.br:8080/ri/bitstream/123456789/1316/1/2010_dis_osqueiroz.pdf)
- Rato, H. (Novembro de 2008). Padrões de comportamentos de saúde na população jovem do Concelho de Oeiras: Educação, Consumos, Saúde e Sexualidade. Oeiras, Lisboa, Portugal. Obtido em Janeiro de 2013, de <http://hdl.handle.net/10782/522>
- Redman, B. (2003). *A Prática da Educação para a Saúde* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Reis, M., Ramiro, L., & Matos, M. (16 de Novembro de 2009). Contracepção, Parceiros Ocasionais e Consumo de Substâncias em Jovens Portugueses. (s.l), 206-214. (s.n, Ed.) Cruz Quebrada, Lisboa, Portugal. Obtido em 4 de Abril de 2013, de <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/revistasaude>
- Sebastian, J. (1999). Vulnerabilidade e Populações Vulneráveis: Uma Introdução. In M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem Comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (4ª ed., pp. 681 - 706). Loures: Lusodidactica.
- Sprinthall, N., & Collins, W. (2008). *Psicologia do Adolescente - Uma Abordagem Desenvolvimentista* (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade, Contrados na População* (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde* (Ministério da Saúde ed.). [sl]: [sn].
- Unidade de Saúde Familiar Delta. (Fevereiro de 2013). Plano de Acção 2010- 2013. Oeiras, Lisboa, Portugal.

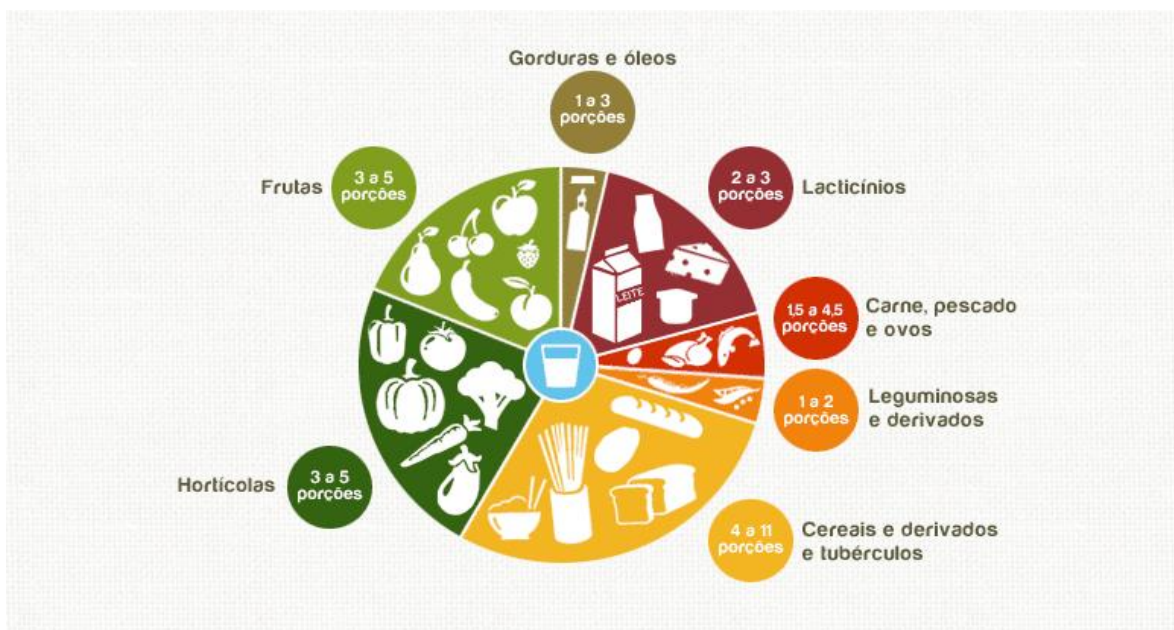
- Vinagre, M., & Lima, M. (2006). Consumo de álcool, tabaco e droga em adolescentes: experiências e julgamentos de risco. 7(s.l), 73-81. Lisboa, Lisboa, Portugal. Obtido em 18 de Março de 2013, de [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862006000100005&lng=pt](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862006000100005&lng=pt).
- Williams, C., & Stanhope, M. (2011). Prática Focada na População: O Fundamento da Especialização em Enfermagem de Saúde Pública. In L. Stanhope, & J. World Health Organization. (21 de Novembro de 1986). *First International Conference on Health Promotion*. (WHO, Ed.) Obtido em Abril de 2013, de <http://www.who.int/>
- World Health Organization. (Agosto de 2008). Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Genebra. Obtido em Março de 2013, de [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/)
- World Health Organization. (2010). Obtido em novembro de 2013, de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/>
- World Health Organization. (Agosto de 2011). Riesgos para la salud de los jóvenes. (s.n, Ed.) s.l. Obtido em Março de 2013, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>
- World Health Organization. (3 de Setembro de 2012). *Le budget programme 2014-2015 – la perspective*. (s.n, Ed.) Obtido em 11 de Abril de 2013, de [http://search.who.int/search?q=chronic+disease+adolescentes&spell=1&client=euro&proxystylesheet=euro&output=xml\\_no\\_dtd&lr=lang\\_en&ie=UTF-8&site=euro&access=p](http://search.who.int/search?q=chronic+disease+adolescentes&spell=1&client=euro&proxystylesheet=euro&output=xml_no_dtd&lr=lang_en&ie=UTF-8&site=euro&access=p)

**ANEXOS**

## **ANEXO 1**

Roda dos Alimentos

## RODA DOS ALIMENTOS



Fonte: [http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/Roda\\_dos\\_alimentos.aspx](http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/Roda_dos_alimentos.aspx)

## **ANEXO 2**

Questionário: “Estudo de caracterização dos comportamentos de saúde - Inquérito à população escolar do Concelho de Oeiras (7º ao 9º ano)”

**ESTUDO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PADRÕES  
DE COMPORTAMENTO DE SAÚDE  
INQUÉRITO À POPULAÇÃO ESCOLAR DO CONCELHO DE OEIRAS (7º AO 9º ANO)**

Freguesia de residência \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Sexo M    F    Ano de Nascimento \_\_\_\_\_

Ano de ensino que frequentas \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_                      Peso \_\_\_\_\_

**Pertences a alguma associação, colectividade,  
clube ou outro grupo de actividade cívica?**

- Sim  
 Não

**Quantas vezes fazes desporto ou exercício físico (andar  
de bicicleta, nadar, etc) fora da escola?**

- Todos os dias  
 3 vezes ou mais/semana  
 1 a 2 vezes /semana  
 Raramente  
 Nunca

**Num dia normal de escola quanto tempo em média,  
costumas andar a pé?**

- Menos de 15 minutos  
 Entre 15 e 30 minutos  
 Mais de 30 minutos

**Quantas vezes ingeres os seguintes alimentos e bebidas?**

	Raramente	1 a 2 vezes/dia	3 a 5 vezes/dia	Mais de 5 vezes/dia
Cereais, pão, batatas, arroz, massa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hortícolas (alface, tomate, couve, cenouras, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leguminosas (grão, feijão, ervilhas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leite, iogurtes, queijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Com que frequência ingeres os seguintes alimentos e bebidas?**

	Todos os dias	1 a 3 vezes por semana	Ocasionalmente	Nunca
Refrigerantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentos Fritos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A actividade desportiva que praticas é**  
paga                      gratuita

**Costumas tomar medicamentos regularmente?**

- Não                       Sim, qual? \_\_\_\_\_

**Tomas quase sempre o pequeno-almoço...**

- Em casa  
 Num café perto de casa ou da escola  
 No bar da escola  
 Não costumo tomar

**Onde costumas almoçar?**

- Em casa  
 No refeitório da escola  
 No bar da escola  
 Num café ou restaurante

Qual é a quantidade de água que bebes habitualmente por dia?

- 2 copos ou menos (1/2 litro)  
 Entre 2 e 4 copos (1/2 a 1 litro)  
 Entre 4 a 6 copos (1 a 1,5 litros)  
 Mais de 6 copos (mais de 1,5 litros)

Achas a comida do refeitório da escola... Saudável  Pouco saudável

Achas a comida do bar da escola... Saudável  Pouco saudável

Já experimentaste fumar tabaco? Não  Sim

E fumas? Não  Sim, 1 a 10 cigarros/dia  Sim, 10 cigarros a um maço/dia  Sim, mais de um maço/dia

Já experimentaste drogas? Não  Sim, haxixe ou erva  Sim, heroína, cocaína,  Sim, ecstasy ou ácidos

E costumavas consumir estas drogas? Não  Sim

Já experimentaste bebidas alcoólicas? Não  Sim

E costumavas beber? Não  Sim, regularmente  Sim, aos fins de semana

Quantas horas passas por dia, em casa, a ver televisão?

Até 2 horas  2 a 5 horas  Mais de 5 horas

Quantas horas passas por dia, em casa, na internet ou a jogar videojogos?

Até 2 horas  2 a 5 horas  Mais de 5 horas

Como comunicas com os teus amigos? Ordena de 1 (a mais importante) a 3 (a menos importante)

Pessoalmente  Por telemóvel  Por internet (email, chat, etc...)

Em média, quantas horas dormes por noite?

8 horas ou mais  Entre 5 e 7 horas  Menos de 5 horas

Consideras-te informado/a sobre os cuidados a ter em relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis? Sim  Não

Consideras-te informado/a sobre os cuidados a ter para prevenir uma gravidez? Sim  Não

Já tiveste relações sexuais? Não  Sim

Quando tens relações sexuais, usas preservativo... Sempre  Às vezes  Nunca

A ideia de poderes ter uma imagem física mais atraente podem levar-te a (nesta questão podes seleccionar várias opções):

- Praticar mais desporto  
 Comer melhor  
 Não fumar  
 Utilizar produtos de beleza  
 Comprar roupa de moda e adereços (piercings, brincos, anéis, bijuterias, etc)

Obrigado pela participação

### **ANEXO 3**

Consentimento da autora para utilização do questionário

## **Consentimento**

---

**Conceição Baptista** <Conceicao.Baptista@ina.pt>

25 de Julho de 2013 às  
14:42

Para: Célia Samico <celia.b.samico@gmail.com>

Olá Célia,

Não precisa pedir desculpa. De facto algo falhou e não lhe consigo responder sobre isso porque, como lhe disse, não estava à minha responsabilidade a resposta ao seu pedido.

De qualquer forma, e como uma das autoras do estudo e elemento da equipa que concebeu o instrumento de inquérito, autorizo-a a utilizar o questionário construído no âmbito do " ESTUDO DE CARACTERIZAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE - INQUÉRITO À POPULAÇÃO ESCOLAR DO CONSELHO DE OEIRAS para fins do seu Projecto final no 4º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Melhores cumprimentos,

**Conceição Baptista**

## **ANEXO 4**

Atividade de distribuição diária das porções alimentares

O QUE É UMA PORÇÃO?	POR DIA quantas porções são necessárias?
<b>Cereais e derivados, tubérculos</b> 1 pão (50g) 1 fatia fina de broa(70g) 1 e ½ batata- tamanho médio (125g) 5 colheres de sopa de cereais de pequeno-almoço (35g) 6 bolachas tipo Maria /água e sal (35g) 2 colheres de sopa de arroz/massa crus (35g) 4 colheres de sopa de arroz/massa cozinhados (110g)	4 a 11
<b>Hortícolas</b> 2 chávenas almoçadeiras de hortícolas crus (180g) 1 chávena almoçadeira de hortícolas cozinhados (140g)	3 a 5
<b>Fruta</b> 1 Peça de fruta tamanho médio (160g)	3 a 5
<b>Lacticínios</b> 1 chávena almoçadeira de leite (250 ml) 1 iogurte líquido ou 1 e ½ de sólido (200g) 2 fatias finas de queijo (40g) ¼ queijo fresco – tamanho médio (50g) ½ requeijão- tamanho médio (100g)	2 a 3
<b>Carnes, pescado e ovos</b> Carnes/pescados crus (30g) Carnes/pescados cozinhados (25g) 1 ovo- tamanho médio (55g)	1,5 a 4,5
<b>Leguminosas</b> 1 colher de sopa de leguminosas secas cruas (ex: grão, feijão, lentilhas) (25g) 1 colher de sopa de leguminosas frescas cruas (ex: ervilhas, favas) (80g) 1 colher de sopa de leguminosas secas/ frescas cozinhadas (80g)	1 a 2
<b>Gorduras e óleos</b> 1 colher de sopa de azeite/óleo (10g) 1 colher de chá de banha (10g) 4 colheres de sopa de nata (30 ml) 1 colher de sobremesa de manteiga /margarina (15 g)	1 a 3

Pequeno-almoço (7h30)	
Meio da Manhã (10h30)	
Almoço (13h)	
Lanche (16h30)	
Jantar (20h)	
Ceia (22h30)	

**APÊNDICES**

## **APÊNDICE 1**

Cronograma de atividades

## CRONOGRAMA DE ESTÁGIO DO MESTRADO DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE COMUNITÁRIA

ANO	2013/14																		
Etapas do Planeamento em Saúde	Meses	Set.				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro	
	Semanas	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33			
	Dias	30	7	14	21	25	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6			
	Dias	4	11	18	25	29	8	15	22	29	6	13	20	27	3	11			
Definição de Prioridades	Atividades																		
Seleção de Estratégias	Atividades																		
Elaboração do Projeto	Atividades																		
Preparação da Execução	Atividades																		
Execução	Atividades																		
Avaliação	Atividades																		

## **APÊNDICE 2**

Plano da sessão de apresentação do projeto à USF Delta

## Plano da sessão: “Apresentação do projeto à USF Delta”

**Data:** 25 de Outubro de 2012

**Hora:** 13h

**Duração da sessão:** 20 minutos

**População alvo:** Profissionais de saúde da USF Delta

**Local:** Sala de formação de Paço de Arcos, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

**Profissionais:** Enf.<sup>a</sup> Célia Samico

<b>Etapa</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Duração</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos Materiais</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação: a) Formador, Enfermeiro orientador e de referência b) Tema	2 Minutos	Expositivo	Computador, Projetor, Diapositivos
<b>Desenvolvimento</b>	a) Problemática e pertinência do projeto b) Referencial teórico e metodologia c) Diagnóstico de situação d) Definição de prioridades e) Objetivos f) Estratégias e intervenções	15 Minutos	Expositivo	
<b>Conclusão</b>	a) Esclarecimento de dúvidas b) Pedido de sugestões para o projeto	3 Minutos	Expositivo Interrogativo	

### **APÊNDICE 3**

Consentimento informado dirigido aos encarregados de educação/pais

## CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Caros Pais/ Encarregados de Educação

O meu nome é Célia Sofia Barreiros Samico, encontro-me a desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária na USF Delta, no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, ministrado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O projeto tem como objetivo a promoção de estilos saudáveis nos adolescentes de 14 anos inscritos na USF Delta, Aces de Lisboa Ocidental e Oeiras.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a colaboração do seu filho/ educando através da resposta ao questionário em anexo. A colaboração é **voluntária** e as respostas aos questionários serão tratadas de forma **anónima** e **confidencial**. Para que o seu educando possa participar é fundamental a sua autorização por escrito no termo de consentimento apresentado seguidamente.

Solicito que as respostas sejam respondidas de forma sincera e pessoal, de acordo com as instruções proporcionadas

Agradeço desde já a sua colaboração,

Enf<sup>a</sup> Célia Samico

Nome \_\_\_\_\_, Encarregado de Educação de \_\_\_\_\_, declaro que compreendi a informação deste documento e me foi possibilitado o esclarecimento das minhas dúvidas, desta forma aceito que o meu educando participe neste projeto no âmbito da intervenção comunitária, permitindo a utilização dos dados fornecidos voluntariamente, salvaguardados pela garantia de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Oeiras, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013

O Encarregado de Educação:

Assinatura \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE 4**

Pedido de autorização à diretora do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras

54 96 322 3096

Agrupamento de Centros de Saúde  
Lisboa Ocidental e Oeiras  
Diretora Escolar  
Fátima Nogueira



Autorizada  
B.L. N. 24/10/2013  
A. de Lato  
C. de G. de Lato  
P. de S. de Lato  
B.L. N. 3/06/2013

Ex.ª Sr.ª Diretora do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras

Dr.ª Fátima Nogueira

O meu nome é Célia Sofia Barreiros Samico, sou enfermeira a exercer funções na USF Delta. Estou a cursar o Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste momento estou a delinear o meu projeto de Intervenção Comunitária no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes de 14 anos. Nesse sentido e tendo em conta que gostaria de desenvolver o projeto no ACES, mais propriamente na USF Delta venho por este meio solicitar autorização para mencionar o nome do ACES durante a execução do relatório do estágio e do projeto. Obrigada pela atenção dispensada,

Os melhores cumprimentos

Célia Samico

Paço de Arcos, 09 Maio de 2013

É de autorizar a  
utilização do nome  
do ACES no projeto,  
em todos os documentos  
de todo o interesse para  
o projeto e para o ACES.  
20/06/2013  
Carla Gertrudes Pires

Direção ACES Lisboa  
Occidental e Oeiras  
Entrada nº 3238  
Data 13/06/2013  
Dr.ª F.

## **APÊNDICE 5**

Pedido de autorização à coordenadora da USF Delta



Ex.ª Sr.ª Coordenadora da USF Delta  
Dr.ª Catarina Cordeiro

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, ministrado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretendo desenvolver, um projeto de intervenção comunitária com a finalidade promover estilos de vida saudáveis nos adolescentes de 14 anos. Nesse sentido e tendo em conta que gostaria de desenvolver o projeto no ACES, mais propriamente na USF Delta venho por este meio solicitar autorização para mencionar o nome do USF Delta durante a execução do projeto e do relatório do estágio.

Obrigada pela atenção dispensada,

Os melhores cumprimentos

Célia Samico

Oeiras, 06 de Maio de 2013

PROV. DELEG. DE Oeiras  
AUTORIZADO

Dr.ª Catarina Cordeiro

Se há o interesse por o projeto  
11/6/2013

## **APÊNDICE 6**

Tabelas de resultados

## CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

**Tabela 1 - Distribuição por sexo do nível de escolaridade dos adolescentes (n=57).**

	Masculino	Feminino	n	%
6º Ano	3(5.3%)	0(0%)	3	5.3%
7º Ano	0(0%)	1(1.8%)	1	1.8%
8º Ano	23(40.4%)	26(45.6%)	49	86%
9º Ano	2(3.5%)	2(3.5%)	4	7%
n	28	29	57	
%	49.1%	50.9%		100%

**Tabela 2 - Nacionalidade dos adolescentes (n=57).**

	Masculino	Feminino	n	%
Portuguesa	25(43.9%)	25(43.9%)	50	87.7%
Brasileira	3 (5,3%)	4 (7%)	7	12.3%
n	28	29	57	
%	49.1%	50.9%		100%

**Tabela 3 - Distribuição por sexo dos adolescentes que pertencem a alguma associação, coletividade, clube ou outro grupo de atividade cívica, (n=57).**

	Masculino	Feminino	n	%
Pertence coletividade	a 12(21.1%)	7(12.3%)	19	33.3%
Não pertence coletividade	a 16(28.1%)	22(38.6%)	38	66.7%
n	28	29	57	
%	49.1%	50.9%		100%

## ALIMENTAÇÃO

**Tabela 4 - Distribuição dos adolescentes do sexo masculino de acordo com o número de vezes por dia que ingerem os alimentos e bebidas identificadas na tabela (n=28).**

	Raramente	1 a 2 vezes/dia	3 a 5 vezes/dia	Mais de 5 vezes/dia	n	%
Cereais, pão, batata, arroz, massa	0(0%)	20(71.4%)	8(28.6%)	0(0%)	28	100%
Hortícolas (alface, tomate, couve, cenouras, etc.)	5(17.9%)	15(53.6%)	8(28.6%)	0(0%)		
Fruta	5(17.9%)	17(60.7%)	3(10.7%)	3(10.7%)		
Carne	0(0%)	25(89.3%)	3(10.7%)	0(0%)		
Peixe	6(21.4%)	20(71.4%)	2(7.1%)	0(0%)		
Ovos	16(57.1%)	12(42.9%)	0(0%)	0(0%)		
Leguminosas (grão, feijão, ervilhas, etc.)	11(39.3%)	14(50%)	3(10.7%)	0(0%)		
Leite, iogurtes, queijo	1(1.8%)	12(42.9%)	11(39.3%)	4(14.3%)		

**Tabela 5 - Distribuição dos adolescentes do sexo feminino de acordo com o número de vezes por dia que ingerem os alimentos e bebidas identificadas na tabela (n=29).**

Sexo Feminino	Raramente	1 a 2 vezes/dia	3 a 5 vezes/dia	Mais de 5 vezes/dia	n	%
Cereais, pão, batata, arroz, massa	0(0%)	17(58.6%)	11(37.9%)	1(3.4%)	29	100%
Hortícolas (alface, tomate, couve, cenouras, etc.)	4(13.8%)	17(58.6%)	7(24.1%)	1(3.4%)		
Fruta	0(0%)	27(93.1%)	2(6.9%)	0(0%)		
Carne	0(0%)	27(93.1%)	2(6.9%)	0(0%)		
Peixe	5(17.2%)	22(75.9%)	2(6.9%)	0(0%)		
Ovos	0(0%)	22(75.9%)	2(6.9%)	5(17.2%)		
Leguminosas (grão, feijão, ervilhas, etc.)	0(0%)	22(75.9%)	6(20.7%)	1(1.8%)		
Leite, iogurtes, queijo	0(0%)	22(75.9%)	2(6.9%)	5(17.2%)		

**Tabela 6 - Distribuição por sexo da quantidade de água que os adolescentes bebem habitualmente por dia (n=57).**

	Masculino	Feminino	n	%
2 Copos ou menos (1/2l)	4(7.0%)	4(7.0%)	8	4.0%
Entre 2 a 4 copos (1/2 a 1 l)	12(21.1%)	14(24.6%)	26	45.6%
Entre 4 a 6 copos (1l a 1,5l)	7(12.3%)	8(14.0%)	15	26.3%
Mais de 6 copos (+1,5l)	5(8.8%)	3(5.3%)	8	14.0%
n	28	29	57	
%	49.1%	50.9%		100%

**Tabela 7 - Distribuição por sexo dos locais onde os adolescentes costumam tomar o pequeno (n=57).**

	Masculino	Feminino	n	%
Casa	25(43.9%)	26(45.6%)	51	89.5%
Café	0(0%)	1(1.8%)	1	1.8%
Bar da escola	0(0%)	2(3.5%)	2	3.5%
Não tomam	3(5.3%)	0(0%)	3	5.3%
n	28	29	57	
%	49.1%	50.9%		100%

**Tabela 8 - Distribuição por sexo dos locais onde os adolescentes costumam almoçar (n=57)**

	Masculino	Feminino	n	%
Casa	6(10.5%)	4(7.0%)	10	17.5%
Refeitório da escola	19(33.3%)	23(40.4%)	42	73.7%
Bar da escola	3(5.3%)	1(1.8%)	4	7.0%
Café ou restaurante	0(0%)	1(1.8%)	1	1.8%
n	28	29	57	
%	49.1%	50.9%		100%

**Tabela 9 - Distribuição por sexo da atribuição do conceito saudável ou pouco saudável por parte dos adolescentes à comida do refeitório e do bar da escola (n=57).**

	Saudável	Pouco saudável	n	%
Comida do refeitório da escola	37(64.9%)	20(35.1%)	57	100%
Comida do bar da escola	34(59.6%)	23(40.4%)		

**Tabela 10 - Distribuição por sexo do consumo de fritos (n=57).**

	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Todos os dias	1(1.8%)	1(1.8%)	2	3.5%
Uma a três vezes/semana	12(21.1%)	11(19.3%)	23	40.4%
Ocasionalmente	14(24.6%)	17(29.8%)	31	54.4%
Nunca	1(1.8%)	0(0%)	1	1.8%
<b>n</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>57</b>	
<b>%</b>	<b>49.1%</b>	<b>50.9%</b>		<b>100%</b>

**Tabela 11- Distribuição por sexo do consumo de doces (n=57).**

	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Todos os dias	4(7.0%)	1(1.8%)	5	8.8%
Uma a três vezes/semana	9(%)	11(19.3%)	20	35.1%
Ocasionalmente	15(26.3%)	15(26.3%)	30	52.6%
Nunca	0(0%)	2(3.5%)	2	3.5%
<b>n</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>57</b>	
<b>%</b>	<b>49.1%</b>	<b>50.9%</b>		<b>100%</b>

**Tabela 12- Distribuição por sexo do consumo de refrigerantes (n=57).**

	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Todos os dias	2(3.5%)	2(3.5%)	4	7.0%
Uma a três vezes/semana	8(14.0%)	11(19.3%)	19	33.3%
Ocasionalmente	17(29.8%)	16(28.1%)	33	57.9%
Nunca	1(1.8%)	0(0%)	1	1.8%
<b>n</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>57</b>	
<b>%</b>	<b>49.1%</b>	<b>50.9%</b>		<b>100%</b>

## ATIVIDADE FÍSICA

**Tabela 13 - Distribuição por sexo da prática de exercício físico, fora da escola por parte do/a adolescentes (n=57).**

	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Todos os dias</b>	6(10.5%)	2(3.5%)	8	14.0%
<b>3 ou mais vezes/semana</b>	14(24.6%)	11(19.3%)	25	43.9%
<b>1 a 2 vezes/ semana</b>	4(7.0%)	6(10.5%)	10	17.5%
<b>Raramente</b>	4(7.0%)	6(10.5%)	10	17.5%
<b>Nunca</b>	0(0%)	4(7.0%)	4	7.0%
<b>n</b>	28	29	57	
<b>%</b>	49.1%	50.9%		100%

**Tabela 14 –Distribuição por sexo dos adolescentes quanto à prática de atividade física gratuita e paga (n=57).**

	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Atividade física gratuita</b>	11(19.3%)	15(26.3%)	26	45.6%
<b>Atividade física paga</b>	17(29.8%)	14(24.6%)	31	54.4%
<b>n</b>	28	29	57	
<b>%</b>	49.1%	50.9%		100%

**Tabela 15 - Distribuição por sexo do tempo que os adolescentes andam a pé por dia (n=57).**

	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>&lt;15 minutos</b>	4(7.0%)	7(12.3%)	11	19.3%
<b>15 a 30 minutos</b>	7(12.3%)	11(19.3%)	18	31.6%
<b>Mais de 30 minutos</b>	17(29.8%)	11(19.3%)	28	49.1%
<b>n</b>	28	29	57	
<b>%</b>	49.1%	50.9%		100%

## CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS

**Tabela 16 – Distribuição por sexo dos hábitos tabágicos dos adolescentes (n=57).**

	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Já experimentaram tabaco	3(5.3%)	5(8.8%)	8	(14.0%)
Nunca experimentaram	25(43.9%)	24(42.1%)	49	(86.0%)
<b>n</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>57</b>	
<b>%</b>	<b>49.1%</b>	<b>50.9%</b>		<b>100%</b>
<b>Não fumam</b>	<b>28(49.1%)</b>	<b>29(50.9%)</b>	<b>57</b>	<b>100%</b>

**Tabela 17 - Distribuição por sexo da experiência com drogas por parte dos adolescentes (n=57).**

	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Já experimentaram droga	0(0%)	0(0%)	8	14.0%
Nunca experimentaram	18(49.1%)	29(50.9%)	49	86.0%
<b>n</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>57</b>	
<b>%</b>	<b>49.1%</b>	<b>50.9%</b>		<b>100%</b>
<b>Não consomem droga</b>	<b>18(49.1%)</b>	<b>29(50.9%)</b>	<b>57</b>	<b>100%</b>

**Tabela 18- Distribuição por sexo dos hábitos alcoólicos dos adolescentes (n=57).**

	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Já experimentaram álcool	8(14.0%)	14(24.6%)	22	38.6%
Nunca experimentaram	20(35.1%)	15(26.3%)	35	61.4%
<b>n</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>57</b>	
<b>%</b>	<b>49.1%</b>	<b>50.9%</b>		<b>100%</b>
<b>Não bebem</b>	<b>18(49.1%)</b>	<b>29(50.9%)</b>	<b>57</b>	<b>100%</b>

## TEMPOS DIÁRIOS DEDICADOS AO USO DE COMPUTADOR E TELEVISÃO

Tabela 19 - Distribuição do sexo feminino pelo número de horas que passam a ver televisão e a jogar videojogos (n=29).

	Televisão	Videojogos
Até 2 h	17(58,6%)	12(41,3%)
De 2h a 5h	9(31%)	13(45%)
Mais de 5h	3(10%)	4(13,7%)
n	29	29
%	100%	100%

Tabela 20 - Distribuição do sexo masculino pelo número de horas passam a ver televisão e a jogar videojogos (n=28).

	Televisão	Videojogos
Até 2 h	18(64,2%)	8(28,6%)
De 2h a 5h	8(28,5%)	15(53,6%)
Mais de 5h	2(7,1%)	5(17,8%)
n	28	28
%	100%	100%

## HÁBITOS DE SONO

Tabela 21- Distribuição por sexo do número de horas de sono por dia dos adolescentes (n=57).

	Masculino	Feminino	n	%
8 ou mais horas	18(31,6%)	15(26,3%)	33	57,9%
De 5h a7h	10(17,5%)	14(24,6%)	24	42,1%
Menos de 5h	0(0%)	0(0%)	0	0%
n	28	29	57	
%	49,1%	50,9%		100%

## MEIOS UTILIZADOS PARA COMUNICAR COM OS AMIGOS

Tabela 22 - Distribuição por sexo do grau de importância atribuída aos meios de comunicação utilizados para comunicar com os amigos (n=57).

	Mais Importante	Importante	Menos Importante	n	%
Pessoalmente	35(61,4%)	18(31,6%)	4(7%)	57	100%
Telemóvel	11(19,3%)	22(38,6%)	24(42,1%)		
Internet	10(17,5%)	17(29,8%)	30(52,6%)		

## SEXUALIDADE

**Tabela 23 - Distribuição por sexo acerca da informação da qual dispõe os adolescentes sobre IST e para prevenir a gravidez. Adolescentes que iniciaram atividade sexual e o uso de preservativo (n=57).**

	Masculino		Feminino		n	%
	Sim	Não	Sim	Não		
Informado sobre IST	26(45.6%)	2(3.5%)	26(45.6%)	3(5.3%)	57	100%
Informado para prevenir gravidez	23(40.4%)	5(8.8%)	29(50.9%)	0(0%)		

### Adolescentes que iniciaram atividade sexual e uso de preservativo

	Sim	Não	Sim	Não	n	%
Já iniciaste vida sexual	1(1.8%)	27(47.4%)	1(1.8%)	18(49.1%)		
Usa sempre preservativo	1 (%)	0(0%)	1(1.8%)	0(0%)		

## OUTRAS INFORMAÇÕES

**Tabela 24 - Distribuição por sexo, em número absoluto, das atitudes que os adolescentes selecionaram para ter uma imagem corporal mais atraente (n=57).**

	Masculino	Feminino
Praticar mais desporto	26(45.6%)	22(38.6%)
Comer melhor	19(33.3%)	22(38.6%)
Não Fumar	13(22.8%)	7(12.3%)
Usar produtos de beleza	2(3.5%)	8(14.0%)
Comprar roupa da moda e adereços	4(7.0%)	8(14.0%)

**Tabela 25 - Distribuição por sexo do IMC dos adolescentes inquiridos (n=57).**

IMC	Masculino	Feminino	n	%
<18,5	5(8.8%)	12(21.1%)	17	29.8%
18,5- 24,9	21(36.8%)	14(24.6%)	35	61.4%
25- 29,9	2(3.5%)	3(5.3%)	5	8.8%
30- 39,9	0(0%)	0(0%)	0	0%
>40	0(0%)	0(0%)	0	0%
n	28	29	57	
%	49.1%	50.9%		100%

**Tabela 26 - Distribuição por sexo dos adolescentes que tomam regularmente medicação (n=57).**

	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Toma medicamentos regularmente</b>	3(5.3%)	4(7.0%)	7	12.3%
<b>Não toma medicamentos regularmente</b>	25(43.9%)	25(43.9%)	50	87.7%
<b>n</b>	28	29	57	
<b>%</b>	49.1%	50.9%		100%

## **APÊNDICE 7**

Determinação de prioridades através da Grelha de Análise

**Quadro X** - Determinação de prioridades recorrendo à Grelha de Análise (Tavares A. , 1990).

<b>PROBLEMAS</b> \ <b>CRITÉRIOS</b>	<b>Importância do problema</b>	<b>Relação do problema Fator de risco</b>	<b>Capacidade técnica de Resolução do problema</b>	<b>Exequibilidade do projeto</b>	<b>Prioridade</b>
<b>Baixo consumo de produtos hortícolas</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>1</b>
<b>Baixo consumo fruta</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>1</b>
<b>Baixa ingestão de água/dia (0.5 l a 1 l /dia)</b>	<b>+</b>	<b>-</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>5</b>
<b>Andar “a pé” inferior a 30 minutos/dia</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>1</b>
<b>Tempo que passam em frente ao ecrã da televisão e computador superior a 2h/dia</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>-</b>	<b>+</b>	<b>3</b>

## **APÊNDICE 8**

Recursos: Humanos, Materiais e Financeiros

## Recursos Humanos, Materiais e Financeiros

RECURSOS		
RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS FINANCEIROS
Mestranda Professor de Ginástica Nutricionista Segurança do ACES	Computador, Tela, Data-show Material didático e escolar Colchões Radio Utensílios de cozinha (taças, pratos, talheres, fonte de chocolate, toalhas, etc)	Aquisição material didática e escolar Aquisição de produtos alimentares para os lanches e almoço Aquisição de material para aula de ginástica

## **APÊNDICE 9**

Cronograma de GANTT

## CRONOGRAMA DE GANTT

Atividades	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Elaboração de Folhetos: “Põe-te a Mexer” e “Decide Saudável”				
Sessão formativa para divulgação do projeto à USF Delta				
Sessão de EpS: “Põe-te a Mexer”				
Sessão de EpS: “Decide Saudável”				
Grupo Fechado “Estilos Saudáveis”				

## **APÊNDICE 10**

Plano operacional detalhado

## Plano Operacional Detalhado

Atividade	Recursos	Data	Local	Como	Objetivos	Avaliação
<b>Elaboração de folhetos</b> : “Põe-te a Mexer” e “Decide Saudável”	<b>Humanos:</b> Mestranda <b>Materiais:</b> Computador; Papel; Impressora	23/11 7/12 17/12 2013	Sala de formação de Paço de Arcos	Elaborar os folhetos	- Documentar a informação divulgada na sessão; - Fornecer endereço eletrónico para o grupo fechado “Estilos Saudáveis”	
<b>Divulgação do projeto</b> aos profissionais da USF Delta.	<b>Humanos:</b> Mestranda Profissionais da USF <b>Materiais:</b> Computador; Data-show Tela		Sala de formação de Paço de Arcos	Apresentação do projeto; - Discussão com os profissionais sobre possíveis obstáculos à intervenção e estratégias para ultrapassá-los.	- Consciencializar os profissionais da USF sobre os comportamentos de saúde dos adolescentes de 14 anos; Identificar possíveis obstáculos à intervenção; - Sensibilizar os profissionais para a importância de intervir na área da alimentação e exercício físico nos adolescentes de 14 anos inscritos na USF	

Atividade	Recursos	Data	Local	Como	Objetivos	Avaliação
<b>Sessões de EpS: “Põe-te a Mexer”</b>	<p><b>Humanos:</b> Grupo de adolescentes de 14 anos da USF Delta; Mestranda em parceria com Prof. De Ginástica</p> <p><b>Materiais:</b> Computador, Projetor, Diapositivos, Radio, CD, Colchões, Fruta, Água, Folheto sobre Exercício Físico.</p>	23/11 7/12 2013	<p>Sala de formação de Paço de Arcos;</p> <p>Garagem do Edifício da USF Delta.</p>	<p>25 minutos para: exposição; interrogação; esclarecimento de dúvidas e lanhe saudável;</p> <p>60 min para atividade física.</p>	<p>- Capacitar o grupo para adotar hábitos de exercício adequados. Sensibilizar para a importância da atividade física como comportamento saudável;</p> <p>- Estimular nos adolescentes o gosto e a vontade de praticar exercício;</p> <p>- Estimular os adolescentes para a diminuição do tempo diário de atividades sedentárias.</p>	<p><b>Indicadores de processo:</b> - Taxa de participação dos adolescentes nas atividades; - Nº de adolescentes do grupo que avaliam as atividades de forma satisfatória ou muito satisfatória</p> <p><b>Indicadores de resultado:</b> - Que pelo menos 60% dos adolescentes afirmem andar a pé + 30 min/dia. - Diminuir em 3% o número de adolescentes que vê televisão &gt; 2h/dia; - Diminuir em 3% o número de adolescentes usa computador &gt; 2h/dia.</p>

Atividade	Recursos	Data	Local	Como	Objetivos	Avaliação
<b>Sessões de EpS: “Decide Saudável”</b>	<p><b>Humanos:</b> Grupo de adolescentes de 14 anos da USF Delta; Mestranda em parceria com Nutricionista</p> <p><b>Materiais:</b> Computador, Projetor, Diapositivos, Produtos alimentares, Folheto sobre Alimentação.</p>	17/12 19/12 2013	<p>Sala de formação de Paço de Arcos;</p> <p>Cozinha do Edifício da USF Delta.</p>	<p>25 minutos para: exposição; interrogação; esclarecimento de dúvidas e lanhe saudável;</p> <p>60 min para almoço saudável.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilizar para a importância de consumir produtos hortícolas e frutícolas para adotar um comportamento alimentar saudável</li> <li>- Capacitar o grupo para adotar hábitos alimentares adequados.</li> </ul>	<p><b>Indicadores de processo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de participação dos adolescentes nas atividades;</li> <li>- Nº de adolescentes do grupo que avaliam as atividades de forma satisfatória ou muito satisfatória.</li> </ul> <p><b>Indicadores de resultado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que pelo menos 60 % dos adolescentes afirmem consumir pelo menos, 3 porções de fruta por dia;</li> <li>- Que pelo menos 60 % dos adolescentes afirmem consumir pelo menos 3 porções de produtos hortícolas por dia.</li> </ul>

<p>Grupo fechado <b>“Estilos de Vida”</b></p>	<p><b>Humanos:</b> Grupo de adolescentes de 14 anos da USF Delta; Mestranda <b>Materiais:</b> Computador</p>	<p>A partir do dia 23 de novembro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distribuir informação aos pais dos adolescentes sobre o grupo;</li> <li>- Informar os adolescentes sobre o objetivo do grupo “Estilos de vida”;</li> <li>- Convidar os adolescentes a fazerem parte do grupo “Estilos de vida”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criar um local de partilha de informações e esclarecimento de dúvidas entre a mestranda, nutricionista e ao adolescente;</li> <li>- Informar os adolescentes sobre os recursos da comunidade relacionados com exercício físico;</li> <li>- Divulgar informações relacionadas com exercício físico e alimentação saudável;</li> <li>Incentivar os adolescentes à adoção de hábitos alimentares e de exercício físico saudáveis.</li> </ul>	<p><b>Indicadores de processo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de adesão dos adolescentes ao grupo fechado “Estilos de Vida”.</li> </ul>
---	--	--	---	--	--

## **APÊNDICE 11**

Plano da Sessão: Põe-te a Mexer

## Plano de Sessão de Educação para a Saúde “Põe-te a Mexer!”

**Data:** 23 de Novembro e 7 de Dezembro de 2013

**População alvo:** Grupo de adolescentes de 14 anos da USF Delta

**Local:** Sala de formação de Paço de Arcos, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras e Garagem do Edifício da USF Delta

**Hora:** 10h30 **Duração da sessão:** 1h 25 minutos

**Formadores:** Enf<sup>a</sup> Célia Samico e Professor Ginástica

<b>Fase</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Duração</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos Materiais</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação: Formadores e Grupo de adolescentes Tema Constituição da sessão	10 min	Expositivo Interativo	Computador, Projetor, Diapositivos, Radio, CD, Fruta, Água, Folheto sobre Exercício Físico
<b>Desenvolvimento</b>	Apresentação dos resultados do Diagnóstico de situação Sedentarismo e consequências para a saúde Exercício físico e benefícios para a saúde Atividade de exercício físico desenvolvida com professor de ginástica Lanche saudável	60 min	Expositivo Interativo	
<b>Conclusão</b>	Esclarecimento de dúvidas Distribuição de material de apoio à sessão Agradecimento	10 min	Expositivo Interativo	
<b>Avaliação</b>	Presença do grupo na sessão Aplicação questionário satisfação relativa à sessão Folha de presença	5 min	Interrogativo	

## **APÊNDICE 12**

Sessão de EpS: “Põe-te a Mexer”



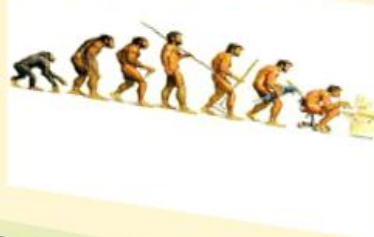
## Promover Estilos de Vida Saudáveis nos Adolescentes de 14 anos : Alimentação e Exercício Físico

Célia Samico

### Apresentação de Resultados

#### EXERCÍCIO

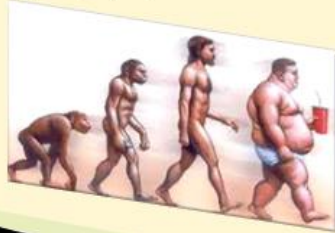
- Andar “a pé” inferior a 30 minutos/dia (50,9%)
- Tempo que passam a ver televisão e a jogar videojogos superior a 2h/dia (38,6% e 64,9% respetivamente)



## Apresentação de Resultados

### ALIMENTAÇÃO

- Baixo consumo de fruta (86%) e produtos hortícolas (72%)
- Baixo consumo de água (49,6%)



## PORQUÊ FAZER EXERCÍCIO?

### ATIVIDADES SEDENTÁRIAS

- Obesidade
- Perda de flexibilidade e dores articulares
- Hipertensão arterial, diabetes, aumento do colesterol, enfarte
- Causa direta ou indireta na morte súbita



(OMS,2011)

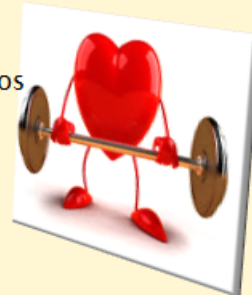


### EXERCÍCIO FÍSICO (60 minutos/dia)

- Benefícios físicos, mentais e sociais para a saúde
- Melhoria nas funções cardíacas e pulmonares
- Controla ansiedade e depressão
- Favorece interação e integração social
- Desenvolvimento de capacidades de socialização

(OMS,2011)

### EXERCÍCIO FÍSICO (60 minutos/dia)



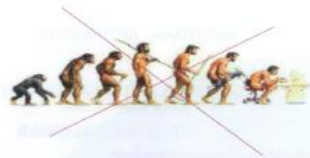
- Melhora a aparência
- Queima de calorias
- Mantém tonificação dos músculos
- Melhora circulação sanguínea
- Reduz o stress
- Aumenta a concentração
- Melhora a qualidade do sono
- Previne tensões altas, colesterol e diabetes

(OMS,2011)

**OBRIGADA!**  
**“TOCA A MEXER”**

## **APÊNDICE 13**

Folheto “Põe-te a Mexer”



## CONTRARIA A EVOLUÇÃO!

Pratica exercício físico  
60 minutos /dia

4º Curso de Mestrado na Área de  
Especialização de Saúde Comunitária  
Realizado por Célia Santos - Novembro de 2013



“PÕE-TE A MEXER!”



[estilosoudeveis@groups.facebook.com](https://www.facebook.com/groups/estilosoudeveis/)  
<https://www.facebook.com/groups/estilosoudeveis/>

## VIDA SEDENTÁRIA

**OBESIDADE**  
**AUMENTO DO COLESTEROL**  
**HIPERTENSÃO ARTERIAL**  
**ENFARTE**  
**DIABETES**  
**CAUSA DIRETA OU INDIRETA DE MORTE SÚBITA**  
**PERDA DE FLEXIBILIDADE**  
**DORES ARTICULARES**



## VIDA ATIVA

**MELHORA APARÊNCIA**  
**PREVINE HIPERTENSÃO, COLESTEROL E DIABETES**  
**QUEIMA CALORIAS**  
**REDUZ STRESS**  
**MELHORA O SONO**  
**MELHORA CIRCULAÇÃO**  
**AUMENTA CONCENTRAÇÃO**



## **APÊNDICE 14**

Plano da Sessão: “Decide Saudável”

## Plano de Sessão de Educação para a Saúde: “Decide Saudável”

**Data:** 17 e 19 de Dezembro de 2013

**Hora:** 10h 30

**Duração da sessão:** 1h 05 minutos

**População alvo:** Grupo de adolescentes de 14 anos inscritos na USF Delta

**Local:** Sala de formação de Paço de Arcos, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

**Formadores:** Enf<sup>a</sup> Célia Samico e Nutricionista

Fase	Conteúdo	Duração	Métodos	Recursos Materiais
Introdução	Apresentação: Formadores e Grupo de adolescentes Tema Constituição da sessão	5 min	Expositivo Interativo	Computador, Projetor, Diapositivos, Produtos Alimentares, Folheto sobre Alimentação Saudável
Desenvolvimento	Apresentação dos resultados do Diagnóstico de situação Alimentação saudável e benefícios para a saúde Workshop culinário desenvolvido com nutricionista	45 min	Expositivo Interativo	
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas Resumo da sessão e agradecimento	10 min	Expositivo	
Avaliação	Aplicação questionário satisfação relativa à sessão Folha de presença	5 min	Interrogativo	

## **APÊNDICE 15**

Sessão de EpS: “Decide Saudável”

## Promover Estilos de Vida Saudáveis nos Adolescentes de 14 anos : Alimentação e Exercício Físico

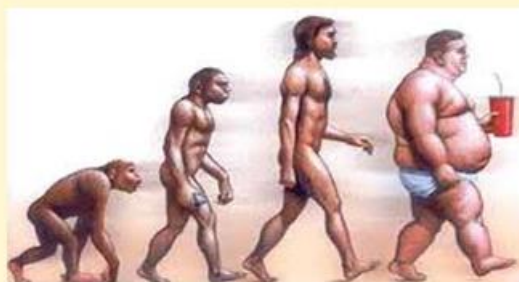
Célia Samico

### Apresentação de Resultados

#### ALIMENTAÇÃO

- ✓ Baixo consumo de fruta (86%) e produtos hortícolas (72%) (2 vezes ou menos por dia)
- ✓ Baixo consumo de água (49,6%) (< ou = a 1l/ dia)

#### ALIMENTAÇÃO



**CONTRARIA A EVOLUÇÃO!**

## ALIMENTAÇÃO INADEQUADA



Doenças cardiovasculares, oncológicas, diabetes e obesidade



60% de mortes prematuras

Mais de 1/3 da população



(Ministério da Saúde, 2012)

## ALIMENTAÇÃO INADEQUADA



Muitas mortes nos adultos devem-se a comportamentos iniciados na adolescência incluindo mau padrão alimentar e de exercício físico (OMS, 2012)

## OBJETIVO

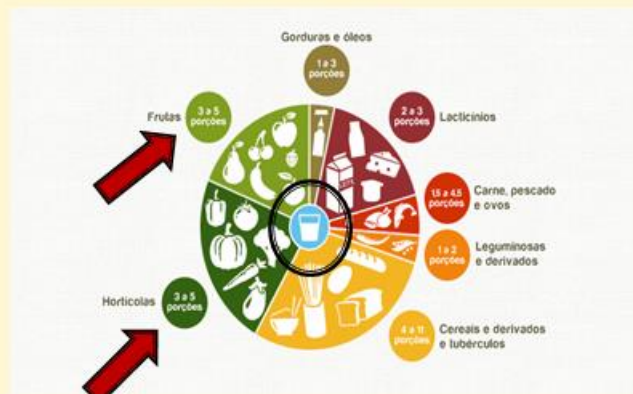


Estimular a opção por comportamentos saudáveis, relacionados com: a nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, prevenindo práticas alimentares desequilibradas

(PNSI, 2012)



## RODA DOS ALIMENTOS



Fonte: <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt>

## “DECIDE SAUDÁVEL!”



[estilosaudaveis@groups.facebook.com](mailto:estilosaudaveis@groups.facebook.com)

<https://www.facebook.com/groups/estilosaudaveis>

**OBRIGADA!**  
BOA ATIVIDADE

## **APÊNDICE 16**

Ementa Saudável

## EMENTA

Metades de pão com sementes com queijo **fatiado, tomate e alface**

Tiras de cenoura com molho de iogurte (iogurte natural, mostarda, orégãos e limão, a gosto).

Patê de atum e pickles com hortelã.

Tostas integrais ou normais extrafinas com tomate e queijo fresco

Grisinos

Rolos de queijo e fiambre recheados com abacaxi.

Azeite e ervas para molhar o pão

Chá de frutos

Chá de limão

Batido de banana com canela

Quiche de brócolos, cenoura e azeitonas

### Sobremesa:

Fruta laminada: maçã, laranja.

Espetadas de fruta (morangos, kiwi, ananás e uvas) para molhar em chocolate com 70% cacau



## **APÊNDICE 17**

Folheto “Decide Saudável”

# ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

## NUTRIÇÃO



**CONTRARIA A  
EVOLUÇÃO!**

4º Curso de Mestrado na Área de  
Especialização de Saúde Comunitária  
Realizado por Célia Samico Novembro de 2013



# ALIMENTAÇÃO INADEQUADA

**“DECIDE SAUDÁVEL”**



[estiosaudaveis@groups.facebook.com](mailto:estiosaudaveis@groups.facebook.com)

<https://www.facebook.com/groups/estiosaudaveis/>

## ALIMENTAÇÃO INADEQUADA

**CANCRO**  
**DIABETES**  
**DOENÇAS**  
**CEREBRO-VASCULARES**

SÉRIO QUE  
EU VOU TER  
QUE SUBIR  
TIPO ISTO?



**OBESIDADE**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL**  
**COLESTEROL**

## ALIMENTAÇÃO ADEQUADA



**3 a 5 porções de fruta / dia**

**3 a 5 porções de hortícolas/ dia**

**4 a 6 copos de água /dia**

## **APÊNDICE 18**

Grupo fechado no Facebook “Estilos Saudáveis



Alterar foto do grupo

Estilos saudáveis

Membros

Eventos

Fotos

Ficheiros

Notificações

+ Criar grupo



Publicar



Foto / Vídeo



Pergunta



Ficheiro

Escreve alguma coisa...

ACERCA DE

15 membros

Grupo fechado

Perguntas, receitas, curiosidades, atividades, tudo o que tenha a ver com alimentação e

## **APÊNDICE 19**

Informação aos encarregados de educação sobre grupo “Estilos Saudáveis”



**Caros Encarregados de Educação,**

O meu nome é Célia Sofia Barreiros Samico, venho por este meio informar que no âmbito do projeto que estou a desenvolver com os adolescentes de 14 anos inscritos na USF Delta, intitulado "Promover estilos de vida saudáveis nos adolescentes de 14 anos: Alimentação e Exercício Físico", foi criado um grupo no facebook -[estilossaudaveis@groups.facebook.com](mailto:estilossaudaveis@groups.facebook.com) - que tem como objetivo trocar informações entre os profissionais de saúde e os adolescentes referentes à Alimentação Adequada e Exercício Físico.

No referido grupo estão inscritas duas enfermeiras (Enf.ª M.ª José Bento e Enf.ª Luísa Horta e Costa) o Enf.º António Major, Professor da Escola Superior de Lisboa, e eu que assumo o papel de administradora do grupo. Qualquer publicação que desejem fazer no grupo exige a aprovação do administrador.

Caso considere existir algum inconveniente para que o seu filho faça parte deste grupo agradeço que me seja comunicado.

Contactos: email - [celia.b.samico@gmail.com](mailto:celia.b.samico@gmail.com); Telef. - 214540816

Com os melhores cumprimentos,

Enfermeira Célia Samico

## **APÊNDICE 20**

Questionário de avaliação da satisfação



## Questionário de Avaliação da Satisfação

Selecione com um **X** a opção correspondente.

Sessão de Educação para a Saúde: _____				
Item	Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Interesse do tema apresentado				
Conteúdo dos temas apresentados				
Formadores				
Duração da sessão				
Qualidade das instalações				
Horário da sessão				
Atividades desenvolvidas na sessão				

Sugestões:

---

---

---

Muito obrigada pela participação.

## **APÊNDICE 21**

Tabelas dos resultados da avaliação

## TABELAS DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

**Tabela 1 - Distribuição dos adolescentes de acordo com o número de vezes por dia que ingerem os alimentos identificados na tabela (n=39).**

	Raramente	1 a 2 vezes/dia	3 a 5 vezes/dia	Mais de 5 vezes/dia	n	%
Hortícolas (alface, tomate, cenouras, etc.)	3(7,7%)	12(30,8%)	24 (61,5%)	0(0%)	39	100%
Fruta	0(0%)	13(33,3%)	23 (59%)	3(7,7%)		

**Tabela 2 - Distribuição dos adolescentes pelo tempo que andam a pé por dia (n=39).**

Tempo caminhada	n	%
<15 minutos	6(15,3%)	100%
15 a 30 minutos	9(23%)	
Mais de 30 minutos	24(61,5%)	

**Tabela 3 - Distribuição dos adolescentes pelo número de horas passam a ver televisão e a jogar videojogos (n=28).**

	Televisão	Videojogos
Até 2 h	25(64,1%)	16(41%)
De 2h a 5h	12(30,7%)	18(46,1%)
Mais de 5h	2(5,1%)	5(12,8%)
n	39	39
%	100%	100%