

Adriana Machado

**Planeamento em Saúde:
Promoção, Prevenção e Intervenção para
uma Adolescência sem Tabaco**

fevereiro, 2014

Adriana Jorge da Silva Pereira Vaz Machado

Planeamento em Saúde

Promoção, Prevenção e Intervenção para
uma Adolescência sem Tabaco

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho efetuado sob orientação da

Professora Doutora Clarisse Magalhães

fevereiro, 2014

Machado, Adriana Jorge da Silva Pereira Vaz

Planeamento em Saúde:

Promoção, Prevenção e Intervenção para uma Adolescência sem
Tabaco

242 Páginas

Relatório de estágio, Instituto Politécnico de Saúde do Norte

CESPU, CRL; Instituto Politécnico de Saúde do Norte

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a consecução deste trabalho, através da disponibilidade demonstrada, partilha de saberes, carinho e atenção...

O meu muito obrigada!!

RESUMO

As opções tomadas pelos adolescentes em relação ao estilo de vida influenciam na idade adulta a sua saúde. Assim, os adolescentes são um grupo primordial para se realizarem campanhas de educação para a saúde e de sensibilização. Ferreira (2008) refere que os adolescentes não podem ser os únicos responsáveis pela aprendizagem de todos os comportamentos que possam afetar a sua saúde, uma vez que estes são alvo de influências dos pais, do grupo de pares e da sociedade em geral.

Detentor de formação e experiência que lhe permite abster-se de juízos de valor e lhe confere a capacidade de entender e respeitar os outros, cabe ao enfermeiro o papel de facilitar e dinamizar a aprendizagem, após a realização de planeamento em saúde, ajudando o adolescente a conhecer e a gerir recursos, visando a adoção de estilos de vida saudáveis (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

Para consecução dos objetivos propostos foi realizado um estudo quantitativo descritivo simples no Diagnóstico de Situação, com recurso à metodologia de Planeamento em Saúde. O Instrumento de recolha de dados consistiu na aplicação de um questionário dirigido aos adolescentes.

O objetivo geral traçado consistiu em promover a saúde e prevenir a adoção de estilos de vida não saudáveis nos adolescentes do 5º ano do Agrupamento de Escolas Vallis Longus. Os problemas identificados no diagnóstico de situação foram: Alimentação, Comportamento de Risco – Tabagismo e Comportamento de Risco – Sexualidade. E através da técnica geral de ordenação – comparação por pares, emergiu como prioridade intervir no Comportamento de Risco – Tabagismo. Para se conseguir alcançar os objetivos elaborou-se o projeto de intervenção “Vida Sem Fumo!”.

Considera-se que, no final, a avaliação foi extremamente positiva, pois todos os envolvidos mostraram satisfação. Constatou-se ainda, através da avaliação dos indicadores, que a intervenção foi frutuosa pois os dados obtidos espelham que a maioria dos adolescentes adquiriu conhecimentos adequados sobre a temática.

Palavras-chave: Adolescência, Enfermagem, Estilos de vida, Planeamento em Saúde, Tabagismo.

ABSTRACT

The choices that adolescents make related to lifestyle will influence their health in adulthood. Thus, adolescents are one primordial group to conduct educational campaigns for health and awareness. Ferreira (2008) reported that adolescents can not be solely responsible for the learning of all behaviors that can affect their health, since they are subject to influences from their parents, peer group and society in general.

Holder of training and experience that allows to refrain from value judgments and gives it the ability to understand and respect others, it is the nurse's role facilitate and stimulate learning, after conducting health planning, helping the teenagers to know and manage resources, aiming the adoption of healthy lifestyles (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

To achieve the objectives proposed in this study, a simple quantitative descriptive was used in the situation diagnosis, using the methodology of Health Planning. The instrument for data collection consisted of a questionnaire aimed at teenagers.

The overall goal was to promote health and prevent the adoption of unhealthy lifestyles among adolescents 5th year of the Agrupamento de Escolas Vallis Longus. The problems identified in the situation diagnosis were: Food, Risk Behavior - Smoking and Risk Behavior - Sexuality. And through the general technique of ordering - pair-wise comparison, emerged as a priority intervene in Risk Behavior - Smoking. To achieving the goals, the intervention project "Vida sem Fumo!" was elaborated.

It is considered that, in the end, the evaluation was extremely positive because everyone involved showed satisfaction. The evaluation of the indicators also shows that the intervention was successful because the results reflect that most of the teenagers acquired adequate knowledge on the subject.

Keywords: Adolescence, Nursing, Lifestyle, Planning Health, Smoking.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	21
-----------------	----

CAPITULO I

ADOLESCÊNCIA: DESAFIOS E RISCOS NO PROCESSO DE FORMAÇÃO EM SAÚDE

1. ENFERMAGEM: SAÚDE DO ADOLESCENTE E SAÚDE PÚBLICA	27
1.1. Promoção da saúde/Educação para a saúde	30
1.2. Educação para a saúde como estratégia para mudar comportamentos problema	33
1.3. Enfermagem na escola: promoção de estilos de vida saudáveis	35
1.4. Promoção da saúde na adolescência	37
2. COMPORTAMENTOS SALUTARES VS. COMPORTAMENTOS PROBLEMA	41
3. O CONSUMO DE TABACO NA POPULAÇÃO ADOLESCENTE	57
3.1. Epidemiologia tabágica	58
3.2. Iniciação tabágica e fatores de risco	59
3.3. Exposição tabágica	63
3.4. Consequências tabágicas	64
3.5. Prevenção tabágica.....	67

CAPITULO II

PLANEAMENTO EM SAÚDE

1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	75
2. PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS	121
3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	123
4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	125
5. PROJETO DE INTERVENÇÃO “VIDA SEM FUMO!”	127
6. AVALIAÇÃO.....	131
NOTAS FINAIS	137
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	141
ANEXOS.....	163
Anexo A - Instrumento de recolha de dados do Diagnóstico de Situação.....	clxv

Anexo B - Pedido de autorização dirigido ao Presidente do Conselho Executivo do Agrupamento de Escolas Vallis Longus.....	clxxvii
Anexo C - Pedido de Autorização aos Encarregados de Educação.....	clxxxii
Anexo D - Apresentação do Projeto “Vida Sem Fumo!” à Equipa de Saúde Escolar	clxxxv
Anexo E - Plano de Sessão Atividade 2 - Vida sem Fumo!.....	clxxxix
Anexo F - Apresentação em <i>PowerPoint</i> "Tabagismo"	cxci
Anexo G - Plano de Sessão Atividade 3 - Não ao Cigarro!	cxci
Anexo H - Dinâmica “Certo ou Errado”	cciii
Anexo I - Dinâmica “Componentes do tabaco”	ccvii
Anexo J - Filme “Tabagismo”.....	ccxi
Anexo K - Questionário “Tabaco” e Grelha de avaliação dos alunos do Projeto de Intervenção Vida Sem Fumo!	ccxv
Anexo L - Grelha de avaliação dos Professores/Diretores de Turma do Projeto de Intervenção.....	ccxxv
Anexo M - Folheto “Tabagismo”	ccxxix
Anexo N - Poster “Cigarro mata, atitude não!”	ccxxxiii
Anexo O – Grelha de Registo de presenças dos alunos.....	ccxxxvii

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapa do distrito do Porto, com especificação do concelho de Valongo	76
Figura 2. Comparação por pares	122

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Operacionalização das variáveis.....	81
Tabela 2. Estatísticas descritivas da variável idade	83

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição de dados relativamente ao género	84
Gráfico 2. Distribuição de dados relativamente ao agregado familiar	84
Gráfico 3. Distribuição de dados relativamente à profissão do pai do adolescente	85
Gráfico 4. Distribuição de dados relativamente à profissão da mãe do adolescente	85
Gráfico 5. Distribuição de dados relativamente às habilitações literárias do pai do adolescente	86
Gráfico 6. Distribuição de dados relativamente às habilitações literárias da mãe do adolescente	86
Gráfico 7. Distribuição de dados relativamente ao horário do adolescente se levantar durante a semana	87
Gráfico 8. Distribuição de dados relativamente ao horário do adolescente se deitar durante a semana	87
Gráfico 9. Distribuição de dados relativamente ao horário do adolescente se levantar durante o fim de semana	88
Gráfico 10. Distribuição de dados relativamente ao horário do adolescente se deitar durante o fim de semana	88
Gráfico 11. Distribuição de dados relativamente ao número de refeições diárias	89
Gráfico 12. Distribuição de dados relativamente ao local do pequeno-almoço	89
Gráfico 13. Distribuição de dados relativamente aos alimentos incluídos no pequeno-almoço	90
Gráfico 14. Distribuição de dados relativamente ao local do almoço	90
Gráfico 15. Distribuição de dados relativamente à frequência de ingestão de legumes cozidos ou saladas	91
Gráfico 16. Distribuição de dados relativamente à ingestão de sopa	91
Gráfico 17. Distribuição de dados relativamente aos hábitos alimentares antes de deitar	92
Gráfico 18. Distribuição de dados relativamente à ingestão diária de água	92
Gráfico 19. Distribuição de dados relativamente ao consumo de <i>fast-food</i>	93
Gráfico 20. Distribuição de dados relativamente à frequência semanal da ingestão de <i>fast-food</i>	93
Gráfico 21. Distribuição de dados relativamente à frequência semanal do consumo de gelados	93
Gráfico 22. Distribuição de dados relativamente à frequência semanal do consumo de chocolates	94

Gráfico 23. Distribuição de dados relativamente à frequência semanal do consumo de rebuçados.....	94
Gráfico 24. Distribuição de dados relativamente à frequência semanal do consumo de chicletes	94
Gráfico 25. Distribuição de dados relativamente à frequência semanal do consumo de gomas.....	95
Gráfico 26. Distribuição de dados relativamente à frequência de higiene corporal.....	95
Gráfico 27. Distribuição de dados relativamente à frequência de higiene capilar	95
Gráfico 28. Distribuição de dados relativamente ao hábito de higiene oral	96
Gráfico 29. Distribuição de dados relativamente à frequência diária de higiene oral	96
Gráfico 30. Distribuição de dados relativamente à frequência diária de troca de roupa interior	96
Gráfico 31. Distribuição de dados relativamente ao hábito de cortar as unhas	97
Gráfico 32. Distribuição de dados relativamente à prática de atividade física extraescolar.....	97
Gráfico 33. Distribuição de dados relativamente ao número de horas semanais despendido na prática de atividade física extraescolar	97
Gráfico 34. Distribuição de dados relativamente ao número de horas diárias despendidas a ver televisão/jogar consola/computador.....	98
Gráfico 35. Distribuição de dados relativamente à ocupação dos tempos livres familiares	98
Gráfico 36. Distribuição de dados relativamente à curiosidade dos adolescentes em fumar	99
Gráfico 37. Distribuição de dados relativamente à perceção dos adolescentes sobre se fumar faz bem à saúde.....	99
Gráfico 38. Distribuição de dados relativamente à perceção dos adolescentes sobre se fumar é fixe	99
Gráfico 39. Distribuição de dados relativamente à perceção dos adolescentes sobre se fumar aumenta o número de amigos.....	100
Gráfico 40. Distribuição de dados relativamente aos elementos do agregado familiar com comportamentos de risco – tabagismo	100
Gráfico 41. Distribuição de dados relativamente à curiosidade dos adolescentes em consumir bebidas alcoólicas	101
Gráfico 42. Distribuição de dados relativamente à perceção dos adolescentes sobre se consumir bebidas alcoólicas faz bem à saúde	101

Gráfico 43. Distribuição de dados relativamente à perceção dos adolescentes sobre se consumir bebidas alcoólicas é fixe	101
Gráfico 44. Distribuição de dados relativamente à perceção dos adolescentes sobre se consumir bebidas alcoólicas aumenta o número de amigos.....	102
Gráfico 45. Distribuição de dados relativamente aos elementos do agregado familiar com comportamentos de risco – consumo de álcool	102
Gráfico 46. Distribuição de dados relativamente ao esclarecimento de dúvidas sobre sexualidade	103
Gráfico 47. Distribuição de dados relativamente à pessoa escolhida para esclarecimento de dúvidas relativas à sexualidade	103
Gráfico 48. Distribuição de dados relativamente ao conhecimento de métodos contraceptivos	104
Gráfico 49. Distribuição de dados relativamente ao conhecimento dos tipos de métodos contraceptivos.....	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAPD - *American Academy of Pediatric Dentistry*

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

AMP - Área Metropolitana do Porto

ATL - Atividades de Tempos Livres

CESPU - Cooperativa de Ensino Superior, Politécnico e Universitário

cit. - citado

DGS - Direção-Geral da Saúde

DIU - Dispositivo Intrauterino

DST/IST- Doenças Sexualmente Transmissíveis/Infeções Sexualmente Transmissíveis

EpS - Educação para a Saúde

HBSC - *Health Behaviour in School-aged Children*

INE - Instituto Nacional de Estatística

LDL - *Low Density Lipoproteins*

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

pp. - páginas

PTA - Poluição Tabágica Ambiental

s/d - sem data

SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase da vida marcada por profundas transformações fisiológicas, psicológicas, afetivas e sociais, vivenciadas num determinado contexto cultural. É um período de desenvolvimento dinâmico, suscetível a influências externas, onde se desenvolvem atitudes, ideais e se adquirem estilos de vida (Gonçalo, 2002).

Nesta etapa de vida, considera a literatura científica que é com a promoção da saúde que os adolescentes conseguirão criar as bases para o futuro, pois é mais eficaz prevenir antecipadamente comportamentos prejudiciais do que tentar, posteriormente, implementar ações corretivas (WHO, 2005a). A educação a nível preventivo encontra-se mais inerente aos cuidados de saúde primários, pois estes, além de constituírem o primeiro nível de contacto com o sistema de saúde, estão vocacionados para uma intervenção preventiva e precoce (Cunha Filho, 2005).

Apesar do setor da saúde exercer um papel crucial na prevenção, cuidado e promoção da saúde, a intervenção de outros setores como a educação, o apoio social, financeiro e político têm importante influência sobre as determinantes da saúde, implicando uma intervenção multissetorial para a promoção e manutenção da saúde e bem-estar das crianças e adolescentes (WHO, 2005a).

A pertinência deste estudo prende-se com o facto de a educação para a saúde (EpS) ser considerada um eixo prioritário de investigação no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, pelo que existe uma necessidade crescente de intervenção. Com o planeamento em saúde consegue-se descodificar as áreas de atuação emergentes, e intervir o mais precocemente possível, de forma a serem proporcionados ganhos a médio e longo prazo (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005).

Este trabalho surge integrado no âmbito do 2º Curso do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde do Vale Sousa, sob a orientação da Professora Doutora Clarisse Magalhães, com o objetivo de dar a conhecer o planeamento em saúde e todas as suas etapas, realizado sobre o tema “Planeamento em Saúde: Promoção, Prevenção e Intervenção para uma Adolescência sem Tabaco”.

Integrado no estágio de Planeamento em Saúde, este trabalho pretende promover a saúde e prevenir a adoção de estilos de vida não saudáveis nos adolescentes do 5º ano do Agrupamento de Escolas Vallis Longus. Para uma melhor orientação, foi necessário

traçar como objetivos específicos: caracterizar as condições sociodemográficas da família dos adolescentes; conhecer os hábitos alimentares dos adolescentes; identificar os hábitos de sono dos adolescentes; identificar os hábitos de higiene dos adolescentes; identificar os hábitos de exercício físico dos adolescentes; conhecer os hábitos de lazer dos adolescentes; identificar comportamentos de risco nos adolescentes relativos ao consumo do tabaco; identificar comportamentos de risco nos adolescentes relativos ao consumo de álcool; identificar comportamentos de risco nos adolescentes relativos à sexualidade.

Assim, realizou-se um estudo quantitativo descritivo simples no Diagnóstico de Situação, com recurso à metodologia de Planeamento em Saúde, tendo-se para tal construído como instrumento de recolha de dados um questionário. A população em estudo foram os adolescentes a frequentar o 5º ano de escolaridade no Agrupamento de Escolas Vallis Longus, em Valongo.

Após análise do Diagnóstico de Situação, emergiram três áreas de atuação prioritárias, tendo sido selecionada como área mais emergente de intervenção o Comportamento de Risco – Tabagismo. Para dar resposta a esta necessidade, elaborou-se o Projeto de Intervenção “Vida sem Fumo!”, com o objetivo geral de prevenir a iniciação dos hábitos tabágicos nos adolescentes do 5º ano de escolaridade do Agrupamento de Escolas Vallis Longus.

O tabagismo representa, mundialmente, uma séria ameaça à saúde das populações, constituindo um dos comportamentos evitáveis que mais contribui para a deterioração da qualidade de vida, bem como para a elevação dos números da morbilidade e mortalidade. Sabe-se que, acompanhado por outros comportamentos de risco, designadamente o sedentarismo, os hábitos alimentares inadequados ou o consumo de outras substâncias, potenciam a probabilidade da incidência de doenças crónico-degenerativas (Trigo, 2007).

É importante intervir o mais precocemente possível e que esta intervenção seja realizada desde logo junto das escolas, alertando os mais novos de toda a problemática inerente ao fumo do tabaco para que se consigam minorar as consequências a ele inerentes (Vilarinho, 2010).

Para construção do relatório estruturaram-se dois grandes capítulos. Após a Introdução, surge o Capítulo I, onde se aborda a saúde do adolescente, a promoção da saúde/educação para a saúde, os comportamentos salutareis vs. comportamentos

problema e a dependência tabágica. O Capítulo II faz referência ao planeamento em saúde, desde a caracterização do meio ao diagnóstico de situação, que envolve a priorização dos problemas, fixação dos objetivos, seleção de estratégias, projeto “Vida sem Fumo!” e avaliação. O documento é concluído com uma breve nota final, seguida da bibliografia consultada, apresentando-se no final os anexos utilizados ao longo do Planeamento em Saúde.

CAPÍTULO I

ADOLESCÊNCIA: DESAFIOS E RISCOS NO PROCESSO DE FORMAÇÃO EM SAÚDE

Como refere o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (2012, p.12), “a saúde não se acumula mas resulta de um histórico de promoção da saúde e prevenção da doença e suas complicações, da adoção de comportamentos saudáveis e vivências em contextos saudáveis. São as perdas de saúde que podem ter um efeito acumulativo ao longo da vida”. Rodrigues *et al.* (2005) reforçam a própria dificuldade em definir saúde uma vez que esta é vivenciada diferentemente de indivíduo para indivíduo, consoante a percepção que cada pessoa ou comunidade têm acerca dos acontecimentos da vida, inseridos num determinado momento e contexto” e o facto de a adolescência ser uma fase com características muito próprias, torna esta definição ainda mais complexa. No entanto, nenhum grupo profissional na área da saúde tem, tal como os enfermeiros, a possibilidade de proporcionar formação/informação aos adolescentes de forma a que este percurso seja o mais saudável possível.

1. ENFERMAGEM: SAÚDE DO ADOLESCENTE E SAÚDE PÚBLICA

“O processo da adolescência engloba uma acção combinada entre as modificações biológicas, sociais, cognitivas do individuo e os contextos em que o próprio vivencia as exigências e as oportunidades que influenciam o seu desenvolvimento psicológico de um modo geral, enquanto membro de determinada sociedade” (Sprinthall & Collins, 2003, p.18).

Os novos papéis, oportunidades e responsabilidades com que são confrontados ao atingir a adolescência, faz com que este grupo se torne altamente vulnerável. A multiplicidade de contextos sociais e interpessoais geradores de emoções até então desconhecidos, podem originar instabilidade e, por consequência, o desenvolvimento de problemas de adaptação com repercussões na sua saúde (A. Fonseca, 2002).

Costa (2008, p.14) refere, por outro lado, que

...a ausência de preocupação com a saúde, aliada à falta de informação sobre a importância da vigilância e promoção de saúde, como também a fragilidade dos planos estratégicos, no que respeita à identificação precisa dos problemas a serem enfrentados, implementação, acompanhamento e avaliação dos programas, colocam importantes desafios para os sistemas de saúde na procura de resposta mais adequada às necessidades deste grupo.

Costa (2008), salienta ainda que por ser considerado um período crítico, é fundamental que se desenvolvam na adolescência comportamentos e atitudes saudáveis,

nomeadamente a autorresponsabilização e o direito à saúde. Para tal, Collaço (2007, p.18) refere que:

é fundamental compreender a diversidade de factores que interferem no processo de transformação do jovem durante a adolescência. Pois só deste modo se conseguem entender as atitudes, as necessidades, os receios, as características das suas personalidades e de um modo muito especial o modo como os jovens se relacionam com os outros e com o próprio meio ambiente que os rodeia.

E apesar de o jovem ter que ser auto-responsabilizado, não deixa de ser da responsabilidade de todos, ou seja, da família, da sociedade e do estado, zelar pelo seu desenvolvimento saudável (Ramos & Andrade, s/d).

Matos, Simões, Canha e Fonseca (2000) afirmam que os adolescentes são frequentemente considerados como o grupo mais saudável a nível da população geral, mas essa visão tem vindo a modificar-se nos últimos anos, fruto das alterações sociais e dos padrões de saúde dos adolescentes.

Neste sentido, e como refere Silva (2002, p.125), “a partir de meados da década de 60, a Organização Mundial de Saúde começou a encarar este grupo etário de uma forma mais atenta. Em Portugal, as questões específicas da saúde dos adolescentes começaram a ser abordadas no final dos anos 70.” Em meados da década seguinte, iniciaram-se diversas iniciativas centradas na promoção da Saúde e prestação de cuidados à adolescência, uma vez que, atualmente a saúde e bem-estar dos adolescentes são reconhecidos como um elemento fundamental no desenvolvimento humano (Guerra, 2004).

Deste modo, pode afirmar-se que os adolescentes são impreterivelmente reconhecidos como importantes facetas da saúde pública a nível mundial. Costa (2008, p.13) afirma ainda que diversos autores “são unânimes em considerar que os maiores riscos para a saúde advêm dos comportamentos gerados pela dificuldade de adaptação do adolescente ao meio psicossocial em que vive, sendo a própria sociedade responsável por situações capazes de afectar toda a vida futura do adolescente”. Pelo que um conhecimento aprofundado deste processo de evolução, em que se experienciam novos desafios, novos comportamentos, as pressões do grupo de pares e dos *media*, a procura de uma identidade pessoal e a afirmação de maturidade, bem como a noção de vulnerabilidade, é fundamental para identificar atempadamente os factores que podem predispor o adolescente para comportamentos de risco (Guerra, 2004).

Segundo dados da Direção Geral da Saúde (DGS, 2002), assumem importância, desde então, como causas de morbimortalidade neste grupo etário, as doenças do foro oncológico, a asma, a diabetes mellitus e outras formas de doença crónica ou de deficiência.

Nos adolescentes, os principais problemas identificam-se com as repercussões dos comportamentos de risco: sedentarismo, desequilíbrios alimentares, condutas violentas, morbidade e mortalidade por acidentes, maternidade e paternidade precoces (em particular, nascimentos em mães adolescentes com menos de dezassete anos), e comportamentos potencialmente aditivos (nomeadamente, álcool, tabaco e drogas ilícitas). (DGS, 2002, p.26)

A inatividade física e os hábitos alimentares inadequados são também responsáveis pela prevalência de excesso de peso, tanto em crianças como em adolescentes, tendo sofrido um aumento acentuado nas últimas décadas, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (Bouchard, 2003).

O suicídio, a violência e os acidentes rodoviários, são causa de morte nesta faixa etária, a morbidade causada por doenças crónicas ou infecciosas faz com que seja uma sobrecarga social e do sistema de saúde nas próximas décadas. No mesmo âmbito, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (2013) refere ainda que o consumo de tabaco, consumo de álcool e excesso de peso e obesidade, se revelam como indicadores com evolução contrária à desejada.

De salientar que o percurso individual de saúde não é constante, tem necessidades particulares e momentos singularmente importantes - períodos críticos (World Health Organization [WHO], 2009), e pela forma como acontecem, influenciam diretamente, quer positiva quer negativamente, as fases seguintes da vida (Plano Nacional de Saúde 2012-2016, 2012). A intervenção nestes momentos – janelas de oportunidade – é promotora e protetora da saúde, podendo revelar-se muito importante a médio e a longo prazo (WHO, 2010).

Face ao exposto, Rodrigues (2003, p.121) afirma que a pré-adolescência e a adolescência têm, no entanto, vindo a ser consideradas como etapas fundamentais para a promoção da saúde, pelo facto de "... os hábitos de saúde ainda não estarem formados, sendo por isso os jovens susceptíveis de novas aprendizagens". Ziglio (2004) afirma ainda que a energia permanente, a criatividade e a força de vida dos adolescentes são características que devem ser orientadas de forma positiva, para sentirem o papel preponderante que têm na promoção e manutenção da saúde e bem-estar de futuras gerações.

Os profissionais de saúde, por inerência da missão que lhes é conferida, são conhecedores dos riscos presentes no dia a dia das populações a que prestam assistência. Assim, têm responsabilidade particular na execução de intervenções mais concertadas, efetivas e exequíveis que vão de encontro às lacunas da saúde dos indivíduos (Brás, 2010).

Mas como refere Ornelas (2008), cit. por Brás (2010, p.29):

...num processo de intervenção existem determinados aspectos a ser cumpridos. É indispensável investigar todas as especificidades dos indivíduos, conhecer os principais elementos que integram o ambiente da intervenção (políticos, económicos, socioculturais), identificar métodos e técnicas que tenham a capacidade de captar o interesse dos indivíduos, para que estes reflectam sobre as necessidades e problemas e sejam participativos na procura de formas de resolução dos mesmos. Quando se pensa numa intervenção em saúde com adolescentes, pensa-se em estratégias enquadradas nos seus contextos de vida. A estratégia tem de ser adaptada aos seus interesses, precedida da criação de um clima de confiança recíproca, procurando que venha a favorecer a adopção de comportamentos saudáveis e a emergência de um projecto de vida.

1.1. Promoção da saúde/Educação para a saúde

Gaspar (2006) refere que o conceito de saúde tem evoluído ao longo dos anos, e implica a capacitação dos indivíduos para que possam desenvolver-se e influenciar positivamente o meio em que vivem, sentindo-se aptos para tomar decisões saudáveis e conseguindo adaptar-se continuamente às exigências do meio. Afirma ainda que “a Promoção da Saúde e a Educação para a Saúde estão estreitamente vinculadas a esta evolução” (p.19).

Neste contexto, e citando Silva (2002, p.19), “pessoas diferentes pensam a saúde de maneiras diferentes. Épocas e culturas diversas pensam a saúde, também, de maneiras diversas”, pelo que não se pode considerar saúde como apenas uma realidade objetiva, mas sim como uma realidade subjetiva uma vez que se relaciona com a forma de pensar.

A EpS é internacionalmente reconhecida como parte integrante dos esforços de prevenção da doença e promoção da saúde (Rodrigues *et al.*, 2005). Estes esforços deveram-se às mudanças ocorridas nos padrões de saúde e doença, ao aumento das doenças crónico-degenerativas e ao aumento dos gastos com a saúde. Como refere Costa (2008), em 1974, com o Relatório de Lalonde, o conceito de promoção da saúde adquiriu um novo significado, divergindo do conceito de prevenção da doença, no entanto, importa referir que não deixaram de se complementar.

A Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, em 1978, tornou pública a Declaração de Alma-Ata, realçando a saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença. Valoriza ainda a promoção e proteção da saúde como sendo essenciais para o contínuo desenvolvimento económico e social.

Em 1986, realizou-se, em Ottawa, a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que originou a “Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde”, que foi impulsionadora do mesmo conceito, onde intervir nesse âmbito significa construir políticas saudáveis, exaltando a promoção da saúde para além da prestação de cuidados de saúde (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1986).

Como referem Cunha Filho e Ferreira-Borges (2004, pp.135-136), “além de colocar a saúde e a doença em planos diferentes, a Carta de Ottawa valoriza a promoção da saúde relativamente ao tratamento e à prevenção das doenças. A promoção da saúde é definida do seguinte modo: “como consequência [do modo como se define saúde], a promoção da saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar”. A responsabilidade pelos estilos de vida ainda é, em primeiro lugar, uma questão de cada um... por isso está escrito também que “a promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”. Mas, a questão do estilo de vida, sendo crucial, é insuficiente, sendo necessário considerar também a perspectiva ecológica e social. Assim, no texto também se pode ler “...o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e modificar ou adaptar-se ao meio”. O meio é mais um elemento do sistema e a intervenção deve inclui-lo, no sentido de melhorar a adaptação dos indivíduos e/ou no sentido da sua transformação”.

De acordo com Cavalcante, Alves e Barroso (2008), da Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Adelaide, surgiram quatro áreas prioritárias para promoção de ações imediatas em políticas públicas saudáveis. Entre elas, o uso de tabaco e álcool, descritos como dois grandes riscos para a saúde.

Pelo exposto, e citando a OMS, Cunha Filho e Ferreira Borges (2008) afirmam que a promoção da saúde é na atualidade um campo de ação emergente, procurando atuar sobre determinantes em saúde que podem ser potencialmente modificados. Para uma correta e eficaz promoção da saúde é necessário implicar o apoio ativo do bem-estar físico, mental e social dos indivíduos.

Pelo facto de a promoção da saúde representar uma estratégia promissora para enfrentar os inúmeros problemas de saúde que afetam a população mundial, em Portugal surge o Plano Nacional de Saúde, que se encontra orientado para a promoção de saúde e prevenção da doença, com o objetivo de obter ganhos em saúde para todos, utilizando estratégias de gestão de mudança centradas no cidadão, de forma a promover comportamentos saudáveis e capacitar o sistema de saúde para a inovação.

Tal como aponta Gaspar (2006, p.25), “não obstante a sua proximidade e convergência, os conceitos de Educação para a Saúde e de Promoção da Saúde são diferentes. A Promoção da Saúde é um processo mais amplo que integra várias estratégias, entre as quais a Educação para a Saúde...”.

Brás (2010, pp.29-30) declara que “a promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável”. Ainda neste âmbito, Mesquita (2007), cit. por Brás (2010), refere que quando se fala em promoção da saúde, se valoriza a participação e envolvimento dos indivíduos, no sentido de os responsabilizar pela sua própria saúde e pela da comunidade.

A teoria do *empowerment*, quando aplicada às atividades de promoção da saúde, permite que os indivíduos adquiram então conhecimentos e capacidades que lhes proporcionem poder de intervenção, tendo em vista estilos de vida saudáveis e criação de situações favoráveis à mudança social (Pereira, 2004; Rodrigues *et al.*, 2005). Neste contexto, Brás (2010, p.31) valoriza a “importância dos profissionais de enfermagem como promotores da saúde, pelos conhecimentos específicos sobre o desenvolvimento humano, pela proximidade que estabelecem com os indivíduos, famílias, comunidades, com o objectivo de implementar mudanças necessárias para o seu bem-estar.”

Desde sempre, a EpS tem como objeto os comportamentos e estilos de vida, e orienta os seus objetivos para agir em prevenção primária - diminuindo os fatores de risco e fomentando os fatores de proteção, para a prevenção secundária - detetando precocemente os problemas de saúde e visando a alteração de condutas que permitam o tratamento de doenças, e para prevenção terciária - recuperando a saúde e evitando possíveis recaídas (Paúl & Fonseca, 2001).

A definição de EpS aceite pelo Conselho de Ministros da CEE (1989) e consagrada na Resolução n.º 89/C3/01, menciona-a como um processo baseado em regras científicas que utiliza oportunidades educacionais programadas de forma a capacitar os indivíduos,

agindo isoladamente ou em conjunto, para tomarem decisões fundamentais sobre assuntos relacionados com saúde. Como refere Giordan (2000), em EpS valoriza-se acima de tudo alterações de atitudes e o desenvolvimento de competências relacionais, onde se destaca a habilidade de saber agir positivamente em saúde.

Pinheiro (2011), citando Kang, Young e Im (2005), salienta que as ações de EpS dirigidas a adolescentes deverão ter em conta as atitudes e as crenças que estes possuem, de modo que as mesmas possam ser melhoradas ou modificadas. Pois, sendo um eixo prioritário de investigação na saúde nacional, subsiste uma necessidade crescente de intervenção neste âmbito, o mais precocemente possível, com o objetivo de se obterem ganhos a médio e longo prazo (Rodrigues *et al.*, 2005).

Concluindo, em saúde, atualmente torna-se cada vez mais importante, através de processos de educação-aprendizagem, efetivar a participação e capacitação das pessoas e populações nos processos de planificação e tomada de decisão, com vista ao alcance da “saúde para todos” (Rodrigues *et al.*, 2005). Contudo, não é possível esquecer que Educação e Saúde exigem uma visão holística dos indivíduos para os interligar com a promoção da saúde, ideias que Navarro (2000) considera aparentemente oriundas de áreas tão distintas, mas que se revelam inseparavelmente solidárias e coerentes.

1.2. Educação para a saúde como estratégia para mudar comportamentos problema

A EpS é um componente essencial da prática de todos os profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, numa altura em que se pretende cada vez mais que os indivíduos fiquem mais aptos para cuidar de si próprios e dos que lhe são próximos. Fontes (2007), salienta ainda o papel da EpS como um requisito importante na capacitação dos indivíduos e na influência sobre as políticas de saúde, uma vez que esta promove o desenvolvimento de comunidades ativas e informadas, capazes de exercer pressão sobre as organizações e decisores políticos.

Redman (2003), afirma que a EpS é praticada segundo um processo de diagnóstico e intervenção e que a fase de avaliação de necessidades determina a natureza da mesma e a motivação existente para aprender, assim como as metas mutuamente estabelecidas com a população. A intervenção é construída para estimular o ensino face às necessidades de aprendizagem da população alvo. A avaliação ocorre ao longo do processo, em intervalos periódicos, para verificar se as metas estão a ser alcançadas. É

frequente a necessidade de reensino devido a não ser possível prever com rigor que intervenção conduzirá à aprendizagem desejada numa determinada população. Verifica-se que, maioritariamente, é necessário um reforço de *follow-up* e o reensino com o passar do tempo, especialmente se se estiver perante indivíduos com problemas crónicos de saúde ou que estão a aprender a preveni-los.

A EpS assume particular relevo, uma vez que visa a promoção de atitudes e comportamentos positivos de saúde, estando implícita a importância do enfermeiro dentro da equipa multidisciplinar, por ser o elemento que melhor conhece os indivíduos, os seus hábitos e estilos de vida, e pelas frequentes oportunidades de prestar cuidados de proximidade.

No Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (2012), pretende-se que se promova a formação regular na área de saúde pública que inclua a definição de políticas, o planeamento, implementação, monitorização e avaliação, por forma a que os cidadãos e a sociedade sejam sensibilizados pelos profissionais de saúde para o cumprimento das medidas de proteção e promoção de saúde e que, ao mesmo tempo, seja promovida a participação ativa de todos os cidadãos nos processos de promoção e proteção da saúde, quer a nível individual quer a nível coletivo.

No contexto dos cuidados de saúde, o aumento da necessidade de enfermeiros que ensinem e ajudem os outros a aprender é contínuo (Carpenter & Bell, 2002). Bastable (2010, p.34) afirma que “a aprendizagem é definida como uma mudança no comportamento (conhecimento, atitudes e/ou habilidades) que pode ser observada ou medida e que ocorre a qualquer momento ou em qualquer lugar como resultado da exposição a um estímulo ambiental”.

E tendo em conta que muitos comportamentos relacionados com a preservação da saúde são adquiridos na adolescência, Albuquerque e Oliveira (2002) referem a necessidade de, precocemente, implementar atividades de promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco, onde a EpS constitui um elemento central.

No entanto, verifica-se uma relutância desta faixa etária em procurar informações junto dos serviços de saúde, pelo que é urgente repensar mudanças específicas neste setor (Brás, 2010). Considera-se, então, que a intervenção em escolas será uma ótima estratégia para conseguir formar/informar esta população, fomentando assim estilos de vida saudáveis.

Frasquilho (1998), cit. por Gaspar (2006, p.36), destaca:

a necessidade de se considerarem três conjuntos de factores que influenciam o comportamento de saúde, e que podem ser efectivamente modificados pelas intervenções educacionais: (1) os factores predisponentes relacionados com o indivíduo (valores, crenças, atitudes, percepções, informação, motivação), (2) os factores capacitantes (conhecimentos, competências) e (3) os factores de reforço, de natureza contextual (representações sociais, normas comportamentais, atitudes grupais).

Matos (2004), salienta que as estratégias de resposta para a alteração de comportamentos de risco, especialmente nesta faixa etária, devem incluir o desenvolvimento de competências pessoais e relacionais, assim como a geração de meios facilitadores da saúde no sentido de promover eficazmente comportamentos de proteção.

Desta forma, para obter ganhos em saúde neste grupo etário, Costa (2008, p.vi) refere que:

os enfermeiros enquadram a promoção da saúde, assente numa visão estratégica da educação para a saúde, como processo sistemático, tendo por base o diagnóstico de saúde e a definição de estratégias que dêem consistência às actividades. Acrescentam, também, a necessidade de aperfeiçoar competências e de terem maior envolvimento e protagonismo na definição de políticas de saúde para esta etapa do desenvolvimento humano.

É importante também assegurar a consistência da informação, por forma a que o enfermeiro apoie os indivíduos nos seus esforços para alcançar a meta de uma saúde ideal (Donovan & Ward, 2001).

1.3. Enfermagem na escola: promoção de estilos de vida saudáveis

Os indivíduos passam uma longa e importante etapa da sua vida na escola e, por isso, este local pode ser visto como um recurso ou um risco para a saúde dos jovens (Samdal, Dür & Freeman, 2004), isto porque exerce uma grande influência nos seus comportamentos. Para além do ambiente familiar e do grupo de amigos, a escola, onde os amigos também poderão estar, constitui um dos mais importantes espaços para a socialização dos jovens (Settertobulte, Jensen & Hurrelmann, 2001).

Por este motivo, Ramos (2011) refere-se à escola como um local privilegiado para a EpS e afirma que as intervenções preventivas devem ser baseadas na evidência científica e

desenvolvidas por profissionais com conhecimentos próprios no domínio específico da saúde, para os quais concorrem os setores da educação e da saúde.

Tal como refere Costa (2008, p.2) “assumir os adolescentes como grupo de intervenção dos profissionais de enfermagem, exige saber atender às suas necessidades...”

Como vem sendo largamente destacado por diversos autores (Aerts, Alves, La Salvia & Abegg, 2004; Ministério da Saúde [MS], 2004a) a escola é o principal cenário para promover programas e ações de EpS com a pretensão não só de ampliar os conhecimentos dos alunos, mas também as suas práticas em saúde.

É importante fazer promoção de estilos de vida saudáveis nas escolas, uma vez que é durante os anos escolares que se geram algumas características da personalidade e os diversos aspetos relacionados com a saúde e com os comportamentos de risco, que mais tarde serão determinantes do estado de saúde (Maes & Lievens, 2003). Isto porque é na infância e na adolescência que os indivíduos, em fase de formação física, mental e social, adquirem os comportamentos e hábitos de saúde (Precioso, 2004). Acrescente-se, ainda, o facto de muitos adolescentes terem na escola a única oportunidade de aprendizagem de comportamentos saudáveis de saúde.

St Leger (2001), cit. por Casal (2007), aconselha que a instituição escolar deva preparar o adolescente com uma elevada literacia para a saúde, de forma a que este consiga construir uma autonomia pessoal e responsabilidade social repleta de conhecimentos e competências que originem opções conscientes e voluntárias para que sejam indivíduos ativos e responsáveis pela sua saúde e pela da comunidade. Baptista e Sousa (2007), salientam ainda que para que tal aconteça deve-se efetivar a EpS nos vários contextos educativos desde a escola, à família, a associações culturais e desportivas e instituições de saúde.

Para que estes processos de EpS em meio escolar sejam mais frutíferos no futuro, devem ser implementados o mais precocemente possível aos adolescentes, de forma a serem-lhes proporcionadas condições para um desenvolvimento harmonioso, participativo, saudável, informado e feliz (Ferreira, 2004).

Pretende-se, através da Saúde Escolar, estimular o desenvolvimento de ações locais, com base nas necessidades da comunidade envolvente, e motivar a participação de todos os seus elementos na definição de prioridades e estratégias, na busca de soluções com vista a uma vida mais saudável (DGS, 2006a).

Fontes (2007, p.92), frisa que “a própria OMS reconhece e salienta a importância da Saúde Escolar a nível mundial, pelo que tem dinamizado esforços no sentido de desenvolver directrizes que orientem para uma Saúde Escolar Global, à qual todos, ou pelo menos o maior número possível de países, tenham acesso.”

A nível nacional, as preocupações com a saúde deste grupo estão efetivamente consignadas no sistema de saúde através da aprovação do *Programa Nacional de Saúde Escolar* (DGS, 2006b, p.7), que aponta para um conjunto de estratégias baseado nas prioridades nacionais e nos problemas de saúde mais prevalentes na população juvenil, e que de entre as suas finalidades sublinha “a necessidade de promover e proteger a saúde ... de promover um ambiente escolar seguro e saudável ... de reforçar os factores de protecção relacionados com os estilos de vida saudáveis e de contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras de saúde”.

1.4. Promoção da saúde na adolescência

Apesar de não existir consenso acerca das idades que compreendem a adolescência, segundo a DGS (2006a), a OMS considera a adolescência como o período da vida que medeia entre os 10 e os 19 anos. Pinto (2010), refere que neste intervalo podem ser identificados três períodos distintos, a adolescência inicial (dos 10 aos 13 anos), média (dos 14 aos 16 anos) e a tardia (dos 17 aos 19 anos de idade) e que cada um deles é marcado por um conjunto de características biológicas, psicológicas e sociais.

Para Papalia, Olds e Feldman (2001), a adolescência engloba uma transição desenvolvimental entre a infância e a idade adulta, que compromete mudanças marcantes ao nível físico, cognitivo e psicossocial. Gaudet (2006), refere-se ainda à adolescência como sendo uma etapa de mudança e de procura.

Pelas alterações que ocorrem, é preciso ter em atenção os padrões de comportamento que se estabelecem, uma vez que estes são frequentemente mantidos durante a idade adulta (Gabhainn, 2004; Torsheim, Välimaa & Danielson, 2004).

Na mesma linha de pensamento, Krugman, Quinn, Sung e Morrison (2005) referem-se à adolescência como sendo uma fase privilegiada de aquisição de muitos dos hábitos de vida, saudáveis ou não, e representa, por isso, um momento basilar para que se interfira no sentido preventivo, visando a promoção da saúde não só nesta fase, mas também na

vida adulta. Mas para que tal ocorra com sucesso, torna-se fundamental conhecer os seus fatores determinantes, uma vez que, segundo os mesmos autores:

...os jovens são particularmente sensíveis à sua imagem e reputação e mais impressionáveis às promoções de estilos de vida, como o tabagismo e o alcoolismo, que lhes surgem de uma maneira directa ou indirecta. Esses estilos de vida, em termos de imagem e de comportamento, são percebidos como correctos e conduzem os jovens a procurarem activamente ajustamentos nas suas relações com os seus pares.

Hoje, é unanimemente reconhecida por todos a sua importância no ciclo de vida do ser humano, mas Silva (2002) salienta que as necessidades de saúde dos adolescentes se revestem de características particulares, e que são reflexo do processo de crescimento e desenvolvimento que atravessam.

Apesar de ser considerado como um grupo saudável, existe cada vez mais uma preocupação crescente, mundialmente, que resulta da vulnerabilidade que lhe é associada, decorrente das características peculiares desta etapa e, porque a mudança pressupõe um período de crise, o adolescente está sujeito a maiores riscos, nomeadamente ao nível da integração social, da saúde física e mental (Costa, 2008), daí que não se devam menosprezar todas as transformações fisiológicas, cognitivas e sócio afetivas relativas à faixa etária, não esquecendo a inerente descoberta da identidade, quando se tenta identificar os fatores de risco e de proteção que influenciam as opções comportamentais para a saúde (Gaspar, 2006).

A WHO (2001), cit. por Gaspar (2006, p.56), relativamente à saúde dos adolescentes, afirma que:

é evidente que são vulneráveis e que se encontram em risco face à morbilidade e à mortalidade. A má saúde dos adolescentes é muitas vezes fruto de ambientes insalubres, de sistemas inadequados de apoio à promoção de estilos de vida saudáveis, da falta de informações correctas e de serviços de saúde insuficientes ou desajustados.

Por tudo isto, é então importante intervir na promoção da saúde dos jovens, pois como refere Torsheim *et al.* (2004), se estes estiverem de boa saúde quer a nível físico, emocional e social, vão lidar de forma eficaz com as suas mudanças e promover a sua saúde, trazendo a longo prazo benefícios individuais e sociais.

Lee e Tsang (2004), cit. por Gaspar (2006, p.55), afirmam que:

em contraste com que se verifica para outros grupos, a morbilidade e mortalidade verificada no escalão etário dos 10 aos 25 anos nos países ocidentais não tem decrescido nas últimas décadas. Por ser considerada uma faixa etária saudável devido às baixas taxas de mortalidade e morbilidade, este grupo foi

tendencialmente considerado como de baixa prioridade para as intervenções relacionadas com a saúde.

No entanto, em Portugal, desde a Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, alínea c) do nº1 da Base II, que se tem vindo a dar relevo a este grupo etário, no âmbito da política de saúde, ao considerá-lo como um dos “grupos sujeitos a maiores riscos”, para os quais “são tomadas medidas especiais”.

Nos Estados Unidos da América, segundo Christopherson e Jordan-Marsh (2004), foram identificados seis comportamentos de risco, adotados pelos adolescentes e jovens, e que de certo modo poderão justificar o não decréscimo nas taxas de morbilidade e mortalidade neste grupo etário. Esses comportamentos de risco incluem acidentes e violência, consumo de tabaco, de álcool e uso de outras drogas, comportamentos sexuais e comportamentos dietéticos inadequados, e sedentarismo. A European Commission (2003) e o MS (2004b) referem que se observa o mesmo padrão na maioria dos países da Europa.

Para que estes comportamentos de risco sejam combatidos, é “fundamental ajudar os adolescentes na compreensão e vivência dessa fase de transição para a vida adulta, valorizando-os como sujeitos de sua história, destacando a família e a escola como espaços primordiais para formar a opinião desses sujeitos no sentido de promoção à saúde” (Cavalcante *et al.*, 2008, p.558).

A promoção da saúde na adolescência e a prevenção de comportamentos de risco deve então ser implementada o mais precocemente possível (Albuquerque & Oliveira, 2002), uma vez que estas irão criar as bases para o futuro, e porque é mais eficaz prevenir antecipadamente comportamentos prejudiciais do que tentar, posteriormente, implementar ações corretivas (WHO, 2005b).

Costa (2008, p.2), afirma que:

sendo a enfermagem a profissão que tem por foco de atenção o utente como sujeito dos cuidados numa perspectiva holística, compete ao enfermeiro que cuida do adolescente, a compreensão clara e a atribuição de sentido à experiência vivida por este, procurando uma aproximação à sua realidade e ao seu mundo.

Enquanto cidadãos de plenos direitos, Ziglio (2004) defende que os adolescentes devem ser parte integrante do processo de planeamento das atividades de promoção da saúde e de EpS, constituindo parte ativa na identificação de problemas, definição de estratégias, seleção das boas condutas e na reflexão sobre as alternativas mais adequadas para promoverem a sua saúde, capacitando-os que os estilos de vida adotados na

adolescência são considerados como uma pedra basilar na influência da saúde e bem-estar das populações futuras.

Para que a promoção ocorra com o maior sucesso, Silva (2002) salienta que as ações desenvolvidas neste âmbito devem ser reguladas por três princípios essenciais:

- A valorização da componente psicossocial das necessidades de saúde de carácter biológico, ou vice-versa, como vetor indispensável na intervenção em saúde desta faixa etária.
- Realizar programas e projetos que assentem numa perspectiva integradora das diferentes necessidades de saúde e que permitam desenvolver ações globais e de continuidade efetiva.
- A atuação sob uma perspectiva de “género”, ponderando as especificidades masculinas e femininas em saúde, a constância e a evolução dos comportamentos tidos por cada um, assim como as interações existentes entre as condutas de ambos.

2. COMPORTAMENTOS SALUTARES VS. COMPORTAMENTOS PROBLEMA

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (MS, 2004a, p.1493) define os estilos de vida como “o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida em diferentes situações sociais”.

Os estilos de vida são, maioritariamente, consequência de uma construção social e cultural no qual os adolescentes estão incluídos e têm papel ativo (Ferreira, 2004). Nesse âmbito, há que criar e apoiar práticas desfavorecedoras e condutas promotoras de saúde e bem-estar a nível individual, que permitam igualmente o desenvolvimento de todo o seu potencial enquanto cidadãos (Soares & Tomás, 2004).

Para Andrade (2001), o comportamento dos indivíduos no que concerne à saúde pode divergir desde as ações para manter e promover positivamente a saúde até às ações envolvidas na doença e na morte. Logo, Silva (2002) salienta que os comportamentos em saúde são influenciados pelas atitudes, hábitos, valores, sentimentos, crenças e por modas que caracterizam e definem o estilo de vida de cada indivíduo.

Matos (2004), distingue os comportamentos que têm um efeito negativo na saúde, que são classificados de patogénicos, e que se traduzem por hábitos prejudiciais à saúde, dos comportamentos que podem ter efeitos positivos na saúde, isto é, os comportamentos imunogénicos ou de proteção da saúde, pois considera que têm um efeito minimizador do risco.

Silva (2002, p.130) reforça que “...as doenças ligadas aos estilos de vida e aos comportamentos individuais constituem, hoje, uma preocupação grande para os profissionais de saúde”, pelo que a promoção de estilos de vida saudáveis e a prevenção precoce da adoção de comportamentos de risco, é um ponto essencial de intervenção na EpS (Balaguer, 2002; Matos, Simões, Canha *et al.*, 2000).

Desta forma, Simões (2010, p.1) afirma que “comportamento e estilo de vida são, então, determinantes cruciais para a saúde, doença, deficiência/incapacidade e mortalidade prematura”. Portugal tem verificado um aumento dos comportamentos problema entre os adolescentes, especificamente o sedentarismo, desequilíbrios nutricionais (mais visíveis nas raparigas), condutas violentas (particularmente importante entre os rapazes), a maternidade e paternidade precoces (em adolescentes com idade inferior a dezassete

anos), comportamentos aditivos (álcool, tabaco e drogas ilícitas) e um aumento da morbidade e mortalidade devido a acidentes (MS, 2004b).

Costa (2008), realça a necessidade de se refletir sobre os processos educativos que se tem vindo a desenvolver pelos profissionais de saúde com vista à adesão a estilos de vida saudáveis e à prevenção de efeitos negativos resultantes de condutas de risco na adolescência.

Cavalcante *et al.* (2008) chamam a atenção de que os enfermeiros, enquanto promotores da saúde, se devem aproximar da realidade dos adolescentes de forma a elaborarem programas de promoção de comportamentos salutareos e de prevenção de comportamentos problema eficazes e eficientes, e segundo Silva (2002), para conseguirem estimular e apoiar os adolescentes a assumir, de forma progressiva, o controlo e a tomada de decisão sobre a sua própria vida, isto porque a aquisição progressiva da capacidade de avaliar prós e contras de um determinado comportamento que envolva risco constitui um indicador importante da maturação individual.

Alimentação

A alteração do nível de vida, as transformações e exigências sociais, associadas aos progressos nos métodos de produção e comercialização dos produtos alimentares fizeram com que, especialmente nos países ocidentais, houvesse uma mudança significativa do padrão alimentar dos europeus (Comisión Europea, 2003).

Deste modo, Loureiro (2004) foca a diminuição drástica das carências alimentares em prol da abundância e diversidade de oferta de alimentos, destacando-se o aporte energético e proteico excessivos, o baixo consumo de frutas e legumes, o consumo insuficiente de alimentos ricos em fibras e consumo excessivo de sal e açúcares. Afirma ainda que estas alterações, se por um lado foram benéficas para a população, por outro, originaram uma nova problemática relativa com o excesso de consumo e o sedentarismo.

H. Fonseca (2002), afirma que a alimentação dos adolescentes é, nos dias de hoje, feita à base de pizzas, hambúrgueres, batatas fritas, e por oposição, com reduzida ingestão de legumes e frutas.

Pelas mudanças a que estão sujeitos, os adolescentes tornam-se uma população facilmente vulnerável física e psicologicamente caso sejam alvo de uma alimentação inadequada. A WHO (2005b) refere ainda que é na infância tardia e no início da adolescência que o padrão alimentar se estabelece, verificando-se um aumento

progressivo de expressão das suas preferências no que diz respeito aos hábitos alimentares, tornando-se mais independentes na escolha dos alimentos, com reflexo nas opções futuras ao longo do ciclo vital.

Apesar da importância reconhecida que o padrão alimentar assume na infância e adolescência, constata-se que, tanto a nível nacional como internacional, existe uma tendência generalizada para os hábitos alimentares se irem deteriorando com a idade (Blasco, Fuentes & Pans, 2002; Loureiro, 2004; Matos, Carvalhosa, Reis & Dias, 2001; Matos & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2003; Vereecken, Ojola & Jordan, 2004), manifestando-se igualmente diferenças significativas entre os sexos, com as raparigas a consumirem mais legumes e frutas que os rapazes e a ingerirem menos refrigerantes (Vereecken *et al.*, 2004).

Como refere Fontes (2007), os hábitos alimentares e o tipo de dieta dependem de fatores individuais (preferências pessoais, influências familiares e do grupo de pares, culturais e religiosas) e também de condicionantes socioeconómicas e ambientais como a acessibilidade, a disponibilidade, a qualidade e a segurança dos produtos alimentares. É importante considerar todos estes fatores quando se pretende planear ações de promoção/educação para a saúde e no caso dos adolescentes deve-se ainda ter em conta a idade, o sexo, a estatura e o peso, a intensidade de atividade física, entre outros, uma vez que a adolescência exige uma nutrição acrescida para fazer face ao rápido crescimento e ao início da puberdade. Guerra (2004), acrescenta ainda que é no final da adolescência que cerca de 95% da resistência da massa esquelética é estabelecida.

A literatura científica indica que é a ingestão diária de diversos alimentos que permite a obtenção de nutrientes necessários ao funcionamento integral do organismo. Assim, e para que se faça uma alimentação saudável diariamente, é pertinente possuir conhecimentos sobre a distribuição quantitativa e qualitativa dos alimentos expressa quer na roda dos alimentos quer na pirâmide alimentar (Guerra, 2004).

A Faculdade de Ciências de Nutrição da Universidade do Porto, associada ao Instituto do Consumidor, conceberam uma nova versão da Roda dos Alimentos, cujo slogan é "coma bem, viva melhor" (Carmo, 2003).

Na mesma linha de pensamento, a DGS (2002), lembra que a alimentação é uma das principais determinantes de morbilidade e mortalidade, pelo que se estima que cerca de 35% dos cancros seja de causa alimentar. Refere também que os maus hábitos

alimentares estão intimamente relacionados com patologias do aparelho circulatório, osteoporose e obesidade.

Outra das consequências de uma má alimentação é a obesidade e na adolescência a preocupação com o peso e a figura é uma constante. Stewart (2001) expõe uma investigação realizada com adolescentes entre os 9 e os 16 anos de idade que determinou que mais de 40% destes queriam perder peso e consideravam-se gordos.

Em todo o mundo, cerca de mil milhões de adultos padecem de excesso de peso e dados da WHO (2005c) referem que se não houver algum tipo de atuação, estes valores chegarão a mil e quinhentos milhões em 2015, uma vez que em 2005 vinte e dois milhões de crianças abaixo dos cinco anos tinham peso excessivo. Carvalho (2006) salienta que em Portugal, cerca de 31,5% das crianças e adolescentes entre os 9 e 16 anos são obesas ou sofrem de excesso de peso.

A obesidade é considerada um problema epidemiológico (Loureiro, 2004; Oliveira, Capitão, Henriques & Ferreira, 2006; WHO, 2005b), que afeta todos os grupos etários das sociedades ocidentais. Na adolescência, este problema assume maior preocupação e destaque, uma vez que representa um prenúncio de obesidade no adulto, associado ao risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e metabólicas na vida futura (WHO, 2005b). Além disso, a obesidade na adolescência está geralmente associada à baixa autoestima, depressão e fracos mecanismos de *coping* durante esta fase do ciclo vital (Cassandra, 2001).

Associadas a estes fatores de risco surgem muitas vezes as perturbações alimentares, a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, sendo que estas são uma das causas da morbilidade nos adolescentes e de difícil tratamento, daí a importância de se estar atento a alterações de comportamento no adolescente pois a sua identificação precoce é primordial (Stewart, 2001).

Atividade física

O efeito salutar do exercício físico, quer na saúde quer no bem-estar, tem sido amplamente reconhecido pela comunidade científica (Balaguer & Castillo, 2002). A prática de exercício físico regular desde a infância, parece ser benéfica na redução da morbilidade e mortalidade cardiovascular, no cancro, na diabetes mellitus tipo II, na osteoporose, e pode, igualmente, controlar o peso, a ansiedade e o stresse, originando assim uma melhor qualidade de vida (Roberts, Tynjälä & Komkov, 2004).

Os mesmos autores afirmam que a prática de exercício físico regular constitui um fator protetor de saúde, quer a curto quer a longo prazo, e este deve ser iniciado o mais precocemente possível. Para sustentar a afirmação, os autores baseiam-se em estudos realizados com adolescentes que revelam que quando estes são fisicamente ativos anunciam uma alta probabilidade de optarem por estilos de vida mais saudáveis, quando comparados com adolescentes mais sedentários. Do mesmo modo, sentem-se mais satisfeitos com o seu corpo e consideram que têm boa aparência física, pelo que não recorrem a dietas e expressam uma maior sensação de felicidade (Matos *et al.*, 2001).

Durante a infância e adolescência, são os pais quem exerce um papel preponderante na opção e manutenção de exercício físico dos seus filhos, pelo que Balaguer e Castillo (2002) salientam ainda o facto de a prática de exercício físico pelos pais ser um fator de motivação para os filhos também praticarem.

Para Guerra (2004, p.52), “o sedentarismo só por si ou conjuntamente com o tabagismo, as práticas sexuais impróprias e a má nutrição é considerado um fator de risco, com implicações nefastas para a futura saúde dos adolescentes e destes quando adultos”. Esta afirmação vai de encontro às conclusões de um estudo realizado para a OMS, referido por Sardinha (2003), que diz que um estilo de vida sedentário pode ser tão prejudicial para a saúde como o tabagismo.

Para além da beneficiação a nível cardiovascular e da saúde mental, a prática de exercício físico parece exercer um efeito benéfico no fortalecimento da autoestima dos mais novos, ao mesmo tempo que constitui um dos cenários de socialização mais importantes nesta faixa etária (Hickman, Roberts & Matos, 2000), podendo mesmo contribuir para a obtenção de melhores níveis de rendimento escolar (Sequeira & Cruz, 2000), coordenação psicomotora, controlo de peso e massa muscular (Matos, Simões, Carvalhosa, Reis & Canha, 2000).

Higiene

Um dos objetivos da higiene pessoal, é quebrar a cadeia de transmissão e deste modo conseguir prevenir ou evitar a disseminação e a contaminação por agentes potencialmente causadores de doença, quer seja por auto contaminação, quando um indivíduo transfere os germes de uma área do organismo para outra, ou por contaminação cruzada quando os germes provêm de outro indivíduo ou do ambiente (Gomes, 2011).

Os microrganismos patogênicos que podem estar relacionados com problemas inerentes à higiene pessoal provêm dos dois grandes aglomerados microbianos existentes no organismo humano: a população microbiana residente e a transitória” (Center for Diseases Control and Prevention, 2002). A primeira é constituída maioritariamente por bactérias que se desenvolvem na pele, folículos sebáceos e mucosas, e que geralmente não causa doença, podendo ser considerada até benéfica quando em equilíbrio. A segunda, é proveniente do meio ambiente, quer de pessoas quer de objetos e pode com frequência causar patologias.

Deve, então, transmitir-se às crianças e adolescentes a importância da higiene corporal diária, e capilar sempre que necessária. A higiene oral é também muito importante e pode afirmar-se que a EpS oral deve fazer parte da EpS geral. Só através da EpS se terá um indivíduo motivado, bem informado, permitindo-lhe adotar e manter boas práticas de saúde e estilos de vida saudáveis (Ide, Mizoue, Tsukiyama, Ikeda & Yoshimura, 2001). É através desta que o profissional pode despertar no doente o interesse de promover e se manter saudável. Assim, educar para a saúde é o meio mais importante de controlo das doenças dentárias (Garcia, Campos, Rodrigues, Santos & Dovigo, 2004).

A American Academy of Pediatric Dentistry [AAPD], (2003) afirma que a educação da saúde oral infantil é fundamental para a prevenção dos cuidados dentários, sendo esta imprescindível para uma vida sem problemas e doenças dentárias. É entre os 6 e os 10 anos, período escolar, que as crianças se começam a responsabilizar, de forma progressiva, pela sua higiene oral (Boj, Catalá, García-Ballesta & Mendoza, 2004), sendo os elementos importantes para a aquisição e mudança de hábitos e comportamentos, face às boas práticas de higiene oral, a aprendizagem social, a participação ativa, a auto monitorização e o aperfeiçoamento da técnica de escovagem (Buischi, 2003).

Uma escovagem correta complementada com o uso de fio dentário resulta numa maior remoção de placa bacteriana nas superfícies interproximais do que aquela obtida através de uma simples escovagem, refere Buischi (2003).

Um dos aspetos mais importantes na aquisição/consciencialização de hábitos de higiene oral por parte da criança, passa não só por uma sensibilização através de informação, mas também pela forma como esta é motivada (Livny, Vered, Slouk & Sgan-Cohen, 2008).

Sono e repouso

Nos últimos anos, a prevalência de problemas relacionados com a saúde mental tem aumentado na população em geral e em particular em Portugal. Segundo a OMS (2002), a amplificação das perturbações da saúde mental é então um dos aspetos mais preocupantes no âmbito da saúde pública, especialmente se se constatar que resulta de uma combinação de fatores sociais, biológicos e psicológicos.

E embora se reconheçam as causas múltiplas associadas a este fenómeno, importa estudar as interações entre as perturbações e determinados acontecimentos da sociedade moderna, como por exemplo a redução sistemática das horas de sono dos jovens (Pinto *et al.*, 2012).

Smedje, Broman e Hetta (2001), cit. por Mendes, Fernandes e Garcia (2004), caracterizam o sono como um estado fisiológico normal, que se descreve pela supressão da atividade perceptiva e da motricidade involuntária, e cujos graus de profundidade podem variar, sendo caracterizados por uma dificuldade maior ou menor de provocar o despertar, por uma alteração mais ou menos acentuada da atividade elétrica do cérebro e por certa atividade mental, o vulgar sonho.

Mendes, Fernandes e Garcia (2004), definem sono como um processo fisiológico complexo, que é influenciado por propriedades biológicas intrínsecas, temperamento, expectativas, normas culturais e condições ambientais.

O sono é um tema que tem vindo a ganhar importância na sociedade atual, não só pelo aumento das perturbações do sono, mas também porque tem aumentado o número de investigações realizadas sobre o assunto (Pinto, 2010).

Os problemas do sono na criança causam um impacto, podendo este ser com menor ou maior intensidade, no sono dos pais tendo como consequências a fadiga diária, perturbações de humor, afetando também o desempenho parental. Pelo que Mendes, Fernandes e Garcia (2004) referem também a particular importância da abordagem deste tema nas consultas de Saúde Infantil para prevenção destas perturbações.

Nos adolescentes, registam-se grandes alterações no ciclo vigília-sono (Tate, Richardson & Carskadon, 2002), e importa saber qual a sua origem pois o estilo de vida moderno torna-se por vezes incompatível com um bom sono, na medida em que acaba por proporcionar aos adolescentes a adoção de comportamentos contraditórios com a qualidade do sono (Richardson & Tate, 2002).

A ansiedade é um estado com elevada prevalência na adolescência, seja por causas sociais, como o *bullying* ou problemas com os pares, seja por padrões familiares existentes. Os problemas de ansiedade, stresse ou depressão podem prejudicar a higiene do sono, sendo que o inverso também se verifica (Mendes, Fernandes & Garcia, 2004).

Para que se evitem situações como as referenciadas, a intervenção assume um papel primordial, no caso dos adolescentes, considerando a forte probabilidade de que as dificuldades em dormir durante a fase de crescimento poderem evoluir para problemáticas de sono que se tornam crónicas ao longo da vida adulta. Acresce que os distúrbios do sono têm vindo a aumentar entre a população juvenil, sobretudo devido à progressiva exigência de alerta numa era de modernização e à pouca importância que tem sido atribuída ao tema (Santos, 2006).

Em Portugal, esta temática ainda é um pouco desconhecida, pois sabe-se apenas o número de horas que costumam dormir e a frequência com que se sentem sonolentos durante o dia (Matos, Loureiro & Veiga, 2009). Noutros países, a privação de sono e os seus maus hábitos têm sido associados a comportamentos agressivos, distúrbios emocionais e dificuldades no desempenho académico (Ramsawh, Stein, Belik, Jacobi & Sareen, 2009).

Uma diminuição nas horas de sono tem consequências diversas, poderá aumentar a oportunidade para comer, uma vez que são aumentadas as horas de vigília, e as atividades sedentárias parecem também aumentar (Bell & Zimmerman, 2010). Associado à privação do sono, surge também um aumento da sensação de fadiga, sonolência e cansaço, o que por sua vez diminui os níveis de atividade física, contribuindo assim para a redução do gasto energético (Chen, Beydoun & Wang, 2008).

Em suma, sendo o sono um elemento primordial na manutenção da saúde e do bem-estar, e sendo, para os adolescentes, uma componente fundamental no seu desenvolvimento, designadamente nas questões emocionais, Mendes, Fernandes e Garcia (2004) reforçam a ideia de que fica a cargo dos seus educadores o desafio de encontrar formas adequadas e eficazes de os ajudar a desvendar os mistérios do sono, contribuindo assim para um crescimento mais saudável e com menos riscos de ansiedade, depressão e stresse.

Alcoolismo

Pela presença em todas as bebidas fermentadas ou destiladas, o álcool é uma substância tóxica conhecida como sendo a droga mais divulgada em todo mundo (Doron & Parot, 2001). A aceitação cultural que existe relativamente ao álcool, juntamente com o seu fácil acesso, contribui ainda para que seja a droga mais consumida em Portugal e noutros países ocidentais, sendo por estes motivos também, a substância cujo consumo acarreta maiores custos a nível social (Cordeiro, 2003).

Secades (2001) define o alcoolismo como um estado de dependência física e psíquica, cujos comportamentos geram um consumo continuado e compulsivo de álcool, independentemente das consequências nefastas causadas a nível fisiológico, psicológico ou social. Afirma ainda que se gera uma perda de controlo resultando na dificuldade em dominar a quantidade de álcool a ingerir e por consequência a incapacidade de decisão do ato de não continuar a beber.

O National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2006) enuncia como fatores potenciadores do risco de consumo de álcool: o sexo (com maior incidência no masculino), a raça/etnicidade, o contexto escolar e a influência do grupo de pares, as características de personalidade, as expectativas relativamente à substância e as influências genéticas. Um estudo desenvolvido por Nuñez-Rivas e Graña (2001), concluiu que os fatores familiares também podem constituir elementos de prognóstico do consumo de álcool, nomeadamente a existência de um clima de conflito entre o jovem e os pais; a ausência de coesão familiar; a presença de regras de rejeição dos consumos; e, como principal fator preditor, apontam a presença de consumos alcoólicos por parte dos pais.

Os dados do Relatório do Estudo HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) 2010 (Matos, Simões *et al.*, 2012), divergem dos obtidos em 2006, uma vez que neste ano a experimentação de álcool ao longo da vida evoluía com a idade, em 2010 verificou-se que esta experimentação, aos 11 anos era 53,1% e 83,7% aos 13 anos, e diminuiu para 63,2% aos 15 anos. A idade do início de consumo de álcool mantém-se, pois continua a ocorrer maioritariamente aos 12-13 anos de idade.

O consumo de álcool pelos adolescentes associa-se, segundo Schmid e Gabhainn (2004), a problemas não intencionais e intencionais que são mais ou menos intensificados consoante o padrão de ingestão, destacando-se o insucesso escolar, a prática indesejada e desprotegida de relações sexuais e os conflitos com os amigos, a família e com as autoridades, assim como comportamentos de risco, particularmente

relacionados com doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, síndrome alcoólica fetal e consumos de outras substâncias, apresenta-se intimamente relacionado com doenças cardiovasculares, oncológicas e neurológicas, cirrose hepática, acidentes (laborais e de viação), e teratogenia (DGS, 2002), traduzindo-se deste modo em fonte de stresse familiar e social.

Neste âmbito, Ramos (2011, p.19) salienta que “a adolescência é a fase do ciclo vital, de maior risco para a adesão a comportamentos que podem colocar em causa a saúde na vida adulta, sendo a ingestão de bebidas alcoólicas um deles”. Posto isto, Secades (2001) refere-se à prevenção do consumo de bebidas alcoólicas como sendo prioritária e destaca os motivos:

- O álcool é a substância aditiva com mais impacto nocivo entre os adolescentes, sendo de salientar o número de adolescentes que o consomem;
- A precocidade da idade de iniciação deste consumo, conduzindo a um aumento exponencial dos problemas associados;
- Deve-se investir em ações preventivas pois, por se encontrarem numa fase de experimentação, os adolescentes não têm ainda fortes hábitos de consumo;
- De salientar ainda que as conclusões de diversos estudos apontam o álcool como uma substância de iniciação, ou seja, o provável iniciar de um consumo de substâncias ilícitas.

Drogas ilícitas

A adolescência consiste num processo de procura de identidade e quando não há aceitação das transformações fisiológicas, compreensão das tarefas quotidianas e dos papéis a desempenhar, pode ocorrer uma crise de identidade originando a adoção de condutas desviantes, com o intuito de mostrarem revolta perante as regras da sociedade, sendo um desses possíveis comportamentos respeitante ao consumo de drogas (Ferreira & Fonte, 2006).

Para que tal situação seja evitada, Ramos e Andrade (s/d, p.8) salientam que:

é essencial que o adolescente tenha o fortalecimento da personalidade individual, com conhecimento de causa sobre as drogas e sexualidade, e assim, ter condições de escolha com menor influência do meio e até decidir se quer pertencer a esse grupo, pois tem valores próprios que o subsidiarão nas suas escolhas e na direcção de sua vida.

H. Fonseca (2002) reforça então a importância de se estar atento para avaliar constantemente se as atitudes dos adolescentes os poderão levar a comportamentos de risco, ressaltando no entanto que as condutas de experimentação fazem parte do processo de desenvolvimento desta faixa etária.

Num estudo referido por Braconnier e Marcelli (2000), 92% dos jovens, entre os 11 e 19 anos, que já experimentaram uma droga ilícita consomem também álcool e tabaco de forma regular ou quotidiana, e o número de adolescentes com consumo associado de pelo menos três substâncias (tabaco, álcool, droga ilícita e/ou medicamentos), aumenta sensivelmente entre os 16 e os 18 anos, particularmente no sexo masculino.

O consumo de drogas, na opinião de Gaudet (2006), deve-se a variados motivos como a procura de prazer, gestão emocional, reprodução do comportamento dos colegas e oposição aos pais. Estas razões prendem-se com a necessidade de afirmação da identidade, com a pressão exercida pelos pares (Cordeiro, Claudino & Arriaga, 2006) e com o desejo de ser aceite por estes (Carvalho & Leal, 2006). A solidão é também referida pelos adolescentes como um dos motivos para o uso de substâncias (Matos, 2002).

Ramos e Andrade (s/d) chamam a atenção para o facto de a droga estar a ser usada cada vez mais precocemente, causando transtornos a todos os níveis, pessoais, familiares e sociais, e que isto ocorrendo na adolescência afeta gravemente o indivíduo, pois tem efeitos devastadores na sua saúde, aprendizagem, convivência familiar e comunitária.

Assim, Cunha Filho e Ferreira-Borges (2008, p.83) dizem que:

no que diz respeito à idade verifica-se um padrão consistente em termos de aumento de risco entre os 12 e os 16 anos, quer em termos dos factores externos quer em termos das orientações e percepções internas. Em relação ao uso de substâncias verificou-se um aumento acentuado ao longo desses anos o que parece sugerir uma associação entre um aumento do risco e o aumento do consumo de substâncias.

Os autores acima referenciados referem que, quando analisados os factores de risco e de protecção, confirma-se que os adolescentes com maior ligação à família e à escola reportam um menor uso de substâncias. Salientam, ainda, que:

a associação entre factores de risco e de protecção e o uso de substâncias sublinha a diferença existente entre o género masculino e o género feminino. Especificamente, a associação entre factores externos, particularmente um ambiente envolvente de risco, e o uso de substâncias é maior para o sexo

masculino, enquanto para as raparigas se verifica uma maior associação entre factores internos e o uso de substâncias. (p.83)

“Entre os fatores que desencadeiam o uso de drogas pelos adolescentes, os mais importantes são as emoções e os sentimentos associados a intenso sofrimento psíquico, como depressão, culpa, ansiedade exagerada e autoestima muito baixa” (Ramos & Andrade, s/d, p.7).

Guerra (2004, p.48) refere ainda que “o consumo de aditivos não se faz normalmente pelas drogas ilícitas, habitualmente a iniciação faz-se através do álcool e tabaco”, e que “parece haver uma associação entre o consumo de álcool, drogas e comportamentos sexuais de risco”. Já H. Fonseca (2002), aponta vários estudos que têm demonstrado que os comportamentos de risco estão muitas vezes associados e se potenciam, pelo que Ferreira-Borges e Cunha Filho (2004) relembram que pelo uso de substâncias constituir atualmente um grave problema de saúde pública, é importante encarar esta problemática na sua globalidade e não apenas como o consumo de uma ou outra substância em particular.

Sexualidade

A sexualidade é definida pela OMS (1984), cit. por Costa (2002, p.27), como:

...uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura, intimidade; que se integra no modo como sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções, e por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.

A sexualidade é um processo de aprendizagem que ocorre ao longo de toda a vida, e Nodin (2001), cit. por Coimbra (2012, p.128) considera que “a educação sexual se refere a todas as formas de transmissão de valores e informações sobre sexualidade, nas suas múltiplas e variadas dimensões”, iniciando-se “desde o nascimento, na forma como os pais se relacionam com a criança e nos comportamentos que os reforçam ou inibem” e sendo “veiculada em termos sociais, nas normas existentes sobre o comportamento que é considerado apropriado para os indivíduos, de acordo com o seu sexo e idade”. A família tem um papel importante na influência da vida afetiva, amorosa e sexual do jovem, pois é nela onde ocorrem as primeiras relações afetivas, vinculativas e de sociabilidade (Costa, 2002).

Coimbra (2012), salienta que a vivência de uma sexualidade responsável por parte dos adolescentes deve ser entendida como uma prioridade quando se fala de saúde

preventiva. Também, por integrar variáveis como a autonomia, a liberdade de escolha e informação adequada, a sexualidade representa uma importância fundamental na estruturação de atitudes e comportamentos responsáveis, pois é entendida também como fonte potencial de vida, de prazer e de comunicação.

A sexualidade engloba as emoções, os comportamentos, as atitudes que estão associadas não apenas à procriação, mas também aos padrões sociais e pessoais que acompanham as relações físicas íntimas, durante o ciclo vital (Sprinthall & Collins, 2008).

O despertar para a sexualidade inicia-se cada vez mais precocemente, e as consequências de um início prematuro e irrefletido da vida sexual podem acarretar dificuldades a vários níveis. Os tabus, a falta de informação, os medos, juntamente com o desejo de autonomia, de experimentar novos limites, podem interpor-se de modo maligno no desenvolvimento natural da sexualidade, pelo que é imprescindível que o adolescente seja orientado a fim de construir a sua personalidade e expressar a sua sexualidade de forma responsável no futuro (Brás, 2010).

Seguindo a mesma linha de pensamento, Pinkowish (2003) afirma que quanto mais cedo o adolescente se tornar sexualmente ativo, maior é a probabilidade de contrair uma doença/infeção sexualmente transmissível, isto é potenciado pelo facto de se encontrarem numa fase de experimentação e pensarem que o risco está longe do acontecimento.

Brás (2010), refere que uma das consequências da sexualidade é a gravidez na adolescência, que ocorrendo exige um esforço de adaptação a duas realidades: o estar grávida e o ser adolescente, pois tal como afirma Guerra (2004, p.70), “a gravidez em adolescentes muito jovens representa um risco acrescido para a sua saúde física e mental”.

No entanto, o convívio e a partilha de características da adolescência com o grupo de pares permite aos adolescentes descobrir e experienciar um enorme leque de atitudes e comportamentos, como refere Fonseca (2008). Neste contexto, considera-se que os professores também são interlocutores privilegiados, pois podem funcionar juntamente com os pais como adultos de referência. Sampaio (2000), sublinha também que a escola deverá ter um papel decisivo nesta construção e a dimensão da educação sexual estaria forçosamente incluída neste conjunto de escolhas éticas.

Tabagismo

O tabaco é o único produto de consumo legal maléfico a todas as pessoas a que a ele são expostas e o seu efeito nocivo não é imediato, levando décadas ou anos a surgir, o que faz com que esta epidemia seja subvalorizada (WHO, 2008). Desta forma, o tabagismo tem-se disseminado por todo o mundo e por todas as classes sociais revelando-se uma verdadeira epidemia.

A DGS (2002), indica que o consumo de tabaco é responsável por cerca de 20% da mortalidade anual nos países desenvolvidos, sendo a principal causa evitável de morbidade e mortalidade e a WHO (2005c) complementa que é causa de no mínimo 5 milhões de mortes todos os anos, uma vez que e como já foi referido, apesar da maioria das doenças relacionadas com o tabagismo se revelar na idade adulta, existem, no entanto, elevados riscos de saúde imediatos que se fazem sentir na saúde e bem-estar da criança e adolescente como, por exemplo, as infeções respiratórias, reações alérgicas, dispneia, tosse e asma (WHO, 2005b). A OMS estima que em 2020/30 morrerão anualmente cerca de dez milhões de pessoas, caso não se consiga controlar esta epidemia (Nunes, s/d.). O mesmo autor indica que, em Portugal, este problema é igualmente grave, uma vez que cerca de 20% da população com mais de dez anos é fumadora

Pela sua magnitude, pelas consequências sanitárias associadas e elevados custos económicos e sociais, o consumo de tabaco é um importante problema de saúde pública (Silva, 2002).

Um estudo efetuado por DiFranza *et al.* (2002), revela que as crianças se tornam dependentes da nicotina mais facilmente do que os adultos e com quantidades de tabaco baixas e que as raparigas ficam mais facilmente viciadas do que os rapazes.

Dados obtidos a partir do European Health Report 2005 (WHO, 2005b) revelam que o consumo de tabaco é um hábito habitualmente estabelecido durante a adolescência e atualmente encara-se o tabagismo como uma doença pediátrica, pois em cerca de 98% dos casos, o início do consumo de tabaco ocorre entre os 12 e 18 anos de idade. O adolescente que fuma um cigarro tem alto risco de continuar a fumar quando adulto, isto porque mais de 90% dos jovens fumadores desenvolvem dependência nicotínica até aos 19 anos de idade, que por motivos farmacológicos e orgânicos, torna-se muito mais intensa. Estudos têm mostrado que a prevalência do consumo de tabaco entre os adolescentes, permanece elevada ou mesmo aumentada, com idade de início cada vez

mais precoce e a OMS defende que qualquer aumento de experimentação nesse grupo da população é indesejável, pois sabe-se que 50% dos experimentadores jovens se tornarão fumadores na idade adulta. Na União Europeia, o ponto alto de iniciação ao consumo de tabaco situa-se entre os 12 e 14 anos, e em Portugal estima-se que 38% dos homens e 15% das mulheres, com mais de 15 anos, sejam fumadores (Rios & Rosas, 2004).

3. O CONSUMO DE TABACO NA POPULAÇÃO ADOLESCENTE

O consumo de tabaco é um comportamento no qual são identificados todos os sintomas e sinais da conduta adictiva, com perda de controlo comportamental, manutenção da conduta a despeito das suas consequências nefastas, desenvolvimento de uma forma de pensamento adictivo recheado de estratégias favorecedoras da adicção e de mecanismos de defesa. (Nunes & Jólluskin, 2007, p.269)

O fumo inalado de um cigarro contém mais de quatro mil substâncias para além da nicotina, a qual é extremamente viciante e induz rapidamente à dependência, facto constatável pela dificuldade que os fumadores têm em abandonar o tabagismo (Moreira, 2005).

A nicotina atua sobre os recetores colinérgicos e nicotínicos, ativados pela acetilcolina e presentes aos níveis da junção neuromuscular, do sistema nervoso autónomo e do sistema nervoso central. Também o sistema dopaminérgico-mesolímbico, incluído na expressão emocional e em funções psicológicas e comportamentais, é influenciado pela substância que interfere em funções complexas como as cognitivas, as comunicacionais, as mnésicas e as de planeamento (Rosas & Baptista, 2002).

A dependência tabágica surge enquanto efeito resultante do uso continuado de nicotina, e ocorre a nível físico e psicológico. A dependência física caracteriza-se acima de tudo pela manifestação de uma síndrome de abstinência, que inclui o desejo imperativo de fumar, acompanhado da sensação de perda se for privado de tabaco. A dependência psicológica é resultante do reforço positivo alcançado pelos comportamentos associados ao ato de fumar em si, pelo prazer que advém desse comportamento, pela melhoria das funções cognitivas, pela aparentemente mais fácil gestão de stresse e, também, pelo controlo de apetite e do peso corporal (Moreira, 2005).

Borges (2005), cit. por Nunes e Jólluskin (2007, p.274), salienta uma definição de dependência psicológica, da autoria de Rinaldi *et al*, como sendo “um estado emocional de intenso desejo de consumo da substância, quer pelos seus efeitos positivos, quer pelo evitamento dos efeitos negativos associados à sua privação.” Assim, em termos psicológicos, o fumador procura minorar, suportar ou evitar os efeitos negativos como a ansiedade, a depressão ou outros, que possam estar associados a conflitos pessoais.

Silva (2002), refere que é nas faixas etárias mais jovens que se estabelece a dependência da nicotina, e que esta se inicia com a experimentação. Nunes (2009) cita o

relatório da OMS onde se afirma que 3 em cada 5 jovens que experimentam o tabaco ficarão viciados e metade destes morrerão prematuramente devido ao consumo de tabaco.

3.1. Epidemiologia tabágica

É urgente confirmar o tabagismo como um problema de saúde pública que carece de medidas de forma a que se monitorize a prevalência e conheça o impacto das medidas preventivas (Machado, Nicolau & Dias, 2009), isto porque é um ato voluntário de inalar o fumo do tabaco, independentemente da qualidade, quantidade ou frequência, mas é considerado pela OMS como a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Assim, cerca de 5 milhões de pessoas morrem em todo o mundo por esta problemática, uma média de uma pessoa em cada seis segundos (WHO, 2009), e está estimado ainda que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilião e 200 milhões de pessoas sejam fumadores (aproximadamente 47% homens e 12% mulheres). De referir que o consumo tem vindo a estabilizar no ocidente por ação das campanhas de prevenção, mas tem aumentado nos países em desenvolvimento (David, Matos, Silva & Dias, 2006), e que se prevê um aumento de cerca de 500 milhões de fumadores até ao ano 2025 (World Bank, 2003).

Portugal tem uma das taxas de prevalência de fumadores mais baixas da Europa (European Commission, 2009), no entanto, caminha para uma situação de difícil controlo (Ravara, Calheiros, Aguiar & Taborda-Barata, 2010), pois quando analisadas por sexo e idade, verificam-se prevalências elevadas nos adultos jovens e na população em idade ativa e um aumento no sexo feminino, em todas as faixas etárias, visto que estão a fumar cada vez mais e mais cedo (Machado *et al.*, 2009), o que corresponde a um avanço na epidemia tabágica (Precioso *et al.*, 2009).

Quanto ao consumo tabágico diário, Nunes (2009) afirma que tal como para os consumos semanais, a frequência relatada aumenta consoante a idade dos participantes.

Vários estudos têm demonstrado que o hábito de fumar tem aumentado significativamente, segundo a OMS, cit. por Nunes e Jóluskin (2007), atualmente, uma terça parte da população mundial (1,2 biliões de pessoas) de 15 anos ou mais é fumadora (1:5 habitantes de todas as idades). Consequentemente, este hábito levará à morte de 500 milhões de pessoas atualmente vivas, sendo que metade delas é ainda criança ou jovem com menos de 20 anos.

Neste sentido, importa referir os dados sobre o consumo tabágico do estudo HBSC 2010 (Matos, Simões *et al.*, 2012) obtidos ao longo dos anos que demonstram que de 1998 para 2002 se assistiu a um aumento do consumo em Portugal, mas que entre 2002 e 2010 se tem vindo a observar uma redução na percentagem de jovens, na faixa etária entre os 11 e os 16 anos, que experimentaram tabaco ao longo da vida (de 37,1% para 32,8% para 30,0%).

Os dados obtidos no Relatório do Estudo Kidscreen 2010 e 2006 (Matos, Gaspar *et al.*, 2012) vão de encontro ao acima referido, pois 95,1% dos adolescentes não fuma, sendo que 94,4% corresponde a rapazes e 95,8% a raparigas.

Ainda segundo o estudo HBSC 2010 (Matos, Simões *et al.*, 2012), o início do consumo de tabaco faz-se, na maioria das vezes, a partir dos 12 anos de idade. Assim, tendo como referência os 30,0% de jovens que experimentaram tabaco ao longo da vida, cerca de 84,2% relatou tê-lo feito aos 12 ou mais anos, enquanto 15,8% aos 11 ou menos anos.

De facto, o consumo de tabaco generalizou-se de forma preocupante, sobretudo desde o aparecimento do cigarro. Estima-se que o número de mortes por patologia associada ao consumo de tabaco possa ascender aos dez milhões, se se mantiverem as atuais tendências (OMS, 2001, cit. por Nunes & Jólluskin, 2007), com elevados custos diretos e indiretos. Ferreira-Borges e Cunha Filho (2004), afirmam que os impactos na mortalidade e morbilidade tenderão a afetar predominantemente as populações dos países em desenvolvimento, onde residem já 82% dos fumadores, isto é, cerca de 950 milhões de pessoas.

3.2. Iniciação tabágica e fatores de risco

Duas razões apontadas por Ferreira-Borges e Cunha Filho (2004) para justificar o tabagismo são a precocidade da iniciação tabágica, que ocorre no início da adolescência e que associada a processos de influência social direta e indireta, se revelam mais fortes do que os mecanismos internos e as barreiras externas que se lhe opõem, e o carácter aditivo da nicotina, que gera rapidamente uma forte dependência do tabaco, razão incontornável para justificar a manutenção do comportamento tabágico mesmo contra a vontade do fumador.

O consumo de tabaco é um processo que, segundo Becoña, Palomares e Garcia (2000), implica a passagem por vários estádios: a aquisição que diz respeito ao primeiro contacto com o tabaco, na forma de cigarro; o abandono, como sendo a fase em que o indivíduo abandona o comportamento recentemente experimentado; a recaída, quando o indivíduo retorna ao hábito de fumar e a manutenção ou consolidação, mediante um comportamento já consolidado e regularmente repetido.

Relativamente à fase de aquisição, os mesmos autores consideram que estejam implícitos oito fatores que influenciam o primeiro contacto com o tabaco e as experiências imediatamente a seguir, antes da passagem do indivíduo ao estado de fumador regular. Existem aqueles que precedem o consumo do primeiro cigarro, e contribuem para esse contacto inicial, bem como para repetições dessa experiência, isto é, os fatores predisponentes que são preexistentes ao comportamento. A literatura aponta evidências de que as normas e os valores do grupo de pares e da família, relativamente ao tabaco, têm grande influência nos primeiros contactos com este. Os fatores pessoais mais característicos do indivíduo levam à tendência para o desenvolvimento de comportamentos problemáticos, como incumprimento de regras, mau comportamento escolar, baixos níveis de obediência e outros, que também contribuem para que verifique a primeira experiência com cigarros, tendo influência sobre as repetições desse comportamento. Relativamente à personalidade, a extroversão tem sido a característica mais associada à iniciação tabágica. Consideram-se também as crenças sobre a relação entre a saúde e o tabagismo pois maioritariamente os fumadores tendem a desvalorizar, ou até a negar, a associação do tabagismo à doença. Importa referir também que os fatores de cariz social, relativos ao tipo de aceitação do tabagismo no meio em que se inserem, potenciam ou não o desenvolvimento do consumo (Becoña *et al.*, 2000).

Para os autores supramencionados, também as características sociodemográficas estão afetas à primeira fase de aquisição do hábito de fumar. O sexo, predominantemente o masculino, e a idade, também devem ser considerados como um fator de peso uma vez que a iniciação ocorre, geralmente, pelos 12 anos de idade. A classe social é outro fator, uma vez que o consumo de tabaco surgiu como elemento diferenciador das classes sociais mais altas, mas com a vulgarização do hábito, estas foram abandonando o comportamento, que se manteve nas classes mais baixas. Quanto à ocupação do indivíduo, verifica-se que os empregados têm mais tendência para fumar e para possuir modelos de tabagismo em detrimento dos desempregados. Além disso, um menor nível académico, será também uma condicionante para iniciar o consumo de tabaco.

Restam os fatores como a disponibilidade de tabaco, que sendo grande, favorece o início do seu consumo, da mesma forma, que se pode afirmar que o custo da substância, fatores cognitivos e as expectativas criadas, a publicidade e a pressão social, a carência de estratégias de confronto face ao aborrecimento e ao controlo do peso corporal, e os efeitos fisiológicos dos primeiros cigarros (efeitos psicofarmacológicos da nicotina e os fatores de reforço, potenciam ou não o seu uso), (Becoña *et al.*, 2000).

Como já foi referido, a iniciação do consumo de tabaco dá-se, geralmente, pelos 12 anos de idade. Nunes e Jólluskin (2007), afirmam que os jovens começam a fumar entre os 10 e os 15 anos de idade, sendo muito raro que o início deste comportamento aditivo se dê numa fase posterior. Os adolescentes são, por esse motivo, um grupo muito vulnerável às primeiras experiências, por se tratar de uma fase de descobertas e de socialização mais intensa, sente-se uma influência mais acentuada por parte do grupo de pares, pelo ambiente frequentado e pelas pressões sociais e publicitárias.

Uma vez concretizada a iniciação, o processo de dependência instala-se rapidamente. Segundo um estudo de DiFranza *et al.* (2002), um número considerável de jovens (40%) reporta sintomas de dependência três semanas após ter fumado o primeiro cigarro, se raparigas, e vinte e cinco semanas se rapazes.

No que respeita a fatores de proteção, sabe-se que estes incluem as influências, orientações e comportamentos nas vidas dos jovens e que contribuem para o seu desenvolvimento e para a prevenção de comportamentos problema. Desta forma, Cunha Filho e Ferreira-Borges (2008, p.79) defendem que "...quanto maior for a exposição a factores de risco maior a possibilidade do adolescente usar substâncias e que quanto mais se conseguir diminuir os riscos presentes na vida de um adolescente, melhor será a sua vulnerabilidade em relação a esse uso".

Os mesmos autores (2008, p.79) referem que:

Os factores de risco e de protecção estão presentes em cada um dos níveis de interação que o indivíduo tem com o que o rodeia, seja na sua relação consigo próprio, na sua relação com os outros ou na sua relação com a sociedade em que se insere. Para cada uma destas relações o indivíduo apresenta uma série de características que acabam por agir como um filtro que determina o tipo interações - positivas ou negativas que se estabelecem.

Com o progressivo estabelecimento da dependência tabágica, torna-se evidente a interação entre os diversos fatores que suscitam o ato de fumar, não existindo porém o domínio de nenhum deles. Desta forma, o processo de iniciação é mediado por variáveis que se transformam, em função da idade e de mudanças mais vastas nos contextos de

vida (Willis, Resko, AINETTE & MENDOZA, 2004). Por esta razão, o conhecimento dos fatores associados ao início da dependência de tabaco é fundamental, para se detectar precocemente os adolescentes com maior risco de se tornarem fumadores regulares.

A família desempenha um papel muito importante na prevenção do tabagismo, pois um clima familiar comprometido e diminutas práticas parentais conduzem os adolescentes a um alto risco de problemas comportamentais, sugere-se ainda que uma baixa monitorização e disciplina estão associadas a este tipo de consumos mas, por outro lado, a coesão familiar pode desempenhar um papel protetor (Duncan, Duncan & Strycker, 2006), pois a família é a pedra basilar da sociedade, com importância preponderante no desenvolvimento do adolescente, manifestado por valores, normas e padrões assimilados (Cordeiro, 2009).

A relação com os pais funciona como o equilíbrio entre as relações, e se essa relação for positiva então as outras também são mais fáceis (Matos & Sampaio, 2009), mas é normal que durante a adolescência, as relações pais/filhos sofram alterações, sendo este processo por vezes conflituoso, daí a importância da supervisão durante toda a adolescência pois esta pode ter influência sobre os comportamentos de risco inerentes desta idade.

Também é verdade que com o crescimento dos adolescentes, a família vai diminuindo de importância no processo de socialização, em detrimento do grupo de pares (Settertobulte *et al.*, 2001). Assim, por lógica, a influência dos pares vai também aumentando e é preponderante na iniciação do consumo de substâncias aditivas como o tabaco (Duncan *et al.*, 2006). Krugman *et al.* (2005), afirmam mesmo que enquanto os pais influenciam mais intensivamente em assuntos do dia a dia, os amigos tem esse papel na imagem e atitudes sociais, isto porque na adolescência existem duas grandes tarefas: construção da autonomia e da identidade (Fonseca, 2008).

O grupo de pares nem sempre é visto como algo favorável aos adolescentes pelos adultos (Salvador, 2008), no entanto, este tem um papel preponderante no desenvolvimento social, na formação de uma identidade, no estabelecimento de relações amorosas, e na redução do risco de solidão para aqueles menos populares (Shafter, 2005). No entanto, e à parte de todos os conflitos, Sprinthall e Collins (2003) referem que as relações estabelecidas com os pais e colegas durante a adolescência, são tidas por muitos como complementares e igualmente importantes para o desenvolvimento saudável dos adolescentes, uma vez que não se pode falar de adolescência sem família, e também não tem sentido abordar a adolescência sem o grupo de pares.

O grupo de pares assume também um papel basilar na construção da identidade e autonomia dos adolescentes, pois promove a formação de opiniões, atitudes, estimula a gestão de conflitos e o desenvolvimento de relações sociais gratificantes. Constituem-se como fontes de apoio social, sendo por vezes os substitutos de uma relação familiar insatisfatória, auxiliando em situações de isolamento, tristeza e baixa autoestima (Matos, 2009).

De forma a prevenir-se a iniciação de hábitos tabágicos, importa perceber que a promoção da saúde dos adolescentes terá obrigatoriamente como agentes, para além deles próprios, os meios de comunicação social, a escola, o grupo de pares e a família (Cordeiro, 2009). Todos os fatores referidos implicam uma intervenção atenta, persistente, multiprofissional e planeada sobre adolescentes e família, de forma a que se reforce o acesso a melhores condições de vida que contribuam para o desenvolvimento de habilidades e capacidades com vista à obtenção de uma saúde melhor (WHO, 2005a).

3.3. Exposição tabágica

Sorte (2008), afirma que o fumo que sai diretamente da ponta do cigarro para o ambiente é a mais importante fonte de poluição uma vez que não é filtrada, pois contém os principais tóxicos do tabaco em concentrações elevadas. As pessoas não fumadoras expostas a esta poluição são os denominados fumadores passivos que absorvem a nicotina, o monóxido de carbono e outras substâncias do mesmo modo que os fumadores. A quantidade de tóxicos absorvidos vai depender da extensão e da intensidade da exposição, além da qualidade da ventilação do ambiente, e Alegria (2003, p.62) chega mesmo a afirmar que, "...cada hora que se respira num ambiente cheio de fumo equivale a fumar três cigarros". Acrescenta ainda que:

...a importância do tabagismo passivo deve-se a dois factos. O primeiro é que o fumo do tabaco que é inalado pelo fumador passivo provém da corrente secundária ... que é tao toxica ou mais que a principal ... (por exemplo, a concentração de nicotina e alcatrão é três vezes maior, e a do monóxido de carbono é cinco vezes maior que na principal). ... O segundo motivo é que o fumador passivo pode estar exposto ao fumo do tabaco durante períodos prolongados de tempo

Ferreira-Borges e Cunha Filho (2004), afirmam não existirem dados confirmados sobre o número real de fumadores passivos no mundo. Consideram que sendo os tabagistas mais de 1000 milhões, o número de fumadores passivos deve ser pelo menos o dobro, sendo que cerca de 700 milhões são crianças, importando salientar que se refere a

quase metade das crianças de todo o mundo. Estudos de vários países reafirmam estes números, apresentando um percentual de crianças fumadores passivas que oscila entre os 50% e 70% da população desta faixa etária. É de notar que grande parte das crianças se encontra involuntariamente exposta ao fumo do tabaco e que os pais e familiares mais próximos não recebem a informação e sensibilização necessárias para evitar tais situações.

Com base no relatório *Internacional Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and the Child Health* apresentado na conferência da *Tobacco Free Initiative* (WHO, 1999), Ferreira-Borges e Cunha Filho (2004) afirmam que a exposição da criança à Poluição Tabágica Ambiental (PTA) é involuntária e ocorre pelo facto de os adultos fumarem em locais onde as crianças habitam e passam tempos de lazer. Referem ainda que o ato de fumar pelos pais e outros adultos tem efeitos decisivos após o nascimento, desde o aumento dos riscos de infeção do trato respiratório inferior durante a infância até aos sintomas respiratórios e doenças do ouvido médio em crianças mais velhas. Apesar de moderado o aumento destes riscos, são considerados um problema de saúde em todo mundo, e representam um peso substancial de doença na criança, devido à exposição à PTA.

Entre os adultos, os pontos de maior interesse vão para o cancro do pulmão e de outras localizações, além das doenças cardiovasculares (Ferreira-Borges & Cunha Filho, 2004). Dado que a nível mundial mais de 1000 milhões de adultos fumam, a OMS estima que cerca de 700 milhões, ou seja, quase metade das crianças de todo o mundo estão expostas à PTA, predominantemente em casa. Este vasto número de crianças expostas constitui uma significativa ameaça à saúde pública, sendo a evidência deste dano à criança consistente e vigorosa (WHO, 1999, cit. por Calheiros, 2000).

3.4. Consequências tabágicas

O tabagismo é a principal causa evitável de morte prematura e doença (WHO, 2008), é o causador e está associado a uma enorme multiplicidade de doenças a nível do sistema nervoso central, do aparelho respiratório, cardiovascular, digestivo, reprodutor, neoplasias e com manifestações perinatais e pós-natais (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison & Murray, 2001), sendo desta forma geradora de custos diretos e indiretos elevados na sociedade.

Cunha Filho e Ferreira-Borges (2008) citam o *World Health Report 2002* da OMS (2002), onde diz que 8,9% do peso global da doença, avaliado através do número de anos de vida potencialmente perdidos ajustados para a incapacidade (*Disability Adjusted Life Years – DALY's*), diz respeito ao uso de substâncias. De acordo com o relatório, o tabaco é responsável por 4,1% do peso global da doença, o álcool por 4,0% e as substâncias ilícitas por 0,8%. Estudos da OMS de 2004 e de Room, Babor e Rehm de 2005 também confirmam estas tendências. O peso global da doença associado a estes fatores é bastante superior nos países desenvolvidos e no sexo masculino, apresentando valores em relação ao tabaco de 12,2% (17,1% nos homens e 6,2% nas mulheres) (Room *et al.*, 2005; WHO, 2004a, 2004b), destacando-se então o tabaco e o álcool nos lugares cimeiros de uma lista dos principais fatores de risco identificados.

Nunes (2009), referencia estudos da OMS de 2000 indicativos de que, em Portugal, cada pessoa fuma cerca de 1632,33 cigarros/ano e, segundo dados de 2002, o número de mortes associadas à neoplasia da traqueia, dos brônquios e do pulmão, que por sua vez se relacionam com o tabagismo, está na ordem dos 42,1 (homens) e 7,76 (mulheres) por cada 100000 habitantes.

Martinet e Bohadana (2003), notam que o tabagismo constitui por si só e para cerca de um terço dos fumadores, uma causa prematura de mortalidade e de maior suscetibilidade a determinadas doenças. A mortalidade por cancro é duas vezes superior nos fumadores do que nos não fumadores e quadruplica nos grandes consumidores de tabaco. Os fumadores são também mais suscetíveis à frequência de infeções agudas e de complicações respiratórias. O tabagismo é a causa mais comum de doença pulmonar obstrutiva crónica que causa cerca de 80% das mortes com ela relacionada.

Os principais problemas de saúde associados ao consumo de tabaco ocorrem maioritariamente em adultos e idosos, mas pelo facto de se iniciar em idades precoces, é inegável que a curto prazo algumas das suas complicações comecem a afetar os adolescentes (WHO, cit. por Nunes, 2009). Neste âmbito, a mesma autora aponta que “estudos, realizados a cerca de 10000 jovens, revelaram que os consumos de tabaco causavam danos precoces nos pulmões dos adolescentes entre os 10 e os 18 anos. Apenas 5 cigarros por dia provocam complicações respiratórias e prejudicam o normal desenvolvimento dos pulmões” (p.17). Também Dempsey e Benowitz (2001) afirmam que 50% dos atuais adolescentes fumadores morrerão prematuramente de doenças relacionadas com o tabaco.

Constata-se que o consumo de tabaco na adolescência resulta numa perda de cerca de catorze anos de vida, mas Mathers, Toumbourou, Catalano, Williams e Patton (2006) e a WHO (2008) indicam que este facto é normalmente ignorado pelos adolescentes que iniciam este comportamento e que, por consequência, acabam por adquirir esta dependência.

Importa referir que quer para o tabaco quer para outras substâncias é aceitável como consumo de baixo risco, em circunstâncias normais, um histórico de consumo experimental, esporádico ou ocasional. Qualquer consumo com maior regularidade e intensidade, mesmo para pequenas quantidades, aumenta exponencialmente o risco para a saúde dos indivíduos (Bjartveit & Tverdal, 2005).

Considerando as estimativas de Peto e Lopez (2001), existem aproximadamente mil milhões de fumadores na atualidade, e a manterem-se os padrões de consumo de tabaco, cerca de 30% dos jovens adultos tornar-se-ão fumadores persistentes, sendo que destes é expectável que uns 50% venham a falecer de afeções relacionadas com o consumo.

Relativamente aos efeitos no sistema respiratório, Mota (2005) baseia-se no relatório do *US Surgeon General* de 2004, onde surgem evidências de uma relação entre o tabagismo e o aparecimento da asma, no desenvolvimento de infeções respiratórias, nas gripes com um risco aumentado para pneumonia bacteriana, doença pulmonar obstrutiva crónica, com aparecimento de bronquiolite respiratória, a qual antecede o aparecimento do enfisema, considerada por muitos como a "assinatura" do tabagismo.

Como já referido, o sistema cardiovascular é outro dos lesados com o tabagismo, nomeadamente porque o colesterol LDL é afetado pelo tabaco, é também uma causa de hipertensão e um fator de risco para o acidente vascular cerebral. Os efeitos carcinogéneos do tabaco são de alto teor pela presença de sessenta substâncias carcinogéneas nas quatro mil existentes nos cigarros. Quanto aos sistemas digestivos e reprodutor, há também inúmeros danos graves conducentes à instalação de quadros clínicos igualmente severos (Mota, 2005). A WHO (2001) afirma que o tabaco é o maior causador de cancro no pulmão, de doença pulmonar obstrutiva crónica e de doenças cardiovasculares e que, a menos que se faça algo pelos duzentos milhões de europeus adultos fumadores, o resultado será de dois milhões de mortes anuais, pelo ano de 2020, só na Europa.

Assim, falando de tabagismo e de doenças, e pelo facto de a dependência de cigarros ser um problema complexo e multifacetado, considerado pelos profissionais de saúde como uma doença com dependência física, psicológica, emocional, comportamental e social, marcada por um curso crónico com tendência para a recidiva (American Psychological Association, 2002; Fiore *et al.*, 2000; Soares & Carneiro, 2002), considera-se que todos têm um contributo a prestar para colmatar esta situação.

3.5. Prevenção tabágica

Os cuidados de saúde primários são, no sistema nacional de saúde português, o nível de intervenção de eleição para o desenvolvimento de programas de promoção de estilos de vida saudáveis e de prevenção primária e secundária do tabagismo (Ferreira-Borges & Cunha Filho, 2004).

Segundo as Nações Unidas, a prevenção visa alterar os determinantes sociais e ambientais e inclui estratégias que desencorajem o início do uso de substâncias e fomentem a prevenção da progressão para um uso mais frequente ou regular entre populações de risco (UNODCCP, 2000, cit. por Cunha Filho & Ferreira-Borges, 2008).

Perante este cenário urge prevenir, e neste âmbito quatro questões são destacadas no cenário da prevenção: a necessidade de uma intervenção precoce; a promoção dos fatores de proteção dos comportamentos de risco; o envolvimento dos principais contextos de vida; e o delineamento para vários comportamentos alvo (Simões, 2010).

Prevenir significa impedir o desenvolvimento de um problema antes que se verifique a sua instalação, através da introdução de medidas que interrompam ou atrasem a sua progressão. Quando se fala em tabagismo, a prevenção deve incidir em dois tipos de abordagem: a individual, visando a modificação do sujeito face ao tabaco; e a global, tendo em vista a redução geral do consumo de tabaco. Podem, então, considerar-se como principais objetivos da intervenção, segundo Raposo (2005): prevenir a iniciação tabágica nos jovens; encorajar e promover a cessação tabágica entre os que fumam; minimizar os riscos dos que fumam através da redução da presença de substâncias nocivas nos cigarros; adotar medidas de proteção dos que não fumam. A prevenção primária e o tratamento deste tipo de adição são imperiosos.

Na área da prevenção, este caminho parece ser o mais lógico e deve incidir também em estratégias de promoção da saúde, que tenham o foco da intervenção no indivíduo e que

visem mudar os seus conhecimentos, atitudes, habilidades e comportamentos. Convém não esquecer as estratégias ambientais no sentido de reduzir ou eliminar o uso de substâncias e os problemas a ele inerentes através de uma mudança do contexto em que esse uso ocorre. Trata-se, assim, de uma proposta de mudança em termos de estratégias de intervenção que passa pela utilização complementar de estratégias individualizadas e de estratégias que, na sua base, são estratégias da promoção da saúde (Cunha Filho & Ferreira-Borges, 2008).

Estas estratégias devem abranger toda a população e não apenas um determinado grupo com características individualizadas, e são de extrema importância em situações onde o risco populacional atribuível ao problema é considerável (Cunha Filho & Ferreira-Borges, 2008).

Sabendo que intervir em prevenção torna-se mais eficaz do que tentar mudar comportamentos, torna-se pois importante intervir em etapas precoces do desenvolvimento, de preferência em etapas onde ainda não tenham ocorrido comportamentos problema. É, pois, preciso estar atento, em etapas muito precoces, nomeadamente na escola, a potenciais fatores de risco, ou a lacunas na proteção, ou ainda a comportamentos que poderão indiciar futuros comportamentos problema.

A prevenção eficaz procura então conjugar estratégias em todas as vertentes com vista à melhoria das condições sociais, por um lado, e à redução da oferta e da procura, por outro. Para que tal aconteça e para que o trabalho de prevenção seja amplo e complexo por natureza, pressupõe-se haver um trabalho intersetorial e multidisciplinar (Cunha Filho & Ferreira-Borges, 2008).

Prevenir pressupõe lidar com possíveis problemas antes que estes aconteçam, no caso do uso de tabaco, e tendo em consideração os problemas de saúde associados a este uso, é necessário descrever e classificar o conceito de problemas de saúde e doenças associadas a este comportamento. Cunha Filho e Ferreira-Borges (2008, p.89) salientam que é em função dos potenciais problemas que se poderão definir os objetivos das intervenções preventivas em si, “uma vez que existem probabilidades diferentes para o uso de cada substância em particular e dimensões de problemas diferentes associadas a cada padrão de uso de uma substância e a cada circunstância e momento de vida em particular”.

Ao elaborar um programa de prevenção, os mesmos autores (2008) reforçam a ideia de que importa diferenciar o que é externo aos indivíduos, como a família, o grupo de pares

ou a comunidade, dos fatores considerados internos e que estão ligados à forma como o indivíduo processa, interpreta e responde ao meio que o rodeia, pois as estratégias definidas para atuar em fatores de risco internos não são iguais às utilizadas para alterar fatores externos ao indivíduo.

A prevenção com a intenção de controlar o tabagismo é a área onde se tem progredido no sentido de unir esforços globais. Como referem Ferreira-Borges e Cunha Filho (2004, p.136):

...global no sentido político, com um esforço de concertação à escala regional e mundial, onde cabe destacar a Convenção Mundial para o Controlo do Tabagismo, aprovado por unanimidade em Maio de 2003, na 56ª Assembleia Mundial da Saúde, depois de quatro anos de intensas negociações que envolveram cerca de 170 países (WHO, Framework Convention on Tobacco Control, 2003). Global, no sentido de tentar compatibilizar os interesses antagónicos dos fumadores e dos não fumadores, procurando um modelo alternativo posicionado entre o laxismo com que é gerido o problema de álcool e a rigidez que marca a gestão do uso de drogas ilegais. Global, também, no sentido de uma acção que conjuga medidas de natureza diferente, implementadas em planos diferentes, com objectivos e grupo alvo também diferentes.

Seguindo a mesma linha de pensamento, os autores supramencionados (2008, p.137), referem ainda que:

a perspectiva da promoção da saúde tem sido uma grande fonte de inspiração para a prevenção do tabagismo e, por outro lado, a prevenção do tabagismo é o campo que mais se aproxima de uma intervenção que se pode classificar no exigente campo da promoção da saúde. A relevância do tabagismo como doença (dependência) e como factor de risco para outras doenças (cardiovasculares, cancro e respiratórias) justifica todo o esforço que tem vindo a colocar a prevenção e o controlo do tabagismo no topo das actividades de promoção da saúde.

Pode afirmar-se que pensar uma política de prevenção tabágica, a curto, médio e longo prazo, é um exercício fundamental para o verdadeiro êxito da luta contra o tabagismo nos seus diversos aspetos e complexidade. Conhecer epidemiologicamente os padrões, a quantidade de consumo de tabaco, as consequências agudas e crónicas sobre a saúde dos indivíduos e das populações e dos fatores que os determinam, é imperativo para que se faça um correto planeamento de programas de intervenção destinados à prevenção de problemas ligados ao consumo de tabaco (Ferreira-Borges & Cunha Filho, 2004).

Pela constante evolução da sociedade e das políticas, é pertinente adequar as medidas de prevenção do tabagismo a nível de formação dos alunos em todos os graus de escolaridade. Para além da escola, a família constitui um meio extremamente importante no desenvolvimento e na socialização da criança, sendo por isso mesmo outro contexto

de prevenção (Morel, Boulanger, Hervé & Tonnelet, 2001). Por estes motivos, ao implementarem-se programas de prevenção, estes não podem estar limitados a um só contexto, podem e devem abranger uma multiplicidade deles por forma a que nem a família nem a escola sejam desfasados da abordagem preventiva, especialmente se se estiver perante fatores de risco. De ressaltar que todos os contextos “possuem actores ou agentes da acção preventiva cujo contributo é inestimável” (Nunes & Jólluskin, 2007, p.260).

Ao adequar os programas ao público-alvo, constatar-se-á em qual dos três níveis de prevenção se enquadra melhor, assim, segundo Angel (2002):

- A *prevenção primária* desenvolve-se com o objetivo de evitar o aparecimento do problema, tendo como destinatários os indivíduos nos quais a perturbação não se manifestou;
- A *prevenção secundária*, é a que visa o reconhecimento e sinalização de uma perturbação que, estando no seu início, pode ser suspensa com vista à modificação comportamental antes do seu desenvolvimento, no sentido da consolidação e do agravamento do problema.
- A *prevenção terciária*, tendo em vista a suspensão ou redução do quadro evolutivo da perturbação aditiva já existente e identificada. Integra no plano do tratamento propriamente dito, com medidas preventivas relativamente ao agravamento do quadro.

Independentemente do tipo de prevenção a efetuar, importa que as ações confirmem um carácter de continuidade à intervenção, viabilizando parcerias institucionais e o seu encontro com o desenvolvimento de variadas opções de ação, em função das necessidades específicas identificadas nas populações (Ferreira, 2005).

Ferreira-Borges e Cunha Filho (2004, p.xiii) ressaltam a desvalorização de que é muitas vezes alvo o consumo de tabaco, até mesmo por profissionais de saúde, face a outras patologias. No entanto, e:

apesar de não ser vista como uma substância capaz de causar problemas sociais e, portanto, não ser facilmente comparável a outras drogas, a verdade é que os danos causados à saúde pelo consumo de tabaco possuem uma dimensão e abrangência que não permite que ignoremos da importância de uma actuação inequívoca no sentido de minimizar o seu impacto negativo junto dos indivíduos e na sociedade.

Segundo Pestana (2006), a prevenção na área do tabagismo é uma tarefa que os profissionais de saúde devem promover em relação ao indivíduo e à comunidade, sendo

de extrema importância o trabalho em equipa para que os jovens nem cheguem a iniciar o tabagismo (Sorte, 2008). Hagen (2004, p.193), refere que “dez por cento dos actuais fumadores adultos começaram a fumar entre nove e dez anos e metade dos adolescentes que começam a fumar iniciam por volta dos 14 anos”. Pois como refere Alegria (2003, p. 10):

o facto da epidemia continuar leva-nos a concluir que ainda não se disse o bastante, suficientemente alto e com o ênfase necessário”. As distintas medidas tomadas pelos governos nas últimas décadas demonstraram claramente que a epidemia do tabagismo é grave, sendo necessário implementar adequadas acções legislativas, informativas e preventivas.

“Os enfermeiros detêm um papel privilegiado na promoção da saúde do homem pelo contacto duradouro e próximo que com ele estabelece. A educação para a saúde pode ser considerada como um dos contributos mais importantes para a saúde” (Sorte, 2008. p.43).

CAPÍTULO II

PLANEAMENTO EM SAÚDE

As atitudes e comportamentos relacionados com estilos de vida saudáveis são influenciados por diversos fatores que poderão resultar em opções de risco de crianças e adolescentes. Neste contexto, a definição de uma política de prevenção para este grupo-alvo implica o estudo dos comportamentos relacionados com a saúde e bem-estar, dos fatores que os influenciam e o contexto em que estão inseridos (Danzon, 2004; Pestana, 2000), e só depois se poderá intervir.

Para que uma intervenção tenha sucesso e esteja orientada de acordo com as necessidades em saúde da população em questão, é necessário proceder a todo o processo de Planeamento em Saúde. Para Tavares (1990), o planeamento em saúde é visto como um auxiliar na tomada de decisão que permite a racionalização na aplicação de recursos de saúde. Refere ainda que, subjacentes ao planeamento em saúde se encontram dois princípios básicos da distribuição de recursos, o da equidade e o da eficiência. Imperatori e Giraldes (1993), definem planeamento como uma aplicação lógica de transformar uma ideia em algo concreto e exequível, que assenta em três premissas: a da racionalidade das decisões; a da capacidade de moldar a realidade segundo um modelo prefixado; e a de referir-se ao futuro.

“Em Saúde, planear é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objectivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) óptima(s) entre várias alternativas; essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos actuais ou previsíveis no futuro” (Tavares, 1990, p.29).

As principais fases do processo de planeamento da saúde, são: diagnóstico da situação, definição das prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993), apresentando-se neste capítulo a descrição de cada uma destas etapas.

1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

No 2º ano do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária surge, para dar cumprimento aos planos curriculares, a realização de um Estágio de Planeamento em Saúde, que decorreu entre 1 de outubro de 2012 e 25 de janeiro de 2013, e cujas etapas englobam, entre outras, o diagnóstico de situação.

Sendo o planeamento em saúde um processo lógico, o diagnóstico de situação surge como primeira etapa, e deve ir de encontro às necessidades da população, uma vez que é a sua confluência que determinará a pertinência do plano, do programa ou do projeto (Imperatori & Giraldes, 1986). E deve ter como características: ser suficientemente alargado, aprofundado, sucinto, rápido, claro e corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento em saúde (Tavares, 1990).

Este teve em atenção o explanado na literatura científica, quanto às etapas para a sua apresentação: identificação dos problemas existentes na população, estudo da evolução prognóstica dos mesmos, estudo da rede de causalidade dos problemas como as causas e fatores de risco que condicionam a sua existência, determinação de necessidades (Tavares, 1990).

Assim, todo este processo foi desenvolvido no concelho de Valongo, sendo que este se situa no distrito do Porto. É composto por dezassete concelhos e constituído por cinco freguesias: Alfena, Campo, Ermesinde, Sobrado e Valongo, freguesia sede do concelho. Está limitado pelos concelhos de Santo Tirso, Maia, Gondomar, Paredes e Paços de Ferreira. Segundo os resultados definitivos do Censos de 2001 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2001), abrange uma área de 75,7 Km e tem 86.005 habitantes.



Figura 1. Mapa do distrito do Porto, com especificação do concelho de Valongo (http://www.alunos.dcc.fc.up.pt/~c0007037/Santa_Justa/Mapa_Concelho.gif)

Continuando numa perspetiva de dinâmica sociodemográfica, é de realçar que, em 2004, o concelho de Valongo apresentava um índice de envelhecimento de 66,1, ou seja, existiam 66,1 idosos (com idade superior a 65 anos) por cada 100 jovens com idade

inferior a 15 anos. Este valor é manifestamente inferior à média nacional (em Portugal existiam 108,7 idosos por cada 100 crianças) e aos valores registados no Norte (88,6) e no Grande Porto (88,7), (<http://www.cm-valongo.pt/caracterizacao-socio-demografica/>; http://www.cm-valongo.pt/documentos/carta_educativa_versao_para_discussao.pdf).

Para além disso, é o concelho da Área Metropolitana do Porto (AMP) onde se regista o menor índice de dependência de idosos (16), o que significa que existem 16 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa.

A taxa de natalidade (11,5‰) é elevada relativamente à AMP (a 3ª mais elevada), ao Norte e a Portugal, é cerca do dobro da taxa de mortalidade (6,0‰), originando uma taxa de crescimento natural de 5,5‰ (2ª maior da AMP), taxa esta bastante elevada sobretudo no contexto nacional (0,7‰).

Relativamente à evolução das taxas de natalidade e de mortalidade no concelho de Valongo, desde 1995 até 2004, verifica-se que a taxa de crescimento natural regista uma tendência de evolução crescente, passando de 4,8‰ em 1995 para 5,5‰ em 2004.

Em relação as causas de morte, no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) de Valongo, a maior causa de morte é as doenças isquémicas do coração, seguida dos tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão, e do HIV/SIDA.

De acordo com dados publicados pelo INE (2005), em 2004 operavam no concelho de Valongo 10656 empresas, o que significa que cerca de 7,4% das empresas com sede na AMP se situavam em Valongo. Destas empresas, destaca-se a importância daquelas ligadas ao comércio por grosso e a retalho, reparação de veículos automóveis, motociclos e bens de uso pessoal e doméstico, que surgem em 1º lugar, representando 35,4% do total das empresas sedeadas no concelho, à construção (16,8%), à indústria transformadora (13,6%) e às atividades imobiliárias, alugueres e serviços prestados às empresas (12,9%).

De salientar, ainda, o peso das sociedades ligadas ao setor terciário, que representam cerca de 67,7% das sociedades sedeadas em Valongo, seguido do setor secundário, uma vez que 31,7% das sociedades estão relacionadas com esse setor de atividade. O setor primário engloba apenas 0,6%, valor inferior ao registado a nível nacional (2,7%) e da Região Norte (1,9%).

Analisando o setor de atividade económica, salienta-se um peso relativamente elevado das empresas ligadas ao setor terciário, que representam cerca de 61% das empresas

sedeadas em Valongo, seguido do setor secundário, uma vez que 38% das empresas estão relacionadas com esse setor de atividade. O setor primário engloba apenas 0,7% das empresas concelhias, valor consideravelmente inferior ao registado a nível nacional (2,7%) e na Região Norte (1,7%).

No que respeita à população ativa residente com idade igual ou superior a 15 anos por condição perante a atividade económica, constata-se que, no concelho de Valongo, residem 45186 indivíduos com atividade económica, o que representa cerca de 64% da população com 15 ou mais anos, enquanto 25470 (36%) não possuem qualquer atividade económica. Relativamente à idade, 44094 (97,6%) têm idade entre 15 e 60 anos, enquanto apenas 1092 (2,4%) têm idade superior a 60 anos de idade.

Pode ainda observar-se que o grupo populacional sem atividade económica é predominantemente feminino (63,1% são mulheres) e que 15166 (59,6%) inserem-se no grupo etário dos 15 aos 60 anos de idade, valor substancialmente elevado relativamente quer à AMP (53,5%), quer à Região Norte (51,8%).

No que se refere à problemática do desemprego, de acordo com os dados do INE (2001), Valongo apresentava em 2001 uma taxa de desemprego de 7,3%, ligeiramente superior à registada a nível nacional, sendo o desemprego feminino superior (9,2%) comparativamente ao masculino (5,8%).

De acordo com os dados disponibilizados pelo INE (2001), pode verificar-se que a maioria da população residente no concelho de Valongo possui habilitações iguais ou inferiores ao 2º ciclo do ensino básico (61,5%), e que apenas 9,7% possui habilitações ao nível do ensino médio ou superior. É ainda possível identificar uma grande percentagem (35,5%) com o 1º ciclo, bem como uma taxa de ensino secundário (17,1%) equivalente à média da AMP (17,0%).

Globalmente, estes dados permitem concluir que a população residente no concelho de Valongo detém níveis de escolaridade semelhantes aos da generalidade da população portuguesa, ligeiramente superiores aos da região Norte, mas ligeiramente inferiores aos da média dos concelhos da AMP.

Do ponto de vista da organização do território educativo, de acordo com a figura anterior, existem no concelho de Valongo seis Agrupamentos de Escolas - Agrupamento de Escolas de Alfena, Agrupamento de Escolas de Campo, Agrupamento Vertical D. António Ferreira Gomes Agrupamento Vertical de Escolas de S. Lourenço, Agrupamento Vertical S. João de Sobrado e o Agrupamento Vertical Vallis Longus.

Após o conhecimento do meio envolvente da população e com base em referências bibliográficas e a própria intervenção em contexto da prestação de cuidados delineada para a promoção da saúde/prevenção da doença, de forma a orientar o processo de planeamento em saúde delineou-se o objetivo geral, que se pretende alcançar com a elaboração e implementação do mesmo. Assim, considera-se o objetivo geral:

- Promover a saúde e prevenir a adoção de estilos de vida não saudáveis nos adolescentes do 5º ano do Agrupamento de Escolas Vallis Longus.

E traçaram-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar as condições sociodemográficas da família dos adolescentes;
- Identificar os hábitos de sono dos adolescentes;
- Conhecer os hábitos alimentares dos adolescentes;
- Identificar os hábitos de higiene dos adolescentes;
- Identificar os hábitos de exercício físico dos adolescentes;
- Conhecer os hábitos de lazer dos adolescentes;
- Identificar comportamentos de risco nos adolescentes relativos ao consumo do tabaco;
- Identificar comportamentos de risco nos adolescentes relativos ao consumo de álcool;
- Identificar comportamentos de risco nos adolescentes relativos a sexualidade.

População

A população em causa prendeu-se com o interesse e gosto pela faixa etária bem como pela importância que o enfermeiro assume na promoção dos estilos de vida salutar e prevenção de comportamentos problema, que deve ser iniciada o mais precocemente possível. Como exposto na caracterização sociodemográfica, a população de Valongo contraria a média nacional, sendo uma população jovem, com muitas crianças em idade escolar, distribuídas pelos diversos agrupamentos de escolas do concelho, pelo que se torna imperioso a atuação neste grupo.

Flausino *et al.* (2012), reforçam a importância de atuar em promoção de um estilo de vida saudável precocemente, pois os adultos têm uma responsabilidade enorme, uma vez que são o exemplo para as faixas etárias menores, devendo-se, por isso, unir esforços para a

consolidação de uma sociedade mais justa, mais saudável e com melhor qualidade de vida, desde tenra idade.

Escolheu-se o Agrupamento de Escolas Vallis Longus, pela proximidade com o local sede do Estágio de Planeamento em Saúde, a Escola Superior de Saúde de Vale do Sousa na CESPU – Cooperativa de Ensino Superior, Politécnico e Universitário. A realização de um estudo de planeamento em saúde numa escola vai de encontro ao preceituado por Precioso (2002), que afirma que a necessidade de envolver os meios escolares na promoção de estilos de vida saudáveis e na prevenção de comportamentos problema é amplamente reconhecida e, tal como refere WHO (2005a), as intervenções fazem-se normalmente através de ações pontuais de transmissão de informação por professores ou profissionais de saúde sobre as temáticas, e realizadas muitas vezes com recurso a metodologias passivas e sem envolver os alunos no processo de formação/informação, facto verificado na escola em questão após reunião com o grupo de Saúde Escolar.

Pelo exposto, a população escolhida foram os alunos a frequentar o 5º ano de escolaridade, no ano letivo 2012/2013, sendo o seu número de 299 elementos, 151 do sexo masculino e 148 do sexo feminino, distribuídos por doze turmas. Considerando o número de elementos da população, bem como a dificuldade no cumprimento das considerações éticas em que se incorreria, optou-se por estudar a totalidade da população, e face à disponibilidade do agrupamento de escolas e à disponibilidade temporal do estágio, conjugados com a relevância da temática uma vez que a DGS preconiza o investimento na promoção da saúde dos adolescentes por estes serem os adultos do futuro, considerou-se possível intervir em toda a população.

Para além do gosto pela saúde dos adolescentes, Fuh, Wang, Lu e Wang (2005) referem que as crianças e os adolescentes têm vindo a ser reconhecidos como importantes facetas da saúde pública global. Conhecendo os seus estilos de vida, poder-se-á aumentar a compreensão e conhecimento sobre a saúde das crianças e dos adolescentes e estabelecer políticas promotoras da sua saúde e do seu bem-estar.

O planeamento em saúde tem uma importância crescente como um meio de monitorizar o estado de saúde da população ao longo do tempo, e as investigações de Balaguer (2002), Currie *et al.* (2004), Loureiro (2004), Matos, Simões, Carvalhosa *et al.* (2000), entre outras, em populações com idades compreendidas entre 6 e 12 anos, evidenciam a influência de diversos fatores determinantes na adoção de certos comportamentos e atitudes relativamente a assuntos que dizem respeito à sua saúde e vida, dos quais se

destacam a influência da idade, do sexo, da família, dos pares e do ambiente que os envolve. Estas investigações surgiram como mais um fator motivador para conhecer os estilos de vida desta população e suas possíveis alterações, visto terem idades compreendidas entre as referidas.

Instrumento de recolha de dados

Para proceder à recolha dos dados que permitiriam a avaliação dos estilos de vida dos adolescentes, procedeu-se, com base em referências bibliográficas nomeadamente nos princípios orientadores da DGS nas áreas prioritárias de promoção de saúde, à elaboração de um instrumento - questionário, de aplicação direta, com quarenta perguntas do tipo fechado e duas perguntas do tipo aberto.

Assim, o questionário encontra-se dividido em cinco partes: dados pessoais, alimentação, padrão de sono e repouso, higiene pessoal e estilos de vida. O questionário foi aplicado à população entre os dias 12 e 30 de novembro de 2012 (Anexo A).

A consideração das variáveis em estudo, desde a sua definição à sua operacionalização, torna-se essencial numa investigação para impedir o seu comprometimento ou risco de as invalidar. Por esta razão, as variáveis devem ser definidas com clareza, objetividade e de forma operacional (Hill & Hill, 2008). Pretende-se a realização de um estudo quantitativo descritivo simples. Assim, surge na tabela 1 a operacionalização das variáveis.

Tabela 1. Operacionalização das variáveis

Variáveis	Operacionalização
Dados pessoais	Idade Sexo Agregado familiar Profissão do pai/mãe do adolescente Habilitações literárias do pai/mãe do adolescente
Padrão de Sono e Repouso	Horário de levantar durante semana Horário de deitar durante semana Horário de levantar durante fim-de-semana Horário de deitar durante fim-de-semana
Alimentação	Número de refeições diárias Local do pequeno-almoço Alimentos incluídos no pequeno-almoço Local do almoço Frequência da ingestão de legumes/saladas/sopa Hábitos alimentares antes de deitar Ingestão diária de água Frequência da ingestão de <i>fast-food</i> /doços
Higiene Pessoal	Frequência de higiene corporal Frequência da lavagem do cabelo Frequência da higiene oral Frequência diária da troca de roupa interior Hábitos de cortar as unhas
Estilos de Vida	Prática de exercício físico extraescolar Regularidade da prática de exercício físico extraescolar Número de horas que passa a ver televisão/jogar consola/computador Ocupação dos tempos livres familiares Comportamentos de risco - tabagismo Comportamentos de risco - consumo de bebidas alcoólicas. Esclarecimento de dúvidas sobre sexualidade Pessoa escolhida para esclarecimento de dúvidas - sexualidade Conhecimento de métodos contraceptivos Conhecimento dos tipos de métodos contraceptivos

Pré-teste

Para verificar se o questionário não continha perguntas dúbias foi aplicado um pré-teste a 30 crianças do 5º ano de escolaridade a frequentar um Centro de Atividades de Tempos Livres da Região Norte, no dia 19 de outubro de 2012, perfazendo um total de 10% da população onde se realizou o planeamento em saúde.

Após análise dos resultados, não houve necessidade de se proceder a alterações no questionário.

Procedimentos éticos

Como refere Costa (2008), a profissão de enfermagem lida regularmente com situações inerentes aos aspetos ético-morais e toda a investigação científica compromete-se também com estes aspetos pelas características que lhe são inerentes, uma vez que exige rigor, isenção, persistência e humildade (Martins, 2008). Convém lembrar que a esta responsabilidade ética estão associados os princípios éticos universais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, que deverão ser respeitados e que deverão ser a base de orientação em todos os momentos de investigação científica (Grande, 2000).

A este respeito, Costa (2008, p.22) salienta que:

o principal desafio ético que se coloca aos enfermeiros na relação com o adolescente, é serem capazes de evitar os estereótipos e preconceitos e olhar esse indivíduo como ser único, respeitando a sua individualidade, estar atento às suas necessidades, reconhecer o seu direito a receber cuidados, sendo responsável com a sua própria saúde, e ajudar na aquisição da capacidade de decisão autónoma.

Para se fazer a apresentação da proposta para a realização do Diagnóstico de Situação e posteriormente ser possível estabelecer uma relação com a população escolhida, foi primeiramente agendada uma reunião com a equipa de Saúde Escolar da escola que frequentavam, que se realizou no dia 15 de outubro de 2012, e entregue um pedido de autorização ao Conselho Executivo da mesma, aprovado no dia 24 de outubro de 2012 aquando da realização do Conselho Técnico-Pedagógico (Anexo B). Após aprovação, elaborou-se um pedido de consentimento informado aos Encarregados de Educação da referida população (Anexo C), que lhes foi entregue pelos Diretores de Turma no dia 2 de novembro de 2012, visto que em qualquer projeto de investigação pressupõe haver um consentimento livre e esclarecido. E, neste caso, como refere Martins (2008, p.64), “se a população a estudar não for autónoma, como é o caso de menores ou de indivíduos incapazes de dar o seu consentimento (doentes inconscientes), este deve ser obtido

junto dos familiares ou dos tutores responsáveis pelos indivíduos”. De notar que, dos 299 alunos a frequentar o 5º ano de escolaridade, 240 foram autorizados pelos pais/encarregados de educação a participar no estudo, 22 alunos não foram autorizados e 37 não chegaram a entregar os pedidos de autorização, não participando também no processo de planeamento em saúde.

Os dados recolhidos foram tratados e analisados considerando o anonimato dos intervenientes, uma vez que, segundo Martins (2008, p.65), “durante todo o processo de investigação, os indivíduos devem ver a sua privacidade salvaguardada de forma absoluta.” No entanto, afirma ainda que esta confidencialidade nunca poderá ser descurada, devendo ser uma preocupação obrigatória do investigador durante todo o percurso da investigação.

Apresentação da análise dos resultados

Após a aplicação do questionário à população, e o tratamento dos dados, com recurso ao software específico, IBM *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 19, para o Windows, prevê-se a sua interpretação. Para tal, serviu de suporte a utilização de gráficos e/ou tabelas, conforme se considerou mais pertinente, por serem meios auxiliares para uma eficaz interpretação dos dados.

Dados pessoais

A idade dos adolescentes está compreendida entre os 10 e os 12 anos com a média de 10,12 anos e um desvio padrão de 0,385 anos (tabela 2).

Tabela 2. Estatísticas descritivas da variável idade

	N	Min	Máx	Média	Desvio Padrão
Idade	240	10	12	10,12	0,385

No gráfico 1, relativo ao género, verifica-se que o sexo feminino é representado por 52,50% dos adolescentes e que 47,50% corresponde aos adolescentes do sexo masculino.

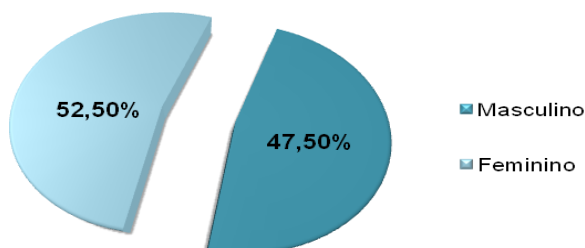


Gráfico 1. Distribuição de dados relativamente ao género

O gráfico 2 procura caracterizar o agregado familiar. Assim, observa-se a existência de diversas combinações, o que espelha a multiplicidade de tipos de famílias presentes na sociedade; 39,33% dos adolescentes vive com os pais e irmãos, 25,22% vive com os pais, 7,95% refere viver só com a mãe (família monoparental) e 5,02% com os pais, irmãos e avós (família alargada).

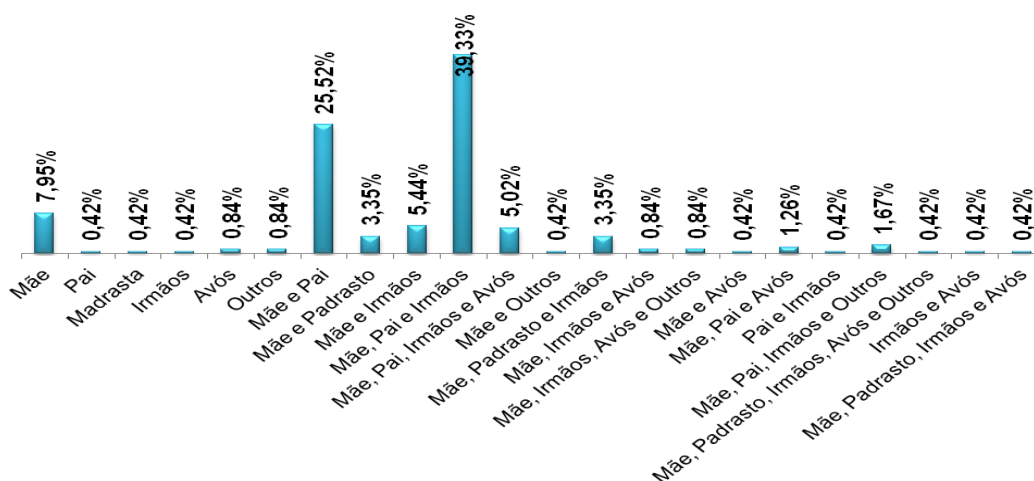


Gráfico 2. Distribuição de dados relativamente ao agregado familiar

Pela observação do gráfico 3, relativo à profissão do pai, regista-se que, respetivamente, 24,61% são trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices, 21,47% trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, 16,23%

operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem, 10,99% são especialistas das atividades intelectuais e científicas, e 9,42% encontram-se na situação de desempregado; 20,42% das respostas não foram consideradas, já que 15,00% não foram respondidas e 5,42% foram consideradas respostas inválidas.



Gráfico 3. Distribuição de dados relativamente à profissão do pai do adolescente

Ao analisar o gráfico 4, relativo à profissão da mãe, depreende-se que 24,76% são trabalhadoras dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, 20,48% especialistas das atividades intelectuais e científicas, 16,19% trabalhadores não qualificados, 13,33% desempregados e 8,10% pessoal administrativo; 12,50% das respostas não foram consideradas, sendo que 7,92% não foram respondidas e 4,58% foram respostas inválidas.

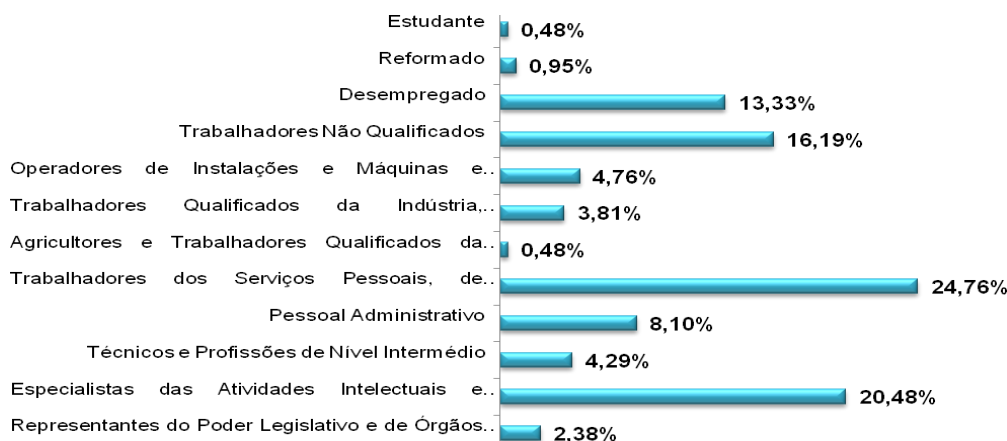


Gráfico 4. Distribuição de dados relativamente à profissão da mãe do adolescente

O gráfico 5, que se relaciona com as habilitações do pai do adolescente, informa que 26,51% detém o ensino secundário, 22,09% um curso superior, 19,88% o 2º ciclo do ensino básico, 19,28% o 3º ciclo do ensino básico, 11,45% o 1º ciclo do ensino básico e 0,60% não detém escolaridade; 30,83% das respostas não foram consideradas, por 27,92% estarem em branco e 2,92% serem consideradas respostas inválidas.

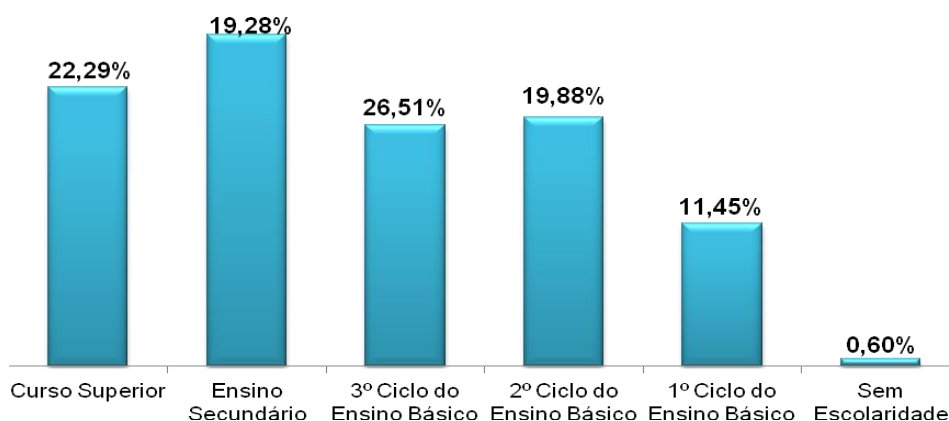


Gráfico 5. Distribuição de dados relativamente às habilitações literárias do pai do adolescente

O gráfico abaixo apresentado, que se relaciona com as habilitações literárias da mãe do adolescente, mostra que 29,78% tem curso superior, 24,72% frequentou o ensino secundário, 19,10% o 2º ciclo do ensino básico, 17,98% o 3º ciclo do ensino básico, 7,30% o 1º ciclo do ensino básico e 1,12% não detém escolaridade; 25,83% das respostas não foram consideradas, já que 22,50% não foram preenchidas e 3,33% foram tidas como respostas inválidas.

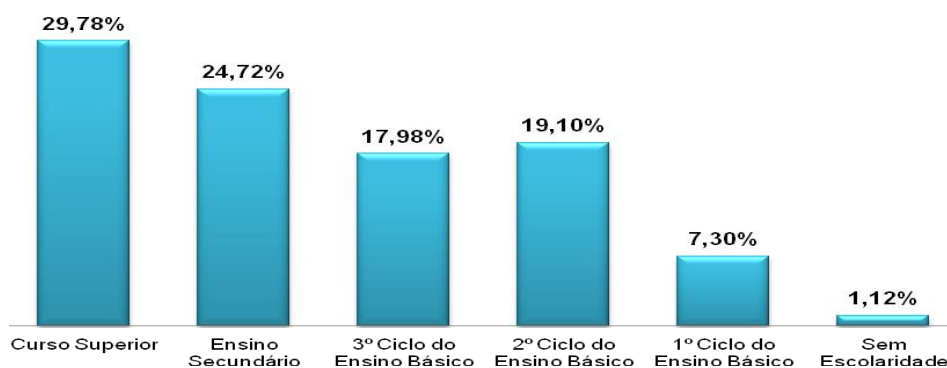


Gráfico 6. Distribuição de dados relativamente às habilitações literárias da mãe do adolescente

Padrão de sono e repouso

Os gráficos seguintes fazem referência aos horários do sono dos adolescentes. O gráfico 7 refere-se ao horário do adolescente se levantar durante a semana, e indica que 75,80% o faz “entre as 7 e as 8 horas”, 17,10% “antes das 7 horas” e 7,10% “depois das 8 horas”.

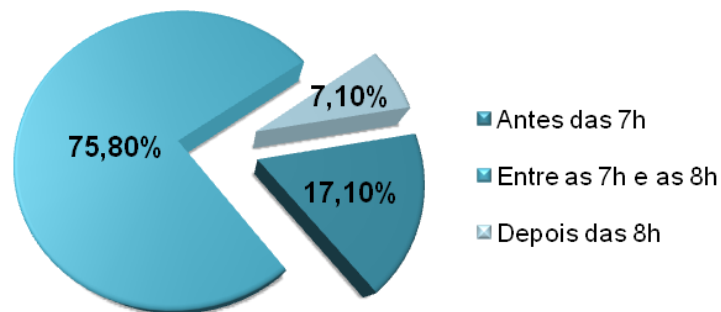


Gráfico 7. Distribuição de dados relativamente ao horário do adolescente se levantar durante a semana

O gráfico 8 mostra que durante a semana os adolescentes se deitam maioritariamente “depois das 21 horas e até às 22 horas” (47,92%), 27,92% refere deitar-se “entre as 20 e as 21 horas”, 17,50% “depois das 22 horas e até às 23 horas”. Verifica-se que os restantes adolescentes, no total de 6,66% e divididos por 3,33% em cada opção, refere deitar-se “antes das 20 horas” e “depois das 23 horas”.

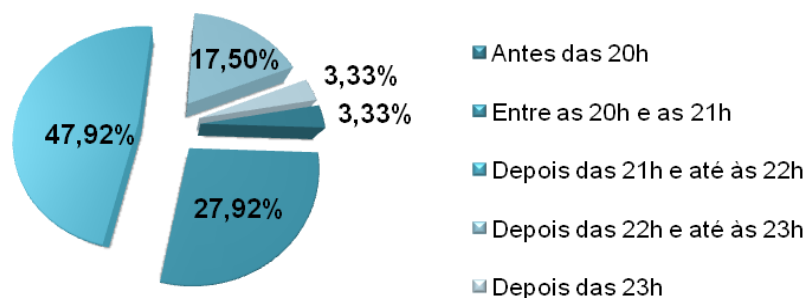


Gráfico 8. Distribuição de dados relativamente ao horário do adolescente se deitar durante a semana

Quando abordados sobre o horário de levantar ao fim de semana, como é visível no gráfico 9, 66,80% dos adolescentes refere fazê-lo “depois das 8 horas”, 24,80% “entre as 7 e as 8 horas” e apenas 8,40% “antes das 7 horas”.

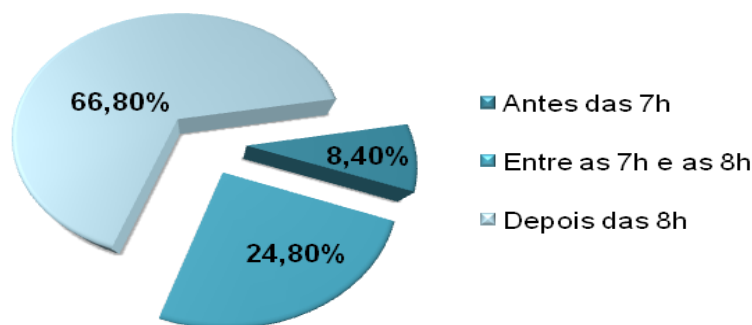


Gráfico 9. Distribuição de dados relativamente ao horário do adolescente se levantar durante o fim-de-semana

No que diz respeito à hora de se deitarem durante o fim de semana, gráfico 10, 38,33% dos adolescentes indica o horário “depois das 22 horas e até às 23 horas”, 28,75% “depois das 23 horas”, 26,25% “depois das 21 horas e até às 22 horas” e 6,67% “entre as 20 e as 21 horas”.

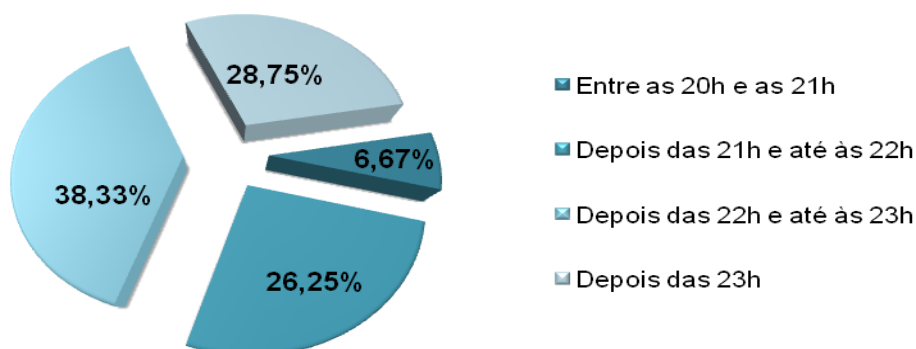


Gráfico 10. Distribuição de dados relativamente ao horário do adolescente se deitar durante o fim de semana

Alimentação

De seguida, far-se-á a análise dos gráficos relativos aos hábitos alimentares dos adolescentes. Analisando o gráfico 11, verifica-se que 51,68% faz as cinco principais refeições diárias “pequeno-almoço, meio da manhã, almoço, lanche e jantar”, 21,43% faz as seis refeições recomendadas “pequeno-almoço, meio da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia”, 13,87% apenas faz quatro refeições diárias “pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar”, 5,04% refere tomar o “pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia” e 3,78% apenas se alimenta ao “pequeno-almoço, almoço e jantar”.

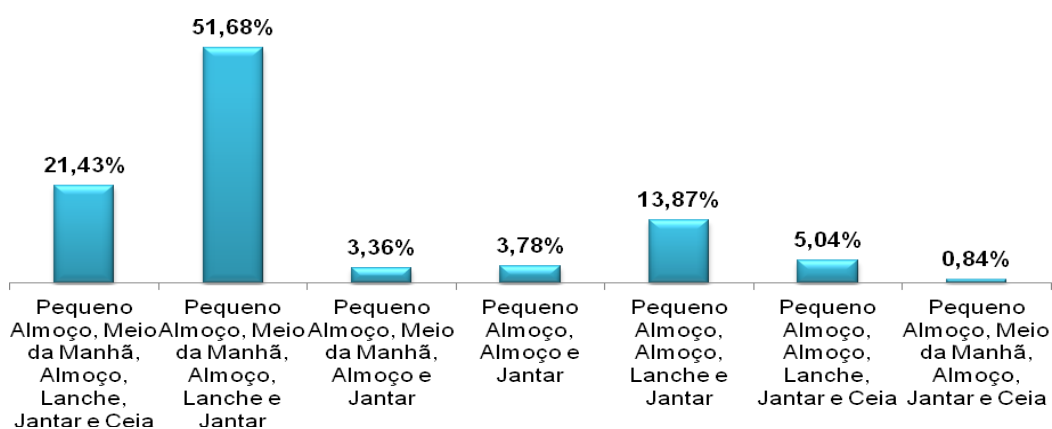


Gráfico 11. Distribuição de dados relativamente ao número de refeições diárias

Pelo gráfico 12 constata-se que 96,64% toma o pequeno-almoço “em casa”, 2,08% indica que o tomam “no café”, 0,83% “noutro local” não especificado e 0,42% refere tomar o pequeno almoço “na escola”.

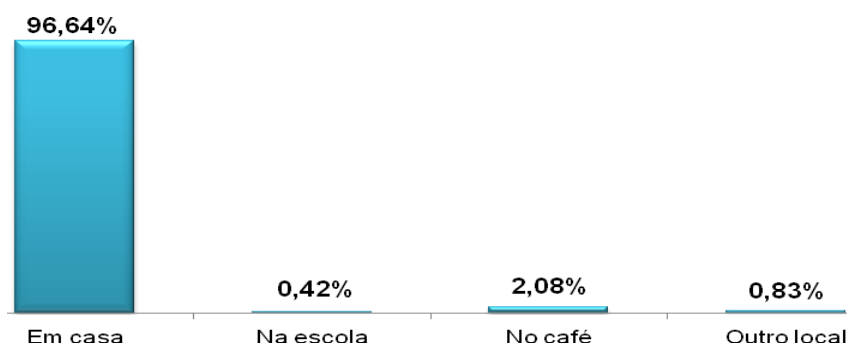


Gráfico 12. Distribuição de dados relativamente ao local do pequeno-almoço

Pela observação do gráfico 13, verifica-se um elevado número de respostas diversificadas, no entanto, entre as demais combinações, destacam-se a combinação “cereais e leite”, com 25,63% de respostas, “pão, manteiga e leite”, com 8,82% e a combinação “pão, queijo, manteiga, leite, cereais, iogurtes e bolachas”, com 7,56% de respostas.

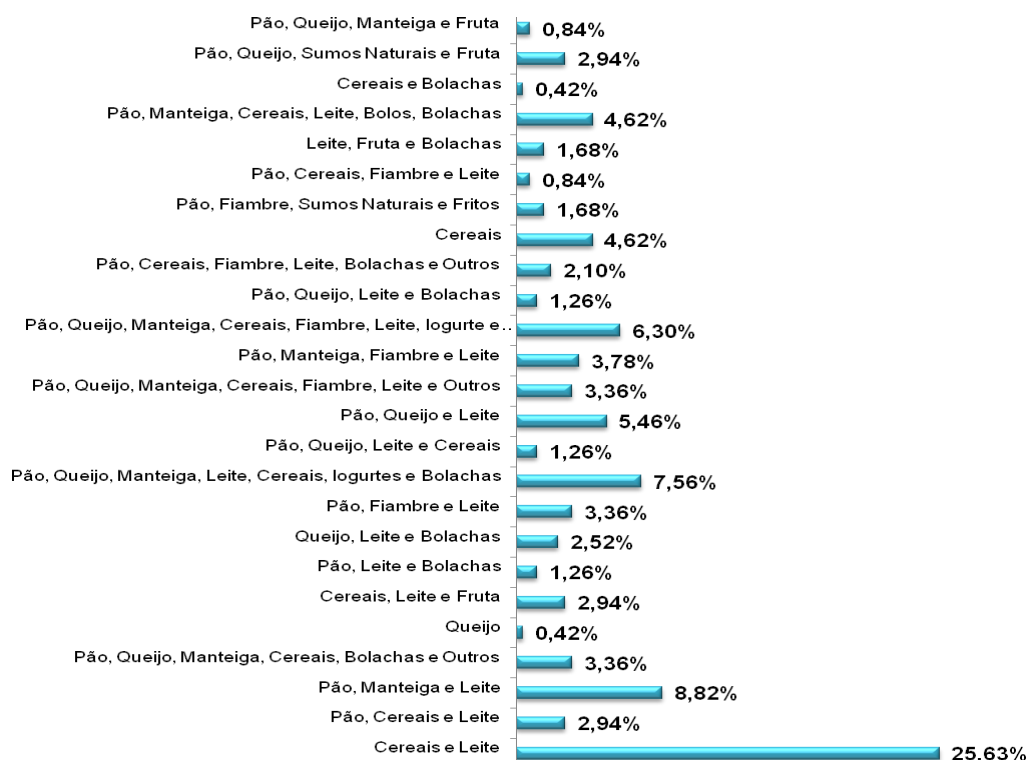


Gráfico 13. Distribuição de dados relativamente aos alimentos incluídos no pequeno-almoço

Quando abordados os adolescentes sobre o local onde almoçam, 33,75% almoça habitualmente “em casa”, 32,08% “na cantina da escola”, 30,83% selecionou as duas opções “casa e cantina da escola” e 3,33% dos adolescentes refere almoçar “no ATL”.

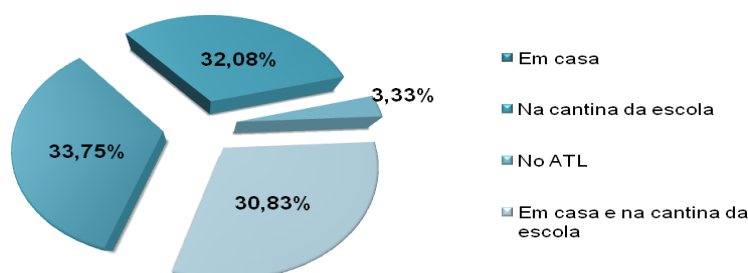


Gráfico 14. Distribuição de dados relativamente ao local do almoço

Inquiridos os adolescentes sobre o hábito de consumo legumes cozidos ou saladas a acompanhar as refeições, 56,71% indica só o fazer “às vezes”, 14,71% consome em “todas as refeições” e, por oposição, a mesma percentagem de adolescentes só “raramente”, e 13,87% dos adolescentes indica ainda só consumir “numa refeição por dia”.

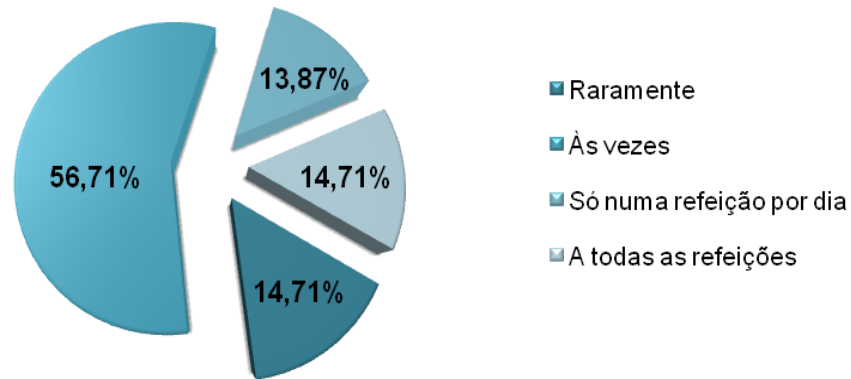


Gráfico 15. Distribuição de dados relativamente à frequência de ingestão de legumes cozidos ou saladas

De acordo com a observação gráfica abaixo, referente à ingestão de sopa pelos adolescentes inquiridos, constata-se que 38,49% o faz “a todas as refeições”, 29,29% só “às vezes”, 24,27% só “numa refeição por dia” e 7,95% fá-lo “raramente”.

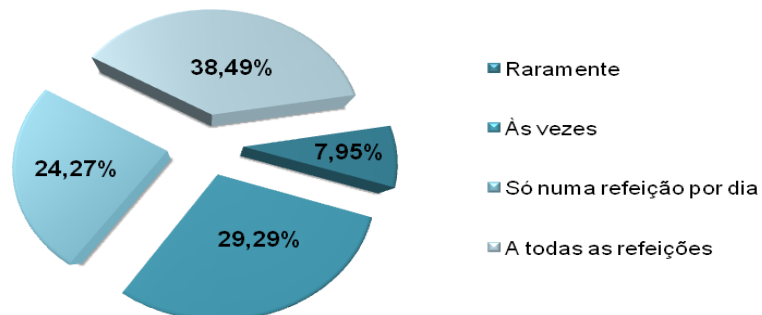


Gráfico 16. Distribuição de dados relativamente à ingestão de sopa

Quando questionados sobre os hábitos alimentares antes de deitar, a maioria (56,95%) dos adolescentes indica não os ter. Os restantes, indicam comer “leite/iogurte” (19,54%), “leite com cereais” (15,23%), “fruta” (5,30%), “chá com bolachas” (2,65%) e 1,32% “outros” alimentos não especificados; 37,08% das respostas não foram consideradas, sendo que 1,25% não respondeu e uma grande percentagem (35,83%) respondeu de forma inválida.

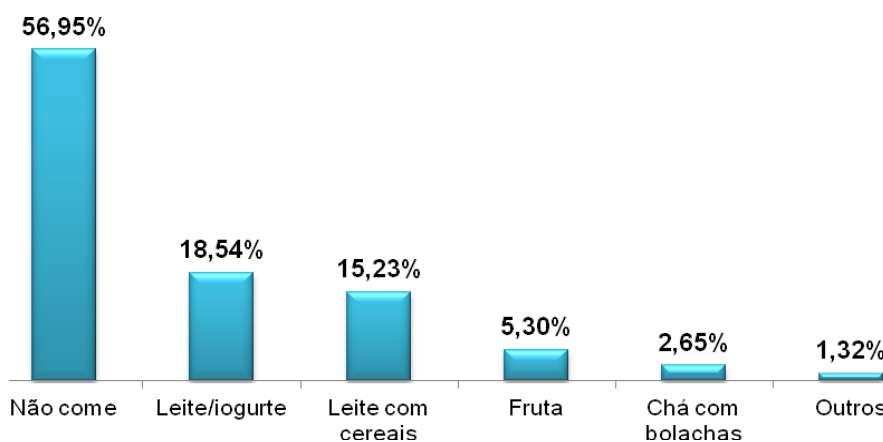


Gráfico 17. Distribuição de dados relativamente aos hábitos alimentares antes de deitar

O gráfico mostra que 46,67% dos adolescentes ingere “de 4 a 8” copos de água por dia, 26,67% “mais de oito” copos, 25,42% “menos de 4” copos e apenas 1,25% não consome “nenhum”.

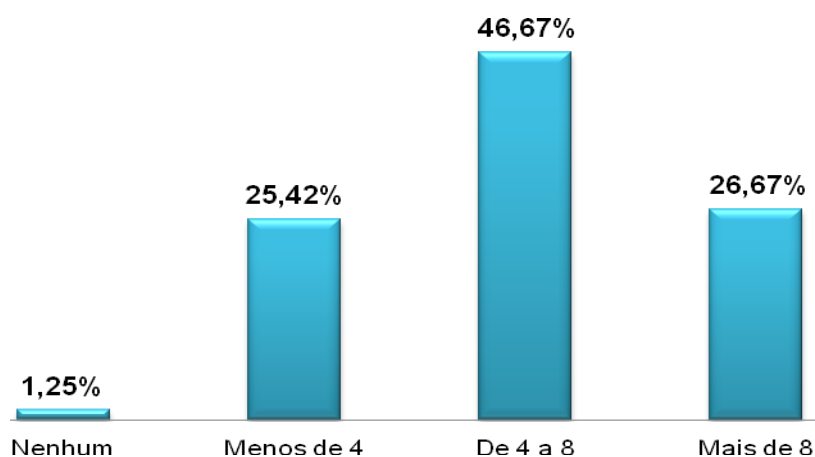


Gráfico 18. Distribuição de dados relativamente à ingestão diária de água

De acordo com a observação gráfica, referente ao consumo de *fast-food*, constata-se que 55,75% dos adolescentes responderam afirmativamente, contrariamente aos restantes 44,26%.

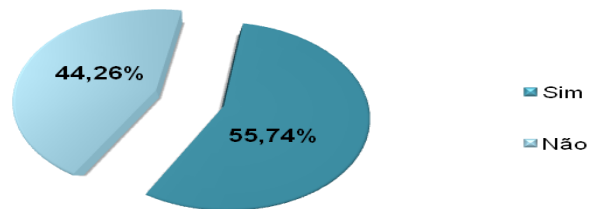


Gráfico 19. Distribuição de dados relativamente ao consumo de *fast-food*

Quando os 55,75% adolescentes que responderam afirmativamente ao consumo de *fast-food* foram questionados sobre a frequência da ingestão, 95,28% referiu “1 a 3 vezes” por semana, 3,15% referiu “4 a 6 vezes” por semana e 1,57% referiu “mais de 6 vezes” por semana.

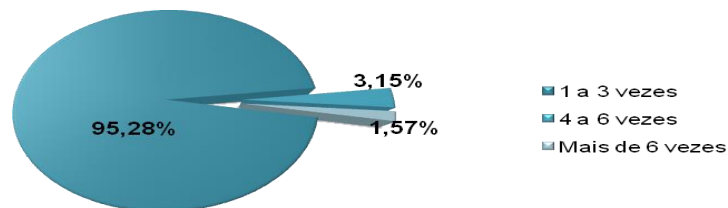


Gráfico 20. Distribuição de dados relativamente à frequência semanal da ingestão de *fast-food*

No gráfico 21, relativo à frequência semanal da ingestão de gelados, 92,77% afirma não ter o hábito de consumir, ao contrário de 7,23% que respondeu afirmativamente.

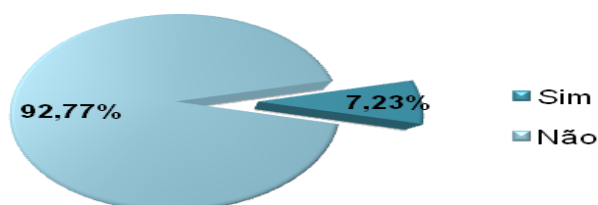


Gráfico 21. Distribuição de dados relativamente à frequência semanal do consumo de gelados

Pelo gráfico 22, verifica-se que 69,36% dos adolescentes não consome chocolates semanalmente, e 30,64% sim.

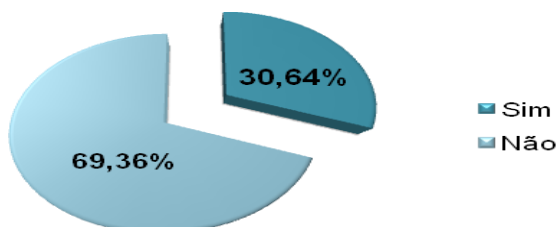


Gráfico 22. Distribuição de dados relativamente à frequência semanal do consumo de chocolates

Pelo gráfico abaixo constata-se que 68,09% dos adolescentes respondeu negativamente quando inquiridos sobre o consumo semanal de rebuçados, ao contrário, 31,91% refere fazê-lo.

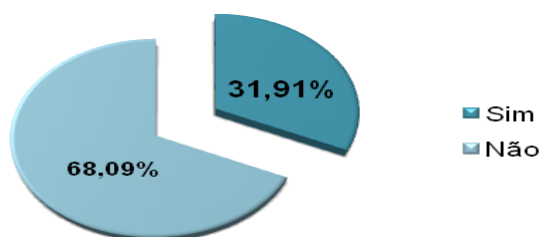


Gráfico 23. Distribuição de dados relativamente à frequência semanal do consumo de rebuçados

Dos adolescentes questionados, 59,00% manifesta não ter por hábito consumir chicletes semanalmente, enquanto que 41,00% diz-se consumidor.

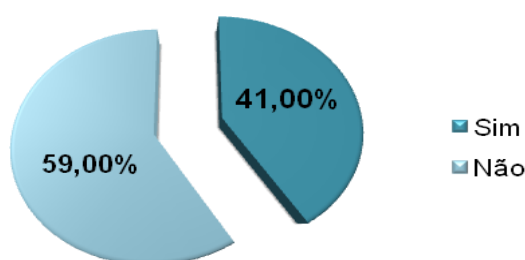


Gráfico 24. Distribuição de dados relativamente à frequência semanal do consumo de chicletes

O gráfico 25 revela o consumo negativo de gomas semanal, por parte de 77,00% dos adolescentes e o consumo positivo de 23,00%.

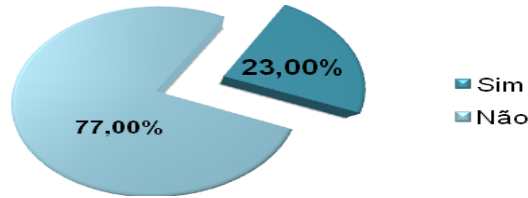


Gráfico 25. Distribuição de dados relativamente à frequência semanal do consumo de gomas

Higiene pessoal

Os gráficos abaixo, referem-se aos hábitos de higiene pessoal dos adolescentes inquiridos. Pela observação do gráfico a seguir apresentado, constata-se que no que diz respeito à frequência da higiene corporal, 61,25% selecionou a opção “todos os dias”, 38,33% “duas ou mais vezes por semana”, e somente 0,42% refere “uma vez por semana”.

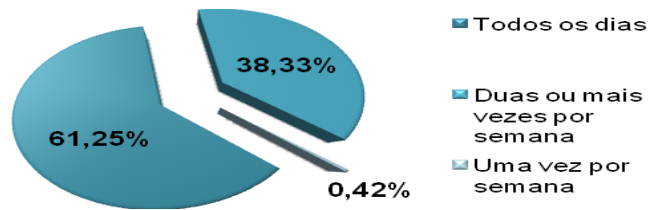


Gráfico 26. Distribuição de dados relativamente à frequência de higiene corporal

Quanto à higiene capilar, 49,79% declara fazê-la “algumas vezes por semana”, “40,17% “todos os dias” e 10,04% “quando está muito sujo”.

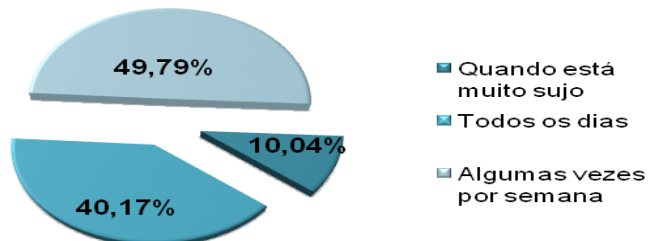


Gráfico 27. Distribuição de dados relativamente à frequência de higiene capilar

De acordo com o gráfico 28, 97,50%, ou seja, majoritariamente, os adolescentes afirmam ter o hábito de lavar os dentes, contrapondo com apenas 2,50% que respondeu negativamente.

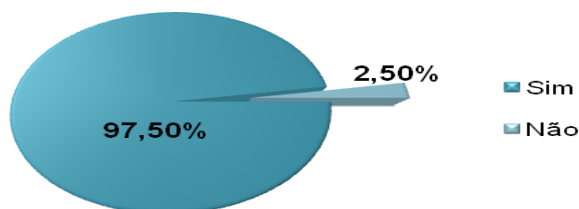


Gráfico 28. Distribuição de dados relativamente ao hábito de higiene oral

Dos 97,50% adolescentes que afirmam lavar os dentes, 51,29% afirmam fazê-lo “duas” vezes por dia, “três ou mais” foi a opção selecionada por 31,90% dos adolescentes, enquanto “uma” vez por dia é o hábito de 16,81%.

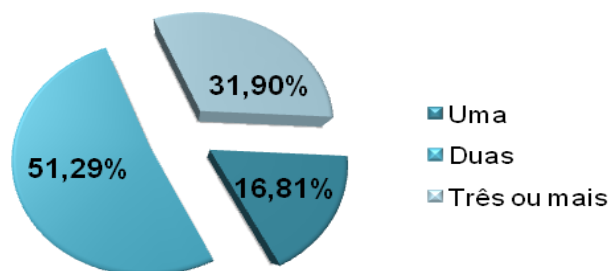


Gráfico 29. Distribuição de dados relativamente à frequência diária de higiene oral

De acordo com a observação gráfica, referente à frequência diária de troca de roupa interior, 92,92% refere fazê-lo, contrariamente aos restantes 7,08%.

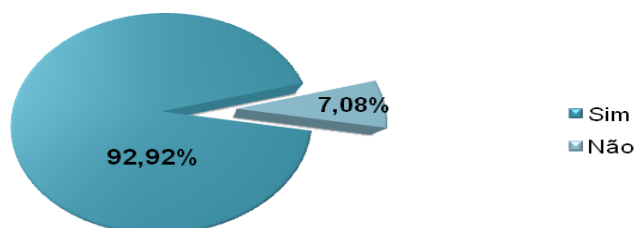


Gráfico 30. Distribuição de dados relativamente à frequência diária de troca de roupa interior

Quando questionados sobre quando cortam as unhas, 79,58% dos adolescentes fá-lo “sempre que estão grandes” e 20,42% “1 vez por semana”.

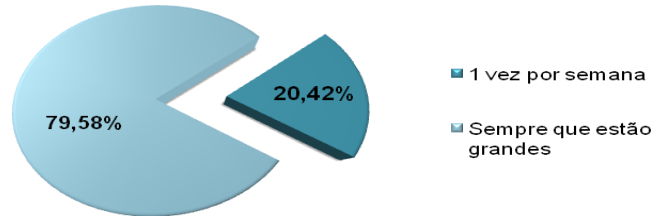


Gráfico 31. Distribuição de dados relativamente ao hábito de cortar as unhas

Estilos de vida

Os estilos de vida dos adolescentes são apresentados nos seguintes gráficos. O gráfico nº 32 revela que 63,33% dos adolescentes têm o hábito de praticar atividades físicas extraescolares e 36,67% não tem esse hábito.

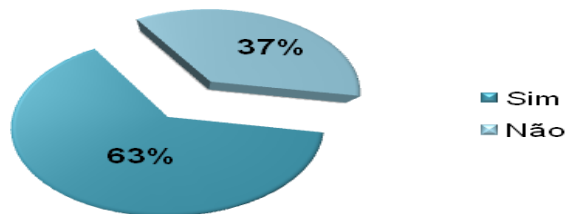


Gráfico 32. Distribuição de dados relativamente à prática de atividade física extraescolar

Dos 63,33% adolescentes referenciados com hábitos de prática de atividade física extraescolar, verifica-se que 59,87% indica despende semanalmente “menos de 3 horas”, 32,89% “de 3 a 6 horas” e 7,24% “mais de 6 horas”.

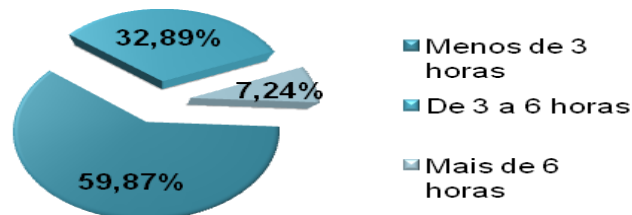


Gráfico 33. Distribuição de dados relativamente ao número de horas semanais despendido na prática de atividade física extraescolar

Pela análise do gráfico 34, 45,38% dos adolescentes reconhecem despende a ver televisão/jogar consola/computador “menos de 1 hora” diária, 41,18% “de 1 a 3 horas” e 13,45% “mais de 3 horas”.

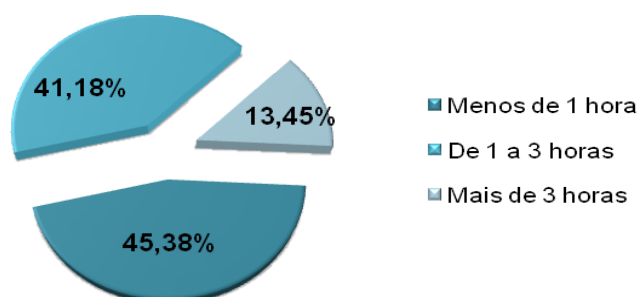


Gráfico 34. Distribuição de dados relativamente ao número de horas diárias despendidas a ver televisão/jogar consola/computador

O gráfico 35 demonstra que os adolescentes ocupam os tempos livres em família em diversos locais, nomeadamente “noutro local” não especificado (19,67%), “no shopping” (18,41%), “em casa de familiares” (17,15%), “no shopping e em casa de familiares” (9,21%), 7,95% dividem-se entre as opções “shopping, casa de familiares, praia e outro local”, e 7,95%, por oposição à maioria, indicou que “não costuma sair”.

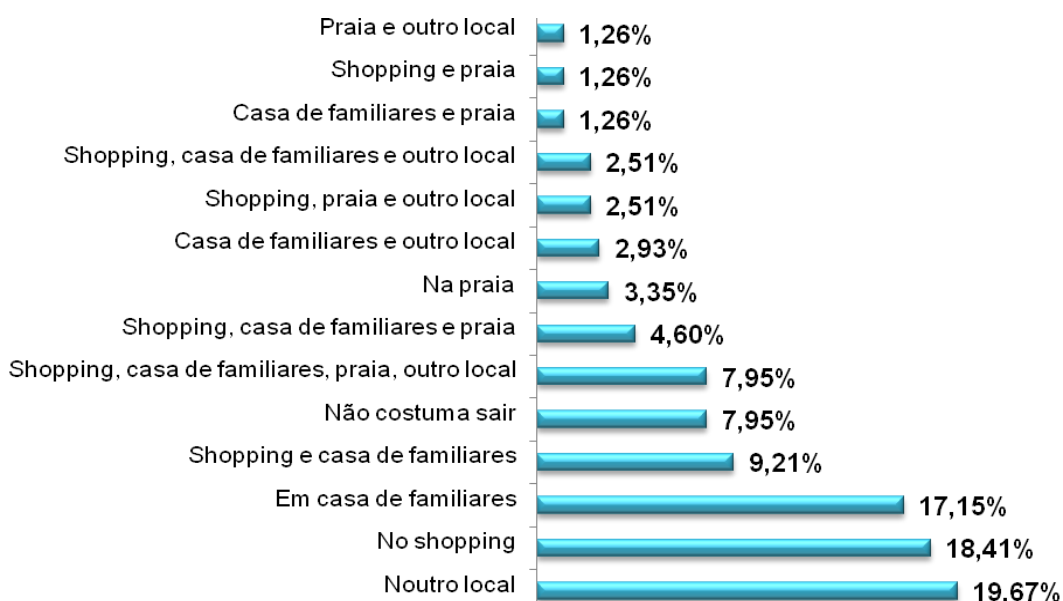


Gráfico 35. Distribuição de dados relativamente à ocupação dos tempos livres familiares

Os gráficos a seguir apresentados referem-se às respostas dadas sobre comportamentos de risco relacionados com o tabagismo. Assim, no gráfico nº 36, 80,83% dos adolescentes revelam não ter curiosidade em fumar e 19,17% sente curiosidade.



Gráfico 36. Distribuição de dados relativamente à curiosidade dos adolescentes em fumar

Quando questionados sobre se fumar faz bem à saúde, a maioria (99,17%) reconhece o seu malefício, perceção contrariada apenas por 0,83%.

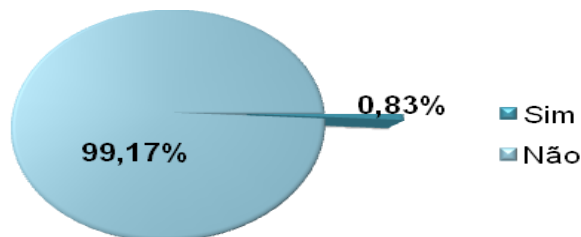


Gráfico 37. Distribuição de dados relativamente à perceção dos adolescentes sobre se fumar faz bem à saúde

No mesmo seguimento, 76,67% considera que fumar não é fixe, mas 23,33% considera.

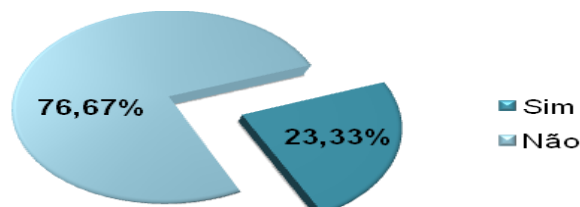


Gráfico 38. Distribuição de dados relativamente à perceção dos adolescentes sobre se fumar é fixe

Quanto ao aumento do número de amigos caso fossem fumadores, 81,67% considera que isso não tem influência, porém 18,33% acha que fumando teriam mais amigos.

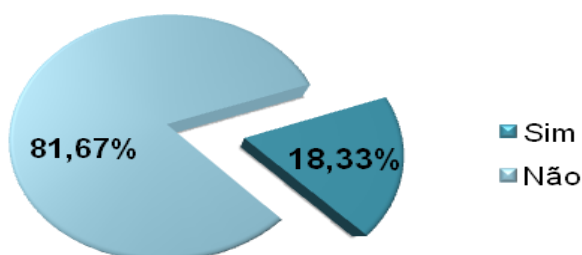


Gráfico 39. Distribuição de dados relativamente à percepção dos adolescentes sobre se fumar aumenta o número de amigos

Analisando o gráfico 40, verifica-se que 38,19% tem apenas “pai” fumador, 20,83% tem apenas “mãe” fumadora, cerca de 20,83% dos adolescentes tem ambos os progenitores fumadores, 6,25% refere ainda ter “irmãos” fumadores. Não foram consideradas 40,00% das respostas, sendo que 12,92% foram respostas deixadas em branco e 27,08% foram respostas inválidas por terem selecionado familiares que não constituem o agregado familiar.

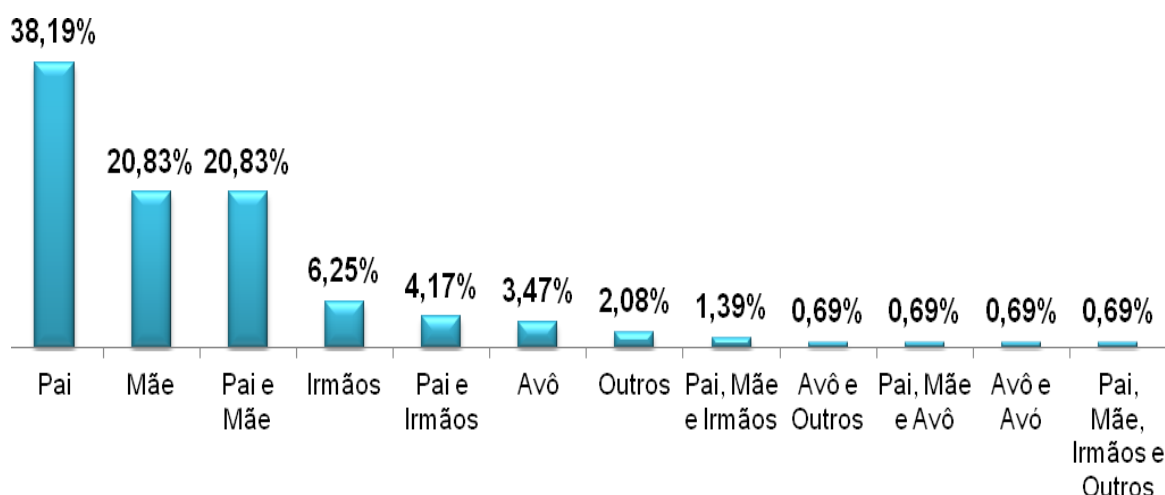


Gráfico 40. Distribuição de dados relativamente aos elementos do agregado familiar

Os gráficos abaixo apresentados referem-se às respostas obtidas sobre comportamentos de risco relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas. Analisando o gráfico nº 41, constata-se que 93,75% dos adolescentes revelam não ter curiosidade em consumir bebidas alcoólicas e 6,25% sim.

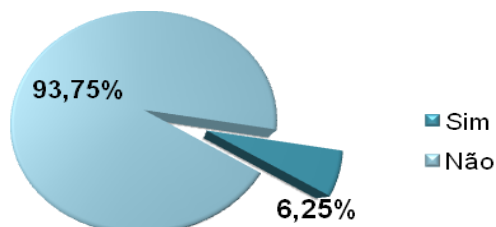


Gráfico 41. Distribuição de dados relativamente à curiosidade dos adolescentes em consumir bebidas alcoólicas

No gráfico 42, 99,58% reconhece que o consumo de álcool faz mal à saúde, contra 0,42%.

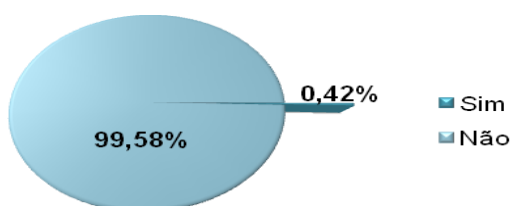


Gráfico 42. Distribuição de dados relativamente à percepção dos adolescentes sobre se consumir bebidas alcoólicas faz bem à saúde

Relativamente ao gráfico 43, 97,08% dos adolescentes manifestam que consumir álcool não é fixe, porém 2,92% responde afirmativamente.

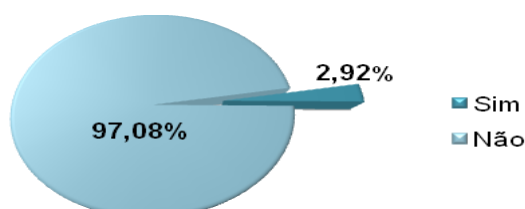


Gráfico 43. Distribuição de dados relativamente à percepção dos adolescentes sobre se consumir bebidas alcoólicas é fixe

Quanto ao aumento do número de amigos se consumirem bebidas alcoólicas, 96,67% considera que isso não tem influência, contrapondo com 3,33% dos adolescentes.

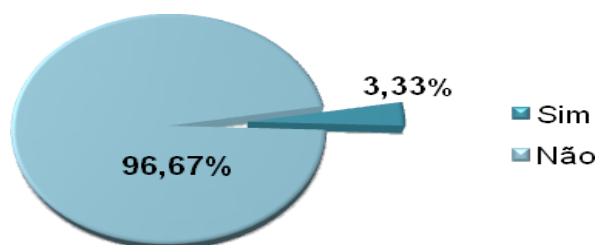


Gráfico 44. Distribuição de dados relativamente à percepção dos adolescentes sobre se consumir bebidas alcoólicas aumenta o número de amigos

No gráfico 45 é evidente que ambos os progenitores consomem álcool, 37,63% aponta apenas o “pai”, 36,56% refere que “pai e mãe” consomem bebidas alcoólicas e 13,98% indica que apenas a “mãe” é consumidora. De referir que 3,23% dos “irmãos” dos adolescentes também consomem bebidas alcoólicas. Não se consideraram 61,25% de respostas, já que 31,67% não foram respondidas e 29,58% foram respostas inválidas pois foram selecionados familiares que não constituem o agregado familiar.

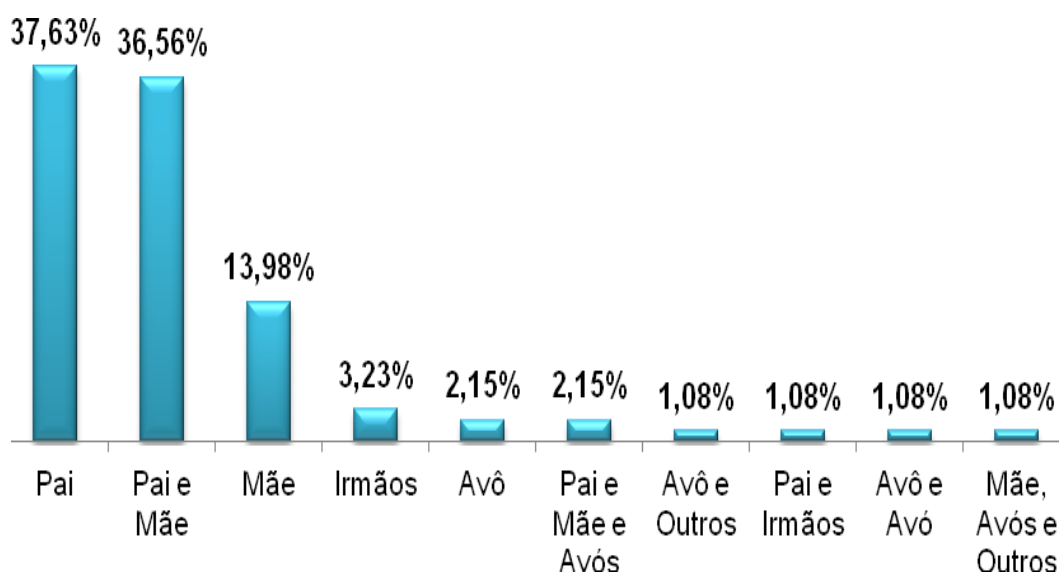


Gráfico 45. Distribuição de dados relativamente aos elementos do agregado familiar com comportamentos de risco – consumo de álcool

Através do gráfico 46, constata-se que 54,39% dos adolescentes não conversa com ninguém sobre a sexualidade e 45,61% afirma fazê-lo.

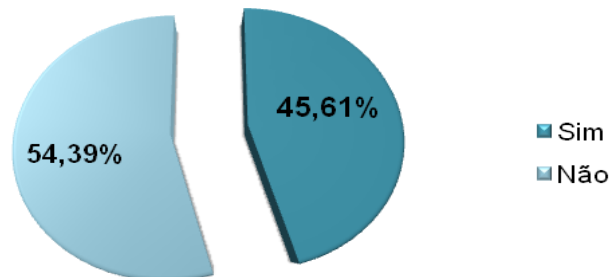


Gráfico 46. Distribuição de dados relativamente ao esclarecimento de dúvidas sobre sexualidade

No que diz respeito ao esclarecimento de dúvidas relativas à sexualidade, dos 45,61% que responderam que conversam com alguém sobre a temática, os adolescentes elegem prioritariamente os “pais” (43,12%), seguido dos “amigos” (20,18%), do “professor” (11,01%), do “médico” (6,42%) e 3,67% elege o “enfermeiro, médico e pais”.

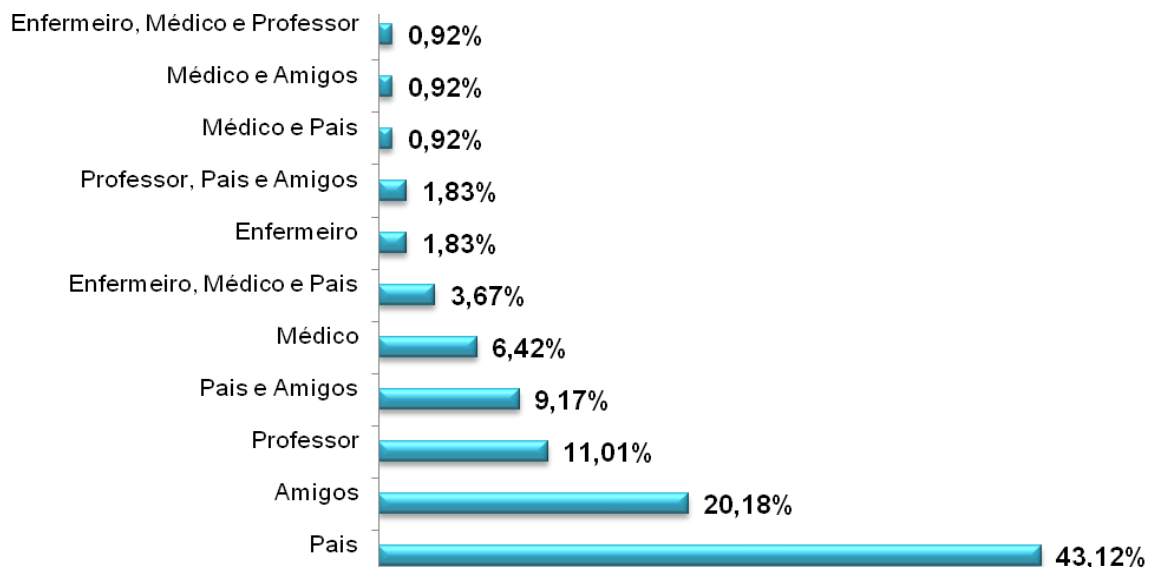


Gráfico 47. Distribuição de dados relativamente à pessoa escolhida para esclarecimento de dúvidas relativas à sexualidade

Quando inquiridos sobre o conhecimento de métodos de proteção de doenças/infeções sexuais/gravidez (métodos contraceptivos), a maioria (79,58%) dos adolescentes diz possuir conhecimentos, e 20,42% responde negativamente.

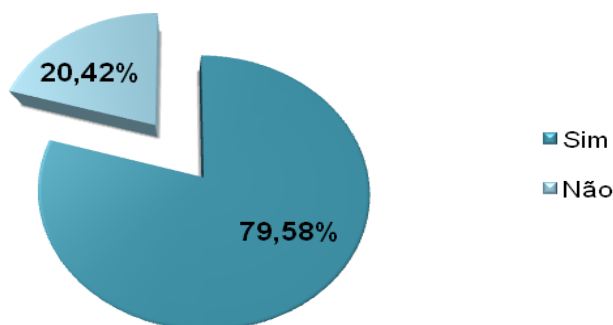


Gráfico 48. Distribuição de dados relativamente ao conhecimento de métodos contraceptivos

Os 79,58% de adolescentes que afirmam ter conhecimentos sobre a existência de métodos de proteção de doenças/infeções sexuais/gravidez, foram questionados sobre quais os tipos de métodos contraceptivos que conhecem. Com a análise do gráfico 49 constata-se que 31,02% conhece a “pílula e preservativo”, 26,20% o “preservativo”, 15,51% a “pílula”, e 11,76% dos adolescentes selecionou todos os métodos contraceptivos “pílula, preservativo, DIU, anel vaginal e implante”.

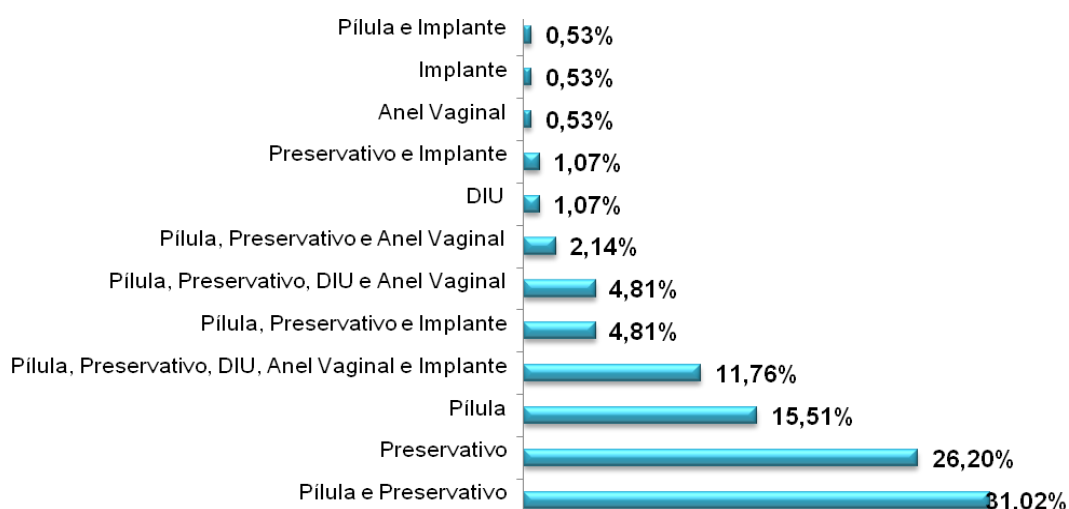


Gráfico 49. Distribuição de dados relativamente ao conhecimento dos tipos de métodos contraceptivos

Finalizada a apresentação da análise dos dados, é mandatória a sua discussão, tendo por base a literatura científica e outros estudos no mesmo âmbito, por forma a refletir sobre os hábitos de vida dos adolescentes em estudo e verificar se os objetivos propostos foram atingidos.

Discussão dos resultados

O conhecimento sobre os estilos de vida é essencial e a promoção e educação para a saúde inicia-se pelo conhecimento dos hábitos e rotinas dos adolescentes e familiares para melhor compreender quais se devem manter, reforçar ou alterar.

Os comportamentos na adolescência são frequentemente exploratórios e de experimentação, existindo uma tentação da novidade, uma atração pelo precipício, própria de quem exercita a sua autonomia (Cordeiro, 2009). Contudo, podem ser apenas reflexo da pressão exercida, acabando este por se conformar com os valores e comportamentos dos colegas e amigos, pelo medo de ser rejeitado (Gerrig & Zimbardo, 2005).

Os adolescentes deste estudo têm predominantemente 10 anos de idade (90%), 7,92% tem 11 anos e apenas 2,08% refere ter 12 anos de idade, e são representados por 52,50% de elementos do sexo feminino e 47,50% do sexo masculino.

Relativamente ao agregado familiar, observa-se a existência de diversas combinações, o que espelha a multiplicidade de tipos de famílias presentes na sociedade; 39,33% dos adolescentes vive com os pais e irmãos, 25,22% vive com os pais, 7,95% refere viver só com a mãe (família monoparental) e 5,02% com os pais, irmãos e avós (família alargada).

De uma forma geral, 90,81% vive com a mãe, 74,64% vive com o pai e 58,59% com os irmãos. Os dados vão de encontro aos obtidos no Relatório Kidscreen 2010 e 2006 (Matos, Gaspar *et al.*, 2012), onde 94,3% mora com a mãe, 78,2% com o pai, 73,0% com irmãos e irmãs e 20,2% com outros familiares.

Para classificar as profissões, optou-se pela Classificação Portuguesa das Profissões de 2010. No que diz respeito à profissão do pai dos adolescentes, verifica-se que 48,69% trabalha no setor terciário e 24,61% no setor secundário, indo de encontro às estatísticas do INE (2001) para esta localidade. As mães dos adolescentes trabalham no setor terciário.

Mendes *et al.* (2004), consideram no seu estudo que o tempo de sono noturno adequado se refere a 9 e 10 horas, tempo de sono excessivo se superior ou igual a 11 horas e tempo de sono deficiente se inferior ou igual a 8 horas. Verificou-se que 89% das crianças dormia um número de horas de sono noturno adequado e que 11% dormia mais horas que o desejável (média de 9 horas e 50 minutos por noite). Nenhuma criança dormia menos de 8 horas de sono noturno.

Na população deste estudo, 75,80% dos adolescentes levanta-se durante a semana entre as 7 e as 8 horas, o que vai de encontro ao estudo de Mendes *et al.* (2004), em que a amostra também se levanta maioritariamente entre as 7 e as 8 horas.

O estudo do gráfico revela que 47,92% dos adolescentes se deitam durante a semana entre as 21 horas e até às 22 horas, o que também está de acordo com o obtido em estudos de Mendes *et al.* (2004), Januário (2012), com o Relatório Kidscreen 2010 e 2006 (Matos, Gaspar *et al.*, 2012) e o estudo HBSC 2010 (Matos, Simões *et al.*, 2012), pois analisando os valores pressupõe-se que os adolescentes têm maioritariamente uma duração do sono de aproximadamente 9 horas/noite.

Ao fim de semana, 66,80% dos adolescentes acorda “depois das 8 horas”, 24,80% “entre as 7 e as 8 horas” e apenas 8,40% “antes das 7 horas”. Quanto ao horário de deitar, 38,33% dos adolescentes indica o horário “depois das 22 horas e até às 23 horas”, 28,75% “depois das 23 horas”, 26,25% “depois das 21 horas e até às 22 horas” e 6,67% “entre as 20 e as 21 horas”. De uma forma geral, vai de encontro ao Relatório Kidscreen 2010 e 2006 (Matos, Gaspar *et al.*, 2012) que indica que durante o fim de semana 24,2% dos adolescentes dorme menos de 8 horas, 11,6% dorme 8 horas e 64,2% mais de 8 horas. Este refere que tanto os rapazes (59,1%) como as raparigas (71,9%) dormem mais de 8 horas. O estudo HBSC 2010 (Matos, Simões *et al.*, 2012) revela dados semelhantes pois durante o fim de semana 24,5% dorme menos de 8 horas, 12,8% dorme 8 horas e 62,7% dorme mais de 8 horas.

Estes horários são apontados pela National Sleep Foundation (2011) como uma consequência da televisão e do computador, que despertam grande interesse na maioria das crianças, e proporcionam um aumento das horas de atividades sedentárias, bem como uma hora de deitar mais tardia, não alcançando o tempo adequado de sono, que nas crianças em idade escolar é de 10 a 11 horas por noite.

Para um melhor conhecimento para posterior promoção da saúde e prevenção de estilos de vida não saudáveis, pretendeu-se também conhecer os hábitos alimentares dos

adolescentes e os fatores a eles associados, pois, nestas idades, a adoção de comportamentos e atitudes congruentes com uma alimentação saudável depende de fatores como os hábitos alimentares dos pais, as políticas de alimentação da escola e a existência de cafés nas zonas próximas da escola (Loureiro, 2004), assim como das preferências individuais.

A OMS considera que se está perante uma alimentação saudável quando o indivíduo efetua pelo menos as cinco refeições principais durante o dia (WHO, 2006). O exposto vai de encontro ao observado na população estudada uma vez que se concluiu que a maior parte (78,99%) faz entre cinco e seis refeições diárias.

No estudo de Guerra (2004), um elevado número de jovens da amostra não come a meio da manhã (61,1%), o que significa que um grande número de adolescentes faz intervalos muito grandes entre as refeições. No entanto, nesta população, apenas 22,69% dos adolescentes não faz esta refeição.

Os restantes adolescentes (21,01%) referem fazer menos refeições ao longo do dia, mas todos incluem o pequeno-almoço, indo de encontro ao estudo do HSBC 20120 (Matos, Simões *et al.*, 2012) realizado em Portugal, revelando que a maioria dos adolescentes de ambos os sexos diz ingerir diariamente o pequeno-almoço. Um estudo de Lopes (2013) aponta que quanto à frequência da ingestão do pequeno-almoço por idades, é aos 10 anos que a ingestão regular é maior com 93,3%, e aos 11 anos é quando se verifica a maior percentagem (20,0%) que não ingere esta refeição com regularidade.

Nesta população, constata-se que 96,64% dos adolescentes tomam o pequeno-almoço em casa, tal como no estudo de Lopes (2013), onde 97,5% da amostra também relata ingeri-lo neste local. É de valorizar o facto de a maioria eleger a sua casa para fazer esta refeição, pois estudos como o de Vejrup, Lien, Klepp e Bere (2008), têm concluído que os adolescentes que ingerem o pequeno-almoço em casa fazem-no de uma maneira mais saudável.

O pequeno-almoço é considerado um componente essencial de uma dieta saudável rica em carboidratos e macronutrientes, e um pequeno-almoço adequado associa-se a um bom desempenho físico e cognitivo, originando um melhor rendimento escolar aos adolescentes (Moreno *et al.*, 2005). Para tal, os mesmos autores apontam que os grupos dos laticínios, cereais e frutas são básicos para um bom pequeno-almoço, porém, concluiu-se que apenas 15,1% dos intervenientes faz um bom desjejum. Fernández Morales, Aguilar Vilas, Mateos Veja e Martínez Para (2008) também referem que a

maioria dos adolescentes não ingere diariamente um bom pequeno-almoço. Lopes (2013), afirma no seu estudo que a fruta é consumida nesta refeição, apenas por 21,1% dos participantes e que os alimentos mais consumidos, por estes, são os cereais e pão com leite, 55,3% e 23,6%, respetivamente. O que vai de encontro aos dados obtidos na população inquirida, na qual entre as demais combinações evidenciadas, destacam-se a combinação “cereais e leite”, com 25,63% de respostas, seguida de “pão, manteiga e leite”, com 8,82%, e a combinação “pão, queijo, manteiga, leite, cereais, iogurtes e bolachas”, com 7,56%. O consumo de fruta também só é referido por 14,7% dos adolescentes.

Dado o número elevado de adolescentes cujo local de almoço é na cantina da escola (32,8%) e em casa e na cantina da escola (30,83%), os resultados revelam a pertinência do papel da escola na alimentação dos adolescentes de forma a tomar os menus da cantina mais atrativos (Loureiro, 2004), pois Vereecken *et al.* (2004) alertam para a procura de alimentos fora das cantinas escolares, com o aumento da idade, facto que está muitas vezes associado a *fast-food* e *snacks*.

Pretendeu-se, igualmente, apurar se os adolescentes tendem a optar por uma alimentação do tipo saudável ou não. De uma forma geral, os adolescentes, de ambos os grupos, optam maioritariamente por uma alimentação do tipo mista. Do mesmo modo, existe uma tendência para, em ambos os grupos, os hábitos alimentares serem mais saudáveis nas raparigas e para se irem deteriorando à medida que aumenta a idade.

No contexto europeu, Portugal apresenta-se como um dos países onde os adolescentes referem consumir mais legumes e frutas (Vereecken *et al.*, 2004).

Segundo o estudo HBSC 2010 (Matos, Simões *et al.*, 2012), a maioria dos adolescentes com idade similar aos da população inquirida referem comer vegetais pelo menos 1 vez/semana (55,4%), 32,6% pelo menos 1vez/dia e 12,0% raramente ou nunca. Dos adolescentes desta população, relativamente ao hábito de consumo de legumes cozidos ou saladas a acompanhar as refeições, 56,71% indica só fazê-lo “às vezes”, 14,71% consome em “todas as refeições” e, por oposição, a mesma percentagem de adolescentes só “raramente” o faz, 13,87% indica ainda só consumir “numa refeição por dia”, ou seja, comparativamente, o número de adolescentes que come vegetais pelo menos 1 vez por semana é semelhante e corresponde à maioria, mas no estudo HBSC 2010 (Matos, Simões *et al.*, 2012), a percentagem de adolescentes que come vegetais 1 vez por dia é superior ao dessa população (32,6% para 13,87%), porém, 14,71% desta população refere comer em todas as refeições.

Para além do consumo de legumes a acompanhar a refeição, estes também podem ser ingeridos através da sopa que, por sua vez, são fundamentais para o aporte diversificado de nutrientes essenciais nesta fase de desenvolvimento. Num estudo realizado por Carreiro (2011), 29% dos adolescentes diz comer sopa todos os dias e apenas 8% diz que nunca come, resultados que contrariam os obtidos nesta população, uma vez que 62,76% refere comer sopa todos os dias, dos quais 38,49% o faz a todas as refeições e 24,27% o faz numa refeição diária.

Candeias, Nunes, Morais, Cabral e Silva (2005) afirmam que, antes de dormir, deve ingerir-se um copo de leite, uma peça de fruta, um pacote de bolachas, ou seja, algum alimento leve de fácil digestão. No entanto, nesta população, os dados revelam que 56,95% não tem por hábito comer antes de deitar, contrapondo com 33,04% de adolescentes que o fazem, ingerindo maioritariamente leite/iogurte ou então leite com cereais. Um estudo de Bica *et al.* (2012) apurou também que 39,9% dos adolescentes nunca ceia, e dos que a fazem, os rapazes destacam-se com uma percentagem altamente significativa em comparação com as raparigas.

A água surge no centro da Roda dos Alimentos, não formando um grupo específico, uma vez que está representada em todos os grupos. É fundamental que se beba em abundância diariamente. A DGS preconiza que, por dia, se devem ingerir entre 1,5 a 3 litros de água, o equivalente a 6 a 10 copos. Dos inquiridos, 73,34% cumpre o preconizado, pois 46,67% dos adolescentes ingere de 4 a 8 copos ou mais de água por dia.

O estudo de Bica *et al.* (2012) aponta que, quando questionados sobre os líquidos ingeridos, a água encabeça a lista com 82,2%, seguido dos refrigerantes (46,4%) e sumos naturais (42,3%). As raparigas ingerem mais água (87,9% vs 74,9%) do que os rapazes.

A chamada comida rápida surgiu a seguir à revolução industrial e foi evoluindo conjuntamente com o ritmo de vida das pessoas (Teixeira, Sardinha & Barata, 2008). Esta alteração, predispõe cada vez mais à realização de refeições rápidas, com elevado teor de gorduras, servidas em restaurantes *fast-food* (Saris, 2002).

Segundo Teixeira *et al.* (2008), usualmente denomina-se por *fast-food* a comida que é possível comer segurando com a mão, como o hambúrguer, a fatia de pizza ou a sanduiche, sentado ou de pé, indiferentemente e de uma forma rápida. Este consumo é

especialmente popular entre os adolescentes, tornando-se mesmo o tipo de refeição de eleição (Spear, 2005).

Considera-se que os resultados obtidos na população estudada corroboram os de Spear (2005), uma vez que 55,75% dos adolescentes diz ingerir *fast-food*, contrariamente aos restantes 44,26% dos adolescentes. Quando os 55,75% adolescentes que responderam afirmativamente foram questionados sobre a frequência da ingestão, 95,28% referiu “1 a 3 vezes” por semana, 3,15% referiu 4 a 6 vezes” por semana e 1,57% referiu “mais de 6 vezes”.

Rodrigues, Carvalho, Gonçalves e Albuquerque (2008), salientam do seu estudo que o consumo diário de doces por adolescentes cifra-se em 37,1%. No estudo de Matos e Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003), constatou-se um aumento no consumo de doces e chocolates em todos os grupos de idades e em ambos os sexos. Uma situação preocupante pois este tipo de alimentos, para além de não fornecer nutrientes essenciais, contribui para um aporte calórico excessivo que se traduz em problemas de saúde como a obesidade (Carvalho, 2006). Outra das preocupações inerentes prende-se com o facto da Diabetes Mellitus ter vindo a aumentar significativamente nos países ocidentais, decorrente dos maus hábitos alimentares das crianças (WHO, 2005a).

Segundo o estudo HBSC 2010 (Matos, Simões *et al.*, 2012), a maioria dos adolescentes com idade similar ao da população inquirida refere que come doces pelo menos 1 vez/semana (62,6%), 17,5% pelo menos 1vez/dia e 19,9% raramente ou nunca.

Bica *et al.* (2012), apontam do seu estudo que em ambos os grupos etários, mais de 75% dos jovens come, uma ou mais vezes por semana, rebuçados e gomas (77%) e chocolates (95%).

Contrariamente aos estudos apresentados, a população inquirida refere, maioritariamente, que não faz parte da sua dieta semanal gelados, chocolates, rebuçados, chicletes e gomas, com 92,77%, 69,36%, 68,09%, 59,00% e 77,00%, respetivamente.

Após conhecimento dos hábitos alimentares, e sendo a higiene uma das necessidades humanas básicas, uma vez que pode prevenir o surgimento de doenças e infeções, os enfermeiros ao promoverem os estilos de vida, faz sentido que se informem também dos hábitos de higiene da população em estudo, não esquecendo a higiene oral. A AAPD (2003) reforça esta ideia, afirmando que é de extrema importância uma intervenção cada

vez mais precoce por parte dos profissionais e existir uma continuidade dos cuidados baseados nas necessidades individuais de cada criança.

Dos adolescentes inquiridos no estudo de Gomes (2011), 54,8% refere tomar banho diariamente, 35,6% toma banho em dias alternados e 0,4% toma banho uma vez por semana ou menos. Comparativamente com o estudo efetuado, apresentam-se bastantes semelhanças, pois 61,25% diz tomar banho todos os dias, 38,33% “duas ou mais vezes por semana, e somente 0,42% uma vez por semana. Quanto à higiene capilar, esta deve ser feita regularmente pois o cabelo acumula poeira e suor, assim 49,79% declara fazê-la algumas vezes por semana, 40,17% todos os dias e 10,04% quando está muito sujo.

A melhor forma de prevenir o aparecimento de cáries e de doenças periodontais é possuir hábitos alimentares saudáveis, manter uma boa higiene oral, usando uma pasta de dentes com fluor e escovando os dentes regularmente (bi-diária), (Kasila, Poskiparta, Kettunen & Pietilä, 2006).

Relativamente à escovagem de dentes, 97,50%, ou seja, maioritariamente, os adolescentes afirmam ter o hábito de os lavar, contrapondo com apenas 2,50% que respondeu negativamente. Destes, 97,50% que afirma lavar os dentes, 51,29% afirma fazê-lo duas vezes por dia, 31,90% três ou mais vezes e 16,81% apenas uma vez por dia.

Os estudos a seguir descritos corroboram os dados obtidos neste estudo, assim no de Gomes (2011), 80,0% dos adolescentes refere escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia e 4,6% escova-os às vezes ou raramente. Segundo o estudo HBSC 2010 (Matos, Simões *et al.*, 2012), os adolescentes com idades similares às desta população referem que lavam os dentes mais que 1vez/dia (62,6%), pelo menos 1 vez/dia (31,3%), pelo menos 1vez/semana (4,3%), e raramente ou nunca (1,8%). Bica *et al.* (2012), apontam que 53,9% de adolescentes do sexo masculino e 83% do sexo feminino escovam os dentes duas vezes por dia e que, quando questionados sobre a escovagem dos dentes antes de deitar, 36% refere que nunca o faz e 25,4% refere que o efetua sempre. Estes autores citam ainda os resultados do Estudo Nacional em Doenças Orais (DGS, 2008) que mostra que, em relação à lavagem dos dentes, a maior parte dos jovens diz fazê-lo mais do que uma vez por dia, sendo a frequência de lavagem maior nas raparigas e nos mais velhos.

Após o banho diário, deve mudar-se a roupa interior e exterior, por ser uma das melhores formas de promover a saúde. De salientar que a roupa interior, por estar mais em

contacto com corpo, requer uma maior atenção. Assim, quanto questionados, a maioria da população refere fazê-lo (92,92%), contrariamente aos restantes 7,08%.

As unhas devem estar sempre limpas e ser cortadas com regularidade, como medida primordial para prevenção de doenças. Deste modo, os adolescentes têm isto em atenção, uma vez que 79,58% fá-lo sempre que estão grandes e 20,42% corta-as uma vez por semana.

Para saber em que comportamentos intervir, importa conhecer também outra área prioritária de intervenção, de acordo com as orientações da DGS, os estilos de vida. Assim, relativamente aos hábitos de atividade física/sedentarismo, verifica-se que, para além de praticarem exercício na escola, 63,33% dos adolescentes tem o hábito de praticar atividades físicas extraescolares e 36,67% não tem esse hábito. Dos 63,33% referenciados com hábitos de prática de atividade física extraescolar, 59,87% indica depender semanalmente menos de 3 horas, 32,89% de 3 a 6 horas e 7,24% mais de 6 horas.

A Estratégia Mundial sobre o regime alimentar, atividade física e saúde, considera fisicamente ativas as crianças e adolescentes que praticam atividades físicas intensas, pelo menos duas a três vezes por semana (WHO, 2006), durante pelo menos 35 a 45 minutos (Matos *et al.*, 2001).

No estudo realizado por Matos *et al.* (2001), 55,4% dos rapazes e 44,6% das raparigas revelaram praticar atividades físicas. Num estudo de Balaguer e Castillo (2002), 44,4% dos rapazes e 38,1% das raparigas referiram praticar desporto, sendo maior a percentagem de rapazes que o realizam durante mais de 45 minutos, independentemente da idade.

A maior proporção de alunos da amostra do estudo de Rodrigues *et al.* (2008), ou seja, 92,1% pratica algum tipo de atividade física, na qual os rapazes fazem-na com maior frequência do que as raparigas. Segundo o estudo HBSC 2010 (Matos, Simões *et al.*, 2012), 13,7% dos adolescentes com idades similares às desta população não despende de nenhuma hora em exercício físico, 23,8% despende cerca de 30 minutos, 31,9% cerca de 1 hora, 21,3% cerca de 2-3 horas, 5,4% cerca de 4-6 horas e 3,9% despende 7 horas ou mais.

A importância da atividade física prende-se com o facto de o sedentarismo, à semelhança de outros comportamentos, tais como o tabagismo, a má nutrição e as práticas sexuais, ser considerado um fator de risco para a saúde futura dos

adolescentes. Aliás, Sardinha (2003) cita a OMS para lembrar que um estilo de vida sedentário pode ser tão prejudicial para a saúde como o tabagismo.

As crianças tornam-se pequenos adultos, com rotinas coincidentes com as dos pais (Kuriyan, Bhat, Thomas, Vaz & Kurpad, 2007), e onde o tempo consumido pela televisão e/ou o computador é maximizado; verifica-se também a limitação da prática de atividade física por inexistência de locais apropriados de lazer, pela insegurança nas ruas e falta de tempo dos pais para os motivar e acompanhar em atividades físicas (López-García *et al.*, 2008; National Sleep Foundation, 2011; Sun, Sekine & Kagamimori, 2009).

Assim, os adolescentes escolhem as atividades de lazer que mais os diverte e com as quais se identificam. No entanto, pelo exposto e como consequência das mudanças socioeconómicas, especialmente nos centros urbanos, as crianças e adolescentes tendem a passar os seus tempos livres em espaços fechados (casa), optando por atividades mais sedentárias, como ver televisão, jogar no computador e consolas (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2003; Matos *et al.*, 2006).

No Relatório Kidscreen 2010 e 2006, Matos, Gaspar *et al.* (2012), referem que:

mais de metade das crianças vê televisão/vídeos ou DVD (de uma a três horas), joga playstation (meia hora ou menos), faz os trabalhos de casa, estudo ou pratica um desporto (entre uma a três horas) e dorme (quatro ou mais horas), durante o seu tempo livre; enquanto menos de metade joga computador (entre uma a três horas), ouve música ou está na internet ou chats (meia hora ou menos) no seu tempo livre.

Nesta população poder-se-á afirmar que cerca de metade dos adolescentes tem um estilo de vida sedentário, pois 45,38% reconhece despende a ver televisão/jogar consola/computador “menos de 1 hora” diária, 41,18% “de 1 a 3 horas” e 13,45% despende “mais de 3 horas”. O que vai de encontro aos estudos consultados, pois no de Guerra (2004), relativamente ao número de horas a ver televisão diariamente, verifica-se que os jovens despendem em média 2,8 horas por dia. Considerando que quase metade da amostra não pratica atividade física (48,4%), pode observar-se que neste grupo de adolescentes predomina um estilo de vida sedentário, pois 56,3% vê entre 2 a 3 horas de televisão por dia. Os dados corroboram também Fontes (2007), que ao citar um estudo coordenado pela Comissão Europeia (Pan-European Survey), revelou que Portugal é o país europeu com maiores níveis de sedentarismo, revelando que 61,0% dos inquiridos (com mais de quinze anos) afirmou não despende semanalmente qualquer hora para realização de atividade física.

Hanson (2005), salienta como função da família no processo de socialização dos filhos, a organização e promoção de atividades de lazer e ocupação de tempos livres, para promover a integração do sistema familiar, referindo também que a qualidade e os tipos de atividades de recreação variam em função das fases do ciclo vital da família, do estatuto socioeconómico e da cultura.

Os tempos livres programados em família são passados em diversos locais, nomeadamente “noutro local” não especificado (19,67%), “no shopping” (18,41%), “em casa de familiares” (17,15%), “no shopping e em casa de familiares” (9,21%), 7,95% dividem-se entre as opções “shopping, casa de familiares, praia e outro local”, e 7,95% por oposição à maioria indicou que “não costuma sair”.

Para identificar quais os comportamentos problema que podem emergir do Diagnóstico de Situação, optou-se também por questionar acerca dos comportamentos de risco, pois como refere Simões (2010, pp.4-5) “grande parte da aprendizagem humana tem por base a observação, sendo que o próprio processo de socialização passa necessariamente pela observação, imitação e identificação com modelos sociais, como os pais, os professores e os amigos”. Assim, iniciou-se pelo tabagismo, com a questão se o adolescente tem curiosidade em fumar, pois do ponto de vista do adolescente, fumar é essencialmente uma forma de socialização e um desafio, ao passo que, para o fumador dependente, o cigarro constitui uma fonte de gratificação.

Assim, 80,83% dos adolescentes revela não ter curiosidade em fumar, mas 19,17% sente curiosidade. Quando questionados sobre se fumar faz bem à saúde, a maioria (99,17%) reconhece o seu malefício, percepção contrariada apenas por 0,83%. Do mesmo modo, 76,67% considera que fumar não é fixe, mas 23,33% considera que sim. Quanto ao aumento do número de amigos caso fossem fumadores, 81,67% considera que isso não tem influência, porém 18,33% acha que fumando teriam mais amigos.

Segundo o estudo HBSC 2010 (Matos, Simões *et al.*, 2012), quando contemplados todos os inquiridos, 70,0% dos adolescentes nunca experimentou tabaco e 30,0% sim, embora no mesmo relatório, mas referindo-se apenas a adolescentes com idades similares às da população deste estudo, verifica-se que 90,3% nunca experimentou tabaco e 9,7% sim. No Relatório Kidscreen 2010 e 2006 (Matos, Gaspar *et al.*, 2012), dos alunos do 5º ano, 98,0% não fuma, 1,0% fuma todos os dias, 0,7% pelo menos 1vez/semana e 0,3% menos de 1vez/semana.

As teorias da aprendizagem social defendem que os hábitos de consumo de tabaco, na adolescência, são adquiridos, primariamente, a partir dos seus modelos mais próximos como os familiares e os pares (Duncan *et al.*, 2006).

A existência de regras de proibição de fumar em casa pode fomentar nos jovens atitudes antitabágicas. Estas atitudes são mais fortes quando nenhum dos pais fuma ou, através deles, são difundidas mensagens antitabágicas, levando os jovens a perceberem uma menor prevalência e aceitação do tabagismo. Como nos adolescentes, a percepção da prevalência e aceitação do tabagismo está associada à iniciação ao tabagismo, a existência de regras de proibição de fumar em casa pode atenuar as atitudes e os comportamentos favoráveis ao tabaco e assim reduzir o número de jovens que iniciam o hábito de fumar (Thomson, Siegal, Winickoff, Biener & Rigotti, 2005).

O facto de os pais fumarem parece ser premonitório do consumo de tabaco pelos adolescentes no futuro. Aliás, estudos evidenciam uma relação significativa entre o consumo de tabaco dos pais com o dos seus filhos (Pinilla, González, Barber & Santana, 2002; Tomás & Atienza, 2002). Outros estudos (Griffin, Botvin, Doyle, Diaz & Epstein, 1999; Wetter *et al.*, 2004) chegam à mesma conclusão mencionada e acrescentam que, inversamente, os pais não fumadores têm geralmente filhos que não fumam. Chassin, Presson, Pitts e Sherman (2000) relacionaram ainda o tabagismo parental com o início do consumo durante a adolescência dos filhos, a rápida escalada para níveis de maior dependência e duração mais longa do período de tabagismo.

Para além da “transmissão” do hábito de fumar, questionou-se quais os elementos do agregado familiar dos adolescentes que fumam, pois existe evidência científica de que o tabagismo é um fator de risco quer para o próprio fumador quer para os fumadores passivos. Assim, as pessoas expostas de forma crónica ao fumo passivo têm uma maior probabilidade de vir a contrair cancro do pulmão (risco acrescido de 10% a 30%), de doenças cardiovasculares e outras patologias do foro respiratório (Guerra, 2004). A exposição à PTA está associada à existência de fumadores no agregado familiar, constatando-se que os indivíduos que vivem com fumadores têm um risco acrescido de estarem expostos (Carvalho, 2012).

Assim, 79,85% dos adolescentes tem progenitores que fumam, 38,19% tem apenas “pai” fumador, 20,83% apenas “mãe” fumadora e cerca de 20,83% dos adolescentes refere que ambos os progenitores são fumadores e 6,25% menciona ainda ter irmãos fumadores.

O alcoolismo foi outro comportamento de risco valorizado neste questionário, assim, quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, constata-se que 93,75% dos adolescentes revela não ter curiosidade em consumir bebidas alcoólicas e 6,25% sim, o que vai de encontro aos alunos do 5º ano de escolaridade referidos no Relatório Kidscreen 2010 e 2006 (Matos, Gaspar *et al.*, 2012) que referem, maioritariamente, nunca ter consumido álcool.

Os adolescentes bebem álcool não por gostar do seu sabor, mas sim pelos efeitos que este provoca. Pode, assim, dizer-se que o uso desta substância tem uma função maioritariamente social (Freysinet-Dominjon & Wagner, 2006), no entanto, 97,08% dos adolescentes manifesta que consumir álcool não é fixe, porém 2,92% responde afirmativamente. Os efeitos do álcool são encarados pelos jovens como positivos, constituindo assim uma razão para o seu consumo (Martinez, 2004), pois não valorizam as consequências a longo prazo. Esta população contraria esta afirmação, quando 99,58% reconhece que o consumo de álcool faz mal à saúde, contra 0,42%. Como o álcool propicia a entrada no ambiente das festas, constitui um dos principais motivos para o seu consumo (Naia, Simões & Matos, 2007). Esta afirmação é também contestada pela maioria desta população, que afirma que o consumo de álcool não tem influência no número de amigos, contrapondo com 3,33% dos adolescentes.

No que diz respeito ao consumo de álcool, os jovens recorrem ao seu consumo pelos seguintes motivos: pressão social, desinibição e modelo de imitação da idade adulta (Martinez, 2004).

O papel da família é de particular importância, dado que, na maioria dos casos, a introdução ao álcool surge durante as festas de eventos familiares. O consumo continuado de álcool parece depender do padrão de consumo dos pais, primeiro modelo de consumo dos jovens, e dos restantes familiares (Settertobulte *et al.*, 2001).

O estilo educativo assume um papel muito importante, na medida em que se sabe que uma disciplina muito rígida e repressora, tal como um estilo negligente e de pouca supervisão, estão associados a altos níveis de consumo de álcool por parte dos filhos. Os modelos parentais têm, também, um impacto significativo sobre os comportamentos dos filhos. Está comprovado que o hábito de beber por parte dos pais, e a sua atitude perante o consumo de álcool, influenciam de forma muito significativa o uso da substância por partes dos filhos (Secades, 2001).

No estudo de Fontes (2007), o acesso ao álcool inspira preocupação, uma vez que, em ambos os grupos, foi o pai quem forneceu a primeira bebida. Estes resultados refletem que o contacto com as bebidas ocorre na infância, muitas vezes proporcionado pelos próprios familiares (Duarte, 2000; Mello *et al.*, 2001), como reflexo de uma aceitação social amplamente difundida. Na mesma linha, Pastor e Moreno (2002) referem-se a diversas investigações que confirmam que a maioria dos casos de consumo de álcool é iniciada dentro do seio familiar, sob supervisão e aprovação dos pais nos primeiros anos da adolescência. Posto isto, a investigação de Pereira (2002) revela que 39,7% dos adolescentes aponta como razão para beber o facto de quase todos os adultos o fazerem e 27% explica-o pelo motivo dos pais beberem.

Concluindo, o contexto familiar é um dos mais importantes no que concerne às possibilidades do jovem vir ou não a ser um consumidor problemático de álcool. Mais concretamente, as condutas dos pais têm uma importância fulcral, podendo constituir-se em fatores de risco ou de proteção, relativamente ao consumo abusivo de álcool por parte dos filhos (Secades, 2001). E é evidente, nesta população, que ambos os progenitores consomem álcool, 37,63% aponta apenas o pai, 36,56% refere que o pai e a mãe consomem bebidas alcoólicas e 13,98% indica que apenas a mãe é consumidora. De referir que 3,23% dos irmãos dos adolescentes também consome bebidas alcoólicas.

Por último, selecionou-se a sexualidade como possível conduta de risco, pois como refere Guerra (2004), todos os adolescentes da sociedade devem ser convenientemente informados sobre os aspetos da evolução psicológica desta etapa e da maturação da vida sexual, assim como dos meios de contraceção, gravidez, aborto e DST/IST.

Soares (2004), cit. por Brás (2010, p.33), corrobora o anteriormente afirmado ao referir que:

obviamente que apontar falhas e deficiências ao sistema, não constitui uma mudança. É preciso dar um outro passo, é preciso debater, aproximar, articular com as escolas, organizações sociais, para desenvolver actividades nas áreas da reprodução, da prevenção da gravidez, da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, utilizando a educação pelos pares como estratégia para repassar informação com a mesma linguagem.

Verifica-se uma lacuna nesta população, pois quando questionados os adolescentes sobre se costumam falar com alguém sobre a sexualidade, constata-se que 54,39% dos adolescentes não conversa com ninguém sobre a sexualidade e 45,61% afirma fazê-lo. Os mesmos resultados foram encontrados por Ramos e Andrade (s/d) quando afirmam que muitos pais têm dificuldade em abordar o tema da sexualidade com seus filhos, mas

o estudo HBSC 2010 (Matos, Simões *et al.*, 2012) revelou que uma boa comunicação com os pais tende a estar relacionada com comportamentos de saúde positivos e uma boa perceção de saúde e bem-estar (Pedersen, Alcón & Rodrigues, 2004), pelo que é importante reforçar estas atitudes.

Nesta população, aqueles que referem conversar com alguém sobre a sexualidade, elegem prioritariamente os pais (43,12%), seguido dos amigos (20,18%), do professor (11,01%), do médico (6,42%) e 3,67% elege o enfermeiro, médico e pais.

Muza e Costa (2002), afirmam que não há dúvidas de que os adolescentes hoje falam mais sobre sexo com os pais do que há algum tempo atrás, havendo mais oportunidade de trocar informações sobre temas relacionados à sexualidade com as suas mães. No entanto, importa salientar que as conversas, contudo, muitas vezes transitam apenas pela superficialidade dos temas. Não existe um aprofundamento das questões, assim como não há esclarecimento sobre a necessidade dos cuidados antes da iniciação sexual e de conhecer os métodos contraceptivos.

Porém, a priorização dos pais em relação aos amigos para falar sobre sexualidade, nesta população, não se verifica nos estudos a seguir apresentados: Sampaio (2000, p.82) no seu estudo afirma que "...mais de 50% destes estudantes acham que as dúvidas sobre a sexualidade se esclarecem através do contacto com o grupo de amigos". No estudo de Guerra (2004), a fonte de informação sobre sexualidade mais significativa para os jovens em estudo, também foram os amigos (21,4%), seguido dos livros (19,3%); a mãe e a escola (17,5%); o pai (14,8%) e por último a televisão. Os dados do estudo HBSC 2010 (Matos, Simões *et al.*, 2012), apontam que 82,6% dos adolescentes se sentem muito à vontade a falar com os amigos, com os pais, 42,4% sente-se muito à vontade e 57,6% pouco à vontade, com os colegas, 61,1% sente-se muito à vontade, e com os professores, 70,6% sente-se pouco à vontade. Importa salientar que o grande problema da aprendizagem com os amigos é que de uma maneira geral os próprios adolescentes se encontram mal informados sobre o sexo, logo as informações transmitidas no grupo poderão não ser as mais adequadas.

Ramos e Andrade (s/d, p.6) afirmam que:

os adolescentes precisam estar preparados para lidar com a sexualidade de maneira consciente e responsável. Muitos têm dúvidas que imaginávamos não mais existirem num mundo em que o acesso à informação está amplamente facilitado. Procuram esclarecimentos e acabam recorrendo a colegas que sabem tão pouco quanto eles. Por outro lado, a pressão do grupo do qual fazem parte, às vezes, é razão suficiente para que assumam comportamentos e atitudes ainda que não tenham maturidade para arcar com as consequências.

Verifica-se também nesta população que os profissionais de saúde são procurados por uma minoria para o esclarecimento de dúvidas, o que vai de encontro ao estudo de Guerra (2004) que quando questionados se tinham procurado o serviço de Enfermagem por causa da sexualidade e gravidez, apenas 3,2% responderam que sim, o que corrobora a literatura quando se fala que os adolescentes são realmente um dos grupos que menos procura os serviços de saúde e se percebem como saudáveis.

Apesar de não procurarem os profissionais de saúde com frequência, no mesmo estudo, 42,2% dos adolescentes atribui ao enfermeiro um papel informativo e esclarecedor na área da sexualidade, DST e drogas, assim como o papel de aconselhar. De acordo com os resultados, pode pensar-se que os enfermeiros são um grupo profissional com um papel de extraordinária importância junto dos jovens. Informar, esclarecer, aconselhar, quando associado a uma atitude empática por parte do profissional, poderá ser a base de uma relação de ajuda com grande eficácia junto dos adolescentes (Guerra, 2004).

Por forma a tentar perceber se possuem conhecimentos sobre a existência de métodos de proteção de doenças/infeções sexuais/gravidez, a maioria afirma que sim. Foram questionados então sobre quais os tipos de métodos contraceptivos que conhecem e constata-se que 31,02% conhece a pílula e o preservativo, 26,20% o preservativo, 15,51% a pílula, e 11,76% dos adolescentes afirma conhecer todos os métodos contraceptivos “pílula, preservativo, DIU, anel vaginal e implante”. Estes dados coincidem com o estudo de Guerra (2004), onde os adolescentes também maioritariamente dizem conhecer os métodos contraceptivos e, destes, a pílula e preservativo são os mais conhecidos. No entanto, a autora ressalva que apesar de os conhecerem, da disponibilidade de distribuição e da abundância de informação, os adolescentes sexualmente ativos tendem a não os usar ou a usá-los de forma irregular, pelo que se considera esta uma área de intervenção importante.

Problemas identificados

Após tratamento, análise e discussão dos resultados obtidos na aplicação do questionário para avaliação dos estilos de vida na população de alunos do 5º ano de escolaridade do Agrupamento de Escolas Vallis Longus, identificaram-se os seguintes problemas:

1- Hábitos alimentares desadequados:

- 78,57% dos adolescentes não faz todas as refeições diárias recomendadas;

- 85,29% dos adolescentes não consome legumes cozidos ou saladas a todas as refeições;
- 61,51% dos adolescentes não come sopa a todas as refeições;
- 56,95% dos adolescentes não ingere qualquer tipo de alimento antes de deitar;
- 55,74% dos adolescentes ingere *fast-food* e 95,28% fá-lo 1 a 3 vezes por semana.

2- Conhecimentos sobre tabagismo insuficientes:

- 19,17% dos adolescentes revela ter curiosidade em fumar;
- 23,33% dos adolescentes considera que fumar é fixe;
- 18,33% dos adolescentes considera que se fumarem terão mais amigos;

Para além dos conhecimentos detetados como sendo insuficientes, de realçar que:

- 65,97% dos pais dos adolescentes fumam;
- 44,44% das mães dos adolescentes fumam;
- 23,60% ambos os pais dos adolescentes fumam.

3- Conhecimentos sobre sexualidade insuficientes:

- 54,39% dos adolescentes não tem por hábito falar com alguém sobre sexualidade;
- 20,42% dos adolescentes nunca ouviu falar de alguma forma de se protegerem de doenças/infeções sexuais/gravidez.

2. PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

Posteriormente à identificação dos problemas, fase final do diagnóstico de situação, importa determinar as prioridades em que, com base em determinados critérios, surgirá a hierarquização dos problemas prioritários em saúde (Tavares, 1990).

Segundo Imperatori e Giraldes (1986), a escolha e ponderação dos critérios depende excessivamente do gosto e experiência dos planificadores, pelo que se preconiza que o grupo seja extenso e multidisciplinar, sendo os critérios a propor o resultado do seu consenso.

Tavares (1990), salienta também que existem outros critérios a valorizar quando se está a determinar prioridades: o nível de conhecimento da relação entre o problema e os fatores de risco; a gravidade do problema; a pertinência da implementação do projeto; a exequibilidade de recursos; a conformidade legal e a aceitação do projeto pela instituição e população.

Existem diversas técnicas de determinação de prioridades, no entanto, optou-se pela técnica geral de ordenação – comparação por pares. Esta técnica, segundo Tavares (1990, p.97):

permite a concentração sobre dois problemas de cada vez, sendo cada um comparado com todos os outros. Para cada par indica-se qual o problema mais importante, sendo possível fazer a ordenação final a partir da contagem do número de vezes que cada problema foi seleccionado como sendo o mais importante.

Pelo facto de a intenção de imparcialidade ser subjetiva, uma vez que a constituição do grupo era de quatro elementos e a escolha dependia apenas de critérios individuais de cada enfermeiro, optou-se por incluir a Equipa de Saúde Escolar nesta priorização, não só para minimizar o problema referido, mas também para obter um *feed-back* de uma pessoa envolvida na comunidade onde se pretende intervir, pois possui uma real noção das necessidades da população.

Os problemas identificados foram: Alimentação (P1); Comportamento de Risco – Tabagismo (P2); Comportamento de Risco - Sexualidade (P3).

Elemento 1	Problema	Comparação por pares	Valor Final
	P1	P1 P1 P2 P3	P1= 0
	P2	P2 P2 P1 P3	P2= 2
	P3	P3 P3 P1 P2	P3= 1

Elemento 2	Problema	Comparação por pares	Valor Final
	P1	P1 P1 P2 P3	P1= 0
	P2	P2 P2 P1 P3	P2= 2
	P3	P3 P3 P1 P2	P3= 1

Elemento 3	Problema	Comparação por pares	Valor Final
	P1	P1 P1 P2 P3	P1= 1
	P2	P2 P2 P1 P3	P2= 2
	P3	P3 P3 P1 P2	P3= 0

Elemento 4	Problema	Comparação por pares	Valor Final
	P1	P1 P1 P2 P3	P1= 1
	P2	P2 P2 P1 P3	P2= 2
	P3	P3 P3 P1 P2	P3= 0

Elemento 5	Problema	Comparação por pares	Valor Final
	P1	P1 P1 P2 P3	P1= 1
	P2	P2 P2 P1 P3	P2= 0
	P3	P3 P3 P1 P2	P3= 2

Figura 2. Comparação por pares

O problema priorizado em primeiro lugar foi o Comportamento de Risco – Tabagismo, com 8 valores, seguido pelo Comportamento de Risco – Sexualidade, com 4 valores e, em último lugar, a Alimentação, com 3 valores, pelo que a intervenção incidirá na temática Comportamento de Risco – Tabagismo. A determinação destes problemas foi uma mais-valia para esta comunidade educativa, uma vez que se poderão estabelecer parcerias para fomentar a implementação de novos programas e projetos nestes âmbitos, o que vai de encontro ao preconizado pelo MS (2007), que afirma que as escolas têm um papel fundamental na educação/promoção da saúde, e estabeleceu como prioridade cinco domínios estratégicos: alimentação e atividade física; consumo de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas); sexualidade; infeções sexualmente transmissíveis e violência em meio escolar.

3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Quando se formula um objetivo, há características que devem ser consideradas, isto é, um objetivo tem que ser pertinente (adequando-se às situações que suscitaram a intervenção), preciso (remetendo para a exatidão do percurso a efetuar e definindo o novo estado a ser alcançado), realizável (não sendo muito ambicioso mas exequível) e mensurável (de forma a ser realizada uma correta avaliação) (Tavares, 1990).

Para intervir na população escolhida, no problema prioritário determinado na etapa anterior, formularam-se os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- Prevenir a iniciação dos hábitos tabágicos nos adolescentes do 5º ano de escolaridade do Agrupamento de Escolas de Vallis Longus.

Objetivos Específicos:

- Conseguir que 80% dos adolescentes adira, no mínimo, a uma atividade, até final de janeiro de 2013;
- Conseguir que 90% dos adolescentes demonstre conhecimentos acerca dos malefícios do consumo do tabaco, até final de janeiro de 2013;
- Conseguir que 90% dos adolescentes demonstre conhecimentos acerca dos fatores de risco do consumo do tabaco, até ao final de janeiro de 2013.

4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Para uma abrangência holística, preconizada no cuidar, é importante que as estratégias de intervenção definidas tenham uma participação intersectorial, que promova a interligação dos diferentes níveis de prevenção numa articulação interdisciplinar, desenvolvendo o incremento de estilos de vida saudáveis e a prevenção dos efeitos negativos de condutas de risco. (Costa, 2008, p.19).

As estratégias referem-se à utilização de meios definidos do planeamento, ou seja, estas são relacionadas com o conceito de eficiência, nomeadamente a capacidade de aplicar corretamente a tarefa (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Para intervir nesta população as estratégias definidas foram:

- Desenvolver ações de EpS sobre tabagismo para os adolescentes;
- Desenvolver atividades lúdicas de sensibilização para os malefícios do tabagismo.

Cunha Filho e Ferreira-Borges (2008) referem que os estudos têm demonstrado que os conteúdos dos programas de prevenção devem incluir:

- As consequências não desejáveis, imediatas e a longo prazo, do ponto de vista fisiológico, psicológico e social;
- As normas sociais vigentes bem como as crenças no que se refere ao consumo de tabaco, devendo ser utilizadas técnicas que ressaltem as normas existentes de não uso;
- Influências sociais que promovem o uso. É importante que os programas ajudem os adolescentes a desenvolver habilidades que lhes permitam reconhecer e refutar mensagens promotoras do consumo quer por parte dos *media* quer muitas vezes da própria família e pares;
- Habilidades comportamentais para resistir às influências sociais que promovem o consumo de tabaco;
- Habilidades pessoais e sociais de índole genérica. Os programas devem ajudar os alunos a desenvolver técnicas de assertividade, comunicação, estabelecimento de objetivos e habilidades de resolução de problemas que os possam ajudar a evitar o tabaco.

Os mesmos autores afirmam que para estimular a participação ativa dos adolescentes e motivá-los para a intervenção, o projeto deve recorrer a estratégias interativas, como discussões alargadas, *brainstorming*, tomada de decisões, treino de assertividade e de

habilidades de resistência, ou *role-play* de novos comportamentos. Importa também que se faça referência que a informação destas sessões deve ser transmitida pelos alunos aos pais e familiares a fim de aumentar a probabilidade dos assuntos relacionados com o tabaco serem discutidos em casa e motivarem muitas vezes os próprios adultos a desenvolver mudanças nesta área.

Contudo, as abordagens mais efetivas são aquelas que incluem habilidades mais genéricas e habilidades de resistência relacionadas com o uso de substâncias especificamente. Os estudos feitos têm demonstrado que os resultados obtidos com este tipo de estratégias, são mais amplos e duradouros, com reduções significativas em termos do comportamento do consumo de tabaco, pelo que estas constituem as abordagens preventivas em meio escolar mais promissoras (Botvin & Griffin, 2003).

Fachada (2010), reforça todas estas ideias afirmando que sessões dinâmicas onde se promova a partilha de opiniões e emoções, criam no adolescente aptidões para desenvolver comportamentos assertivos ajudando também a explorar o tema a debater, promovendo também o autoconceito e a autoestima.

5. PROJETO DE INTERVENÇÃO “VIDA SEM FUMO!”

A adolescência pode ser considerada como uma etapa de risco para a saúde e também um período crítico para intervenções de promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis. Ferreira (2008) diz ainda que a adesão aos programas pode, por vezes, ser complicada, pois os adolescentes nem sempre percebem o risco dos seus comportamentos.

“O processo educativo sempre foi comparado ao processo de enfermagem – acertadamente, porque andam lado a lado, embora tenham diferentes metas e objetivos”, ambos são processos contínuos e a análise e avaliação continuamente redirecionam as suas fases de planeamento e implementação (Bastable, 2010, p.33)

Ramos (2011), chama a atenção para o facto de o trabalho de promoção da saúde ter como ponto de partida “o que os adolescentes sabem” e “o que eles podem fazer” para se proteger, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar e atuar de modo a induzir atitudes e/ou comportamentos adequados.

Os programas de prevenção do tabagismo dirigem-se, essencialmente, às idades que antecedem o início dos consumos de tabaco sendo, por isso, programas que devem incluir determinados princípios que, de acordo com Becoña *et al.* (2000), são:

- Recurso a técnicas de modificação comportamental, em que se procura desenvolver nos adolescentes um padrão comportamental oposto à conduta de fumar, recorrendo-se ao reforço positivo, bem como a técnicas cognitivas ou de aprendizagem social;
- Consideração da fase de desenvolvimento dos adolescentes, uma vez que consoante a faixa etária, a forma de abordar as questões terá diferenças qualitativas;
- Valorizar as influências dos pais, pois o papel das figuras parentais tem-se revelado determinante na futura adoção de comportamentos do adolescente. Além disso, os programas de prevenção tabágica devem tratar com o máximo respeito os fumadores, pois há a possibilidade de certas crianças terem fumadores entre as pessoas mais significativas, e é necessário não denegrir a imagem daqueles que lhes são queridos, não deixando de apontar as desvantagens e os prejuízos decorrentes da adição ao tabaco;

- Influência social como aspecto de crucial importância, na medida em que os adolescentes adotam os comportamentos normativos do seu grupo de referência, pelo que os programas devem incorporar o treino de técnicas que ajudem o adolescente a resistir à pressão, nomeadamente do grupo de pares, sem que com isso tenham de se afastar do grupo a que gostam de pertencer;
- Referenciar os meios de comunicação social, uma vez que os adolescentes dedicam um tempo considerável à televisão, sendo muito recetivos aos anúncios publicitários. É importante criar espaços de debate nos quais se possa fazer uma análise crítica a alguns anúncios, valorizando aqueles que vão ao encontro dos objetivos do programa;
- Consideração do ambiente educativo, sendo que a família e a escola são instituições de socialização de central importância na definição dos comportamentos;
- Manutenção dos efeitos do programa de modo a que o mesmo não se centre exclusivamente no que foi desenhado em termos de prevenção, mas também se focalize no desenvolvimento de estratégias que levem à manutenção dos seus próprios resultados. Neste sentido, poderão realizar-se sessões que recordem o aprendido, bem como desenvolver técnicas de autorreforço nos adolescentes;
- Adoção de uma perspetiva de ação, na medida em que deve haver uma valorização dos objetivos previamente definidos, os quais não podem ser perdidos de vista em todas as ações. Contudo, o programa deverá, também, ter a flexibilidade necessária a eventuais ajustes e opções que tenham que ser feitas no decorrer da sua implementação.

Com o planeamento do projeto pretende-se criar um ambiente dinâmico, participativo e reflexivo, potenciador de um aumento de aprendizagem, pois as atividades têm o objetivo de promover o desenvolvimento integral do adolescente sobre o Comportamento de Risco – Tabagismo.

O projeto apresentado concretiza-se com a realização de três atividades, uma vez que pelo que já foi exposto ao longo do trabalho, houve limitação temporal para realização de mais atividades. O projeto pretende não ser uma iniciativa estanque e meramente académica, mas sim um projeto ativo e contínuo.

Para a concretização do projeto, torna-se necessário a especificação das atividades a realizar, de modo a atingir o objetivo proposto. Esta etapa tem por finalidade sensibilizar os alunos sobre a temática, transmitir informação que apoie essa sensibilização e estimular uma ação proativa, responsável, individual e coletiva, para gerir um problema global, assim como promover a não adesão ao tabagismo.

De seguida apresenta-se a contextualização das atividades desenvolvidas durante a implementação do projeto.

Atividade nº 1: Apresentação do Projeto à Equipa de Saúde Escolar (Anexo D)

Foi realizada a apresentação da proposta do projeto à Equipa de Saúde Escolar do Agrupamento de Escolas Vallis Longus, através de uma reunião onde participaram as mestrandas do Curso de Enfermagem Comunitária e os professores constituintes da equipa. Nesta reunião pretendeu-se elucidar todos os presentes acerca do projeto a realizar, esclarecer possíveis dúvidas e delinear estratégias de atuação para que a concretização do mesmo decorresse com sucesso.

Atividade nº 2: Vida sem Fumo!

Pretendeu-se desenvolver uma sessão de EpS (Anexo E), através de uma apresentação multimédia com recurso a dispositivos em powerpoint no sentido de fornecer informação e aumentar o conhecimento dos adolescentes sobre o tabagismo, os seus componentes, as suas consequências a nível orgânico a curto, médio e longo prazo, assim como a nível económico, sobre as influências sociais para iniciação tabágica, questionando e informando também sobre os locais e a sinalização sobre onde é e não é permitido fumar (Anexo F).

Atividade n.º 3: Não ao Cigarro!

Pretendeu-se desenvolver uma sessão de EpS (Anexo G) para fornecer informação e aumentar o conhecimento dos adolescentes sobre o tabagismo através de atividades lúdicas: com a distribuição aos grupos de alunos de afirmações acerca da temática tabagismo por forma a que estes conseguissem identificar a veracidade das afirmações (Anexo H); foram também expostos em sala de aula diversos objetos do quotidiano como raticida, cacau, iogurte, naftalina, champô, amoníaco, acetona, álcool, diluente e formol para que os alunos reflectissem acerca dos possíveis componentes de um cigarro (Anexo I), e visualizou-se um filme alusivo ao tema (Anexo J) como forma de compilar toda a

informação transmitida ao longo do projeto. Por fim aplicaram-se questionários de avaliação dos conhecimentos e das sessões, aos alunos (Anexo K) e professores (Anexo L) e distribuíram-se folhetos informativos aos discentes, para recordarem tudo o que apreenderam e poderem transmitir essa mesma informação aos familiares mais próximos (Anexo M). No último dia da intervenção foi também exposto um Poster intitulado “Cigarro Mata, Atitude Não!” com informações-chave sobre a temática (Anexo N).

6. AVALIAÇÃO

É a etapa final do processo formativo que, pela envolvimento de diversas práticas, se designa de desafiante, exigente e complexa, e tem como principal objetivo obter informações sobre os efeitos da ação de formação para determinar a sua eficácia. Para isso, é necessário o estabelecimento de medidas de sucesso (critérios) e a utilização de dispositivos de experimentação para determinar que mudanças ocorreram durante o projeto (Chiavenato, 2005).

Pretendeu-se, assim, avaliar se o projeto atendeu às necessidades para as quais foi desenhado através da avaliação do grau de satisfação dos indivíduos em relação às atividades, à aquisição dos conteúdos e à aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos em contexto real, verificando-se desta forma a relação custo/benefício das ações.

É uma etapa bastante importante pois avalia o projeto e o seu impacto, definindo-se assim como um processo cíclico, pois possibilita a perspetivação de atividades e intervenções como algo que não se esgota no momento em que se efetiva a realização de um só projeto (Chiavenato, 2005).

Refere também que a avaliação do projeto apenas poderá ser adequadamente realizada se todas as etapas do processo de planeamento forem previamente delineadas para que, ao seu término, haja a possibilidade de mensuração dos resultados obtidos. É, ainda, fundamental a utilização de instrumentos de recolha de dados precisos, de modo a garantir o rigor e a sistematização das informações obtidas num processo de avaliação. A avaliação tem de ter um certo grau de objetividade, para ser aceite como válida e tem de possuir características que a credibilizem nos processos que utiliza.

Os resultados relevantes das intervenções incluem os conhecimentos, as atitudes e as intenções futuras, assim como a aquisição de competências e a avaliação do comportamento atual (Casal, 2007).

Para se proceder então à avaliação, surgem como instrumentos para avaliação do projeto:

- Registo de presenças dos alunos nas atividades para verificar a percentagem de adesão às sessões (Anexo O);
- Questionário de avaliação dos conhecimentos dos adolescentes sobre o tabagismo;

- Questionário de avaliação das sessões efetuadas pelos adolescentes e professores.

Para avaliação dos objetivos estipulados, estabeleceram-se os seguintes indicadores:

- Percentagem de adolescentes que aderiram a uma atividade até janeiro de 2013;
- Percentagem de adolescentes que, em 2013, consideram que fumar pode trazer desvantagens;
- Percentagem de adolescentes que, em 2013, consideram o ato de fumar desagradável;
- Percentagem de adolescentes que, em 2013, consideram o ato de fumar como prejudicial à saúde;
- Percentagem de adolescentes que, em 2013, consideram o ato de fumar como sendo uma estupidez;
- Percentagem de adolescentes que, em 2013, consideram que o ato de fumar os podem fazer sentir mais nervosos;
- Percentagem de adolescentes que, em 2013, consideram que o ato de fumar os iria fazer sentir mais confiantes com os outros;
- Percentagem de adolescentes que, em 2013, consideram que o ato de fumar como sendo incorreto;
- Percentagem de adolescentes que, em 2013, consideram o ato de fumar como sendo estúpido;
- Percentagens de adolescentes que, em 2013, consideram que se o ato de fumar os levassem a ficar doentes se iriam lamentar;
- Percentagem de adolescentes que, em 2013, consideram que o ato de fumar altera o sabor dos alimentos;
- Percentagem de adolescentes que, em 2013, consideram que o ato de fumar lhes fará com que os amigos lhes prestem menos atenção;
- Percentagem de adolescentes que, em 2013, consideram que o ato de fumar lhes fará com que seja mais difícil ter amigos.

Os resultados obtidos no diagnóstico de situação relativos ao Comportamento de Risco – Tabagismo e os dados obtidos no questionário de avaliação de conhecimentos sobre a temática, aplicado após a intervenção, não permitem extrapolar as conclusões para outros contextos. Contudo, permitem refletir sobre os ganhos obtidos até ao momento e definir estratégias de melhoria para o futuro.

No diagnóstico de situação foram identificados problemas maioritariamente nos hábitos tabágicos do agregado familiar e respostas concordantes com a iniciação tabágica, pelo que se desenvolveram ações de EpS de forma a prevenir a iniciação tabágica e a salientar os seus malefícios.

Os adolescentes neste estudo têm, predominantemente, 10 anos de idade, o que constituiu um importante aliado na prevenção do consumo de tabaco, pois segundo Becoña *et al.* (2000), os programas de prevenção do tabagismo devem dirigir-se, essencialmente, às idades que antecedem o início dos consumos de tabaco, uma vez que a idade em que se dá a experimentação do tabaco é um forte determinante para a manutenção do hábito na idade adulta (Rosemberg, 2003).

O estudo de Nunes (2009) demonstra que até aos 13 anos de idade, os rapazes são o género mais prevalente quando se fala em experimentação tabágica, no entanto, a partir dos 14 anos estes valores invertem-se, e a prevalência passa a ser do sexo feminino (64,7%), em detrimento dos 58,3% referentes aos rapazes. No entanto, é importante alertar para a iniciação precoce sem dar grande relevo ao género, pois a população dos adolescentes do 5º ano de escolaridade em estudo é representada pelo sexo feminino (52,50%) e pelo sexo masculino (47,50%).

Para avaliar a intervenção, aplicou-se um questionário de avaliação de conhecimentos sobre o ato de fumar. Assim, tal como aponta relatório da OMS referente ao peso global da doença (Ezzati *et al.*, 2002), para a Europa Ocidental, cerca de 12,1% do peso global da doença é atribuível ao tabaco, tendo o consumo das substâncias lícitas, ao longo da vida, um peso preponderante (90%) nas situações de morte e incapacidade associadas ao uso. Tal foi reconhecido pelos adolescentes, pois consideram maioritariamente que fumar traz muitas desvantagens, é muito prejudicial à saúde, é algo muito errado, e após terem sido reforçados os malefícios do tabagismo nas ações, 96,35% diz também que se lamentaria se ficasse doente devido ao tabaco.

Anderson, Pollak e Wetter (2002), referem que são os adolescentes que começam a fumar que tendem a identificar mais vantagens associadas ao tabagismo do que os seus pares não fumadores, daí nesta população, por serem não fumadores, não as considerarem. Assim, Wetter *et al.* (2004) afirmam que os adolescentes que reconhecem mais aspetos negativos têm menor suscetibilidade de vir a consumir tabaco enquanto que os não fumadores, em comparação com os fumadores ocasionais e regulares, são os que revelam expectativas mais negativas.

A maioria também afirmou que fumar é um ato muito desagradável, para si e para os que o rodeiam, tal como no estudo de Amaral (2010), onde 61% também chega a esta conclusão. Vão mais além e encaram também maioritariamente (96,15%) o ato de fumar como uma grande estupidez.

Becoña *et al.* (2000), afirmam que ao fumar, os indivíduos percebem uma redução dos níveis de aborrecimento e ansiedade e que alguém que careça de estratégias de confronto face ao aborrecimento será mais tendencioso para iniciar um comportamento de fumador, dado que a nicotina possui propriedades farmacológicas extremamente aditivas. Anderson *et al.* (2002) corroboram esta teoria afirmando que a convicção de que fumar ajuda a diminuir a pressão ou o stresse é uma das expectativas positivas características quer no início quer na manutenção do hábito. No entanto, os adolescentes interiorizaram bem que é tudo uma questão de força de vontade e existem diversas estratégias para colmatar o aborrecimento e ansiedade, referindo até que fumar os deixaria muito nervosos e não relaxados, ao contrário do estudo de Amaral (2010), onde os adolescentes maioritariamente referem não saber se se sentiriam mais relaxados ou tensos.

No que concerne ao consumo de tabaco, os adolescentes iniciam-no porque o mesmo está relacionado com a imagem social positiva dos fumadores, com a consciência de se tornarem adultos e com a aceitação pelos companheiros (Martinet & Bohadana, 2003). Este início deve-se muitas vezes à pressão social dos pares, à representação social de rebeldia ligada ao tabaco e à influência dos pais ou outras figuras de identificação que consomem (Costa, 2005). Deste modo, um grande número de jovens tem pais fumadores. Para além disso, os comportamentos dos amigos respeitantes ao hábito de fumar tem uma importância considerável. Assim, tal como referem Damas, Saleiro, Marinho, Fernandes e Gomes (2009), tanto os pais como os amigos fumadores podem determinar o comportamento dos adolescentes.

De salientar que aquando da intervenção, e trazendo preocupações aos profissionais de saúde, os adolescentes referiram que raramente os familiares se afastam deles para consumir tabaco. Sabe-se que a PTA acarreta graves consequências para a saúde, isto vai de encontro ao estudo de Carvalho (2012), onde 65,7% dos fumadores admitiu fumar no interior da sua residência e na presença dos seus familiares, sendo os cônjuges, os pais idosos e os filhos, ainda crianças, os principais familiares expostos ao fumo do tabaco.

No final da intervenção do projeto Vida sem Fumo!, conclui-se que:

- 98,3% dos adolescentes aderiram a uma atividade até janeiro de 2013;
- 87,22% dos adolescentes consideram que o ato de fumar tem muitas desvantagens.
- 93,13% dos adolescentes consideram que o ato de fumar é muito desagradável.
- 97,44% dos adolescentes consideram o ato de fumar muito prejudicial para a saúde.
- 96,15% dos adolescentes consideram que o ato de fumar é algo muito estúpido.
- 74,88% dos adolescentes consideram que o ato de fumar os poria muito nervosos.
- 89,95% dos adolescentes consideram que se fumassem se sentiriam menos confiantes com os outros.
- 96,55% dos adolescentes consideram que o ato de fumar é muito errado.
- 94,74% dos adolescentes consideram que o ato de fumar altera muito o paladar.
- 95,59% dos adolescentes consideram que se fumassem teriam menos atenção por parte dos amigos.
- 91,11% dos adolescentes consideram que se fumassem seria mais difícil integrarem-se num grupo.

Foi estabelecido também como indicador de avaliação os questionários de avaliação das sessões pelos adolescentes e professores, dos quais se obtiveram as seguintes conclusões:

- A temática tabagismo foi considerada, por unanimidade, muito importante. Todos os adolescentes revelaram muita atenção à informação das enfermeiras e consideraram-na muito clara e elucidativa. Todos os discentes foram receptivos às atividades lúdicas e participaram ativamente com muito empenho. Revelaram ainda que, no futuro, gostariam de participar em mais atividades desta índole.
- Os professores das turmas envolvidas no projeto, após análise e avaliação das atividades apresentadas e desenvolvidas, referiram que as estratégias utilizadas foram muito adequadas à população alvo e tornaram a temática interessante, agradável e clarificadora para os discentes. Os professores, pela pertinência da temática na sociedade atual, foram unânimes em afirmar que a informação foi assimilada e futuramente iria ser de extrema importância para estes adolescentes.

Como temáticas em que gostavam de ser elucidados em novas intervenções, os alunos referiram 50% Álcool, 18,75% Sexualidade, 22,5% Drogas e 7,50% Alimentação, o que vai de encontro ao diagnosticado no planeamento em saúde.

Os professores sugeriram que este tipo de ações fosse mais frequente, propondo o estabelecimento de parceria com a escola para que tal acontecesse sobre outras temáticas ligadas à saúde, sendo que alguns sugeriram o alcoolismo, higiene e sexualidade.

Skara e Sussman (2003), referem que uma intervenção para ter resultados favoráveis, a longo prazo, terá de evidenciar, logo no início da sua implementação, um forte efeito positivo. Do mesmo modo, as intervenções que inicialmente obtenham um efeito fraco ou nulo, muito possivelmente não produzirão efeitos positivos a longo prazo. Nesta população, considerou-se que os adolescentes estiveram atentos e interessados, interagindo constantemente com os profissionais de saúde e com o grupo, pelo que se considera que para além dos objetivos terem sido atingidos, a intervenção terá resultados a médio e longo prazo.

Tal vai de acordo ao que vários autores defendem, que mesmo sendo breves as intervenções de EpS, são eficazes (Ferreira, 2008), não devendo contudo ser isoladas, mas sim inseridas em programas de intervenção envolvendo os estudantes e a escola. Pelo que sendo temáticas importantes na área da saúde e estando os professores cada vez mais despertos para as mesmas, desenvolvem anualmente uma Feira da Saúde que conta com a colaboração dos profissionais das unidades de saúde locais.

NOTAS FINAIS

A saúde deve ser encarada como um fenómeno que não depende única e exclusivamente do indivíduo, mas sim de um conjunto de fatores integrados e que vão além da educação. Isto é, aspetos económicos, sociais, ambientais e legislativos são determinantes para a criação de contextos favoráveis ao desenvolvimento individual de comportamentos de saúde adequados (Sorte, 2008).

A DGS (2006) reforça que, sendo a maioria dos problemas em saúde e comportamentos de risco associados ao ambiente envolvente e aos estilos de vida, estes podem ser prevenidos ou limitados de forma significativa através de Programas e Projetos de Saúde Escolar efetivos. Afirma ainda que “um programa de saúde escolar efectivo ... é o investimento de custo-benefício mais eficaz que um País pode fazer para melhorar, simultaneamente, a educação e a saúde” (p.3).

A adolescência, para McManus (2002), é um período crítico na cronologia da saúde, uma vez que neste período do ciclo vital são feitas muitas das escolhas com impacto na saúde e que perduram ao longo do tempo, independentemente dos fatores de risco e de proteção existentes. Cunha Filho (2005), refere que o contributo do consumo de álcool, tabaco e outras substâncias para o aumento do peso global da doença, apesar de todos os esforços, tem vindo a crescer e países como Portugal não são exceção, verificando-se mesmo uma tendência de aumento de consumo de álcool e tabaco, principalmente entre as mulheres jovens.

“Estudar os comportamentos de saúde dos adolescentes e os factores que os influenciam é essencial para o desenvolvimento de políticas de educação para a saúde, para a promoção da saúde e para programas e intervenções dirigidas a adolescentes” (Matos *et al*, 2006, p.13).

A principal tarefa do indivíduo enquanto adolescente é descobrir, adequar e fortalecer a sua própria identidade, e a adaptação à mudança, a possibilidade de manter um ambiente de empatia, respeito mútuo e aceitação das diferenças individuais, contribuem para que tal aconteça com sucesso (Reis, Ramiro, Carvalho & Pereira, 2009).

A enfermagem precisa intervir para promover a saúde dos adolescentes e prevenir comportamentos problema. O enfermeiro deve atuar, de maneira interdisciplinar, com outras profissões da saúde, sensibilizando os adolescentes para as causas e

consequências do problema, num entendimento biopsicossocial, formando e informando sobre as temáticas, almejando sempre obter os melhores resultados para estes (Cavalcante *et al.*, 2008).

Neste trabalho de Planeamento em Saúde, considera-se que o objetivo promover a saúde e prevenir a adoção de estilos de vida não saudáveis nos adolescentes do 5º ano do referido Agrupamento de Escolas Vallis Longus foi cumprido, pois permitiu caracterizar as condições sociodemográficas da família dos adolescentes e identificar os comportamentos salutareos e os comportamentos problema dos adolescentes, apesar da limitação temporal de que se foi alvo durante o Diagnóstico de Situação, pelas respostas tardias de autorização.

Desta avaliação foram identificados três problemas: na alimentação (hábitos alimentares desadequados), comportamento de risco – tabagismo (conhecimentos sobre tabagismo insuficientes) e comportamento de risco – sexualidade (conhecimentos sobre sexualidade insuficientes).

O projeto Vida Sem Fumo! surge neste âmbito e foi desenvolvido com o objetivo de prevenir a iniciação dos hábitos tabágicos nos adolescentes do Agrupamento de Escolas de Vallis Longus. Corresponde à fase de operacionalização do Planeamento em Saúde, e efetua-se após o cumprimento com êxito de todas as etapas que a precedem. Foi elaborado de acordo com as idades dos adolescentes e os objetivos que se definiram, tendo sido superadas todas as dificuldades que surgiram até então e as inerentes ao agendamento da aplicação das atividades à população.

A avaliação do projeto foi extremamente positiva, quer por parte dos adolescentes quer pelos professores das turmas envolvidas, demonstrando interesse em novas atividades sobre a temática tabagismo e sobre outras na área da saúde. Verificou-se, ainda, que a intervenção foi frutífera pois os dados obtidos no questionário de avaliação do projeto espelham que, a maioria dos adolescentes, adquiriu conhecimentos adequados sobre a temática. No entanto, é de notar que quando se fala em adolescentes, os seus conhecimentos nem sempre são refletidos nos seus comportamentos.

Ramos (2011), afirma que com o intuito de se resolver e minimizar estas situações é importante que se investiguem os conhecimentos e comportamentos dos adolescentes e que se realizem programas de intervenção e de educação adequados aos mesmos. Relembrando que a promoção da saúde nos adolescentes tem como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer” para se proteger, desenvolvendo a sua

capacidade de interpretar e atuar de modo a induzir atitudes e/ou comportamentos adequados, lembrando que mesmo se perante populações com conhecimentos demonstrados, mas com atitudes pouco adequadas, deve-se intervir para promover a mudança de atitudes perante o risco.

Importa, por isso, referir que um projeto no âmbito da saúde dos adolescentes nunca está terminado e pode sempre apresentar uma nova abordagem que lhe dará continuação, com vista a proporcionar aos adolescentes e às escolas uma troca de informações e experiências para melhorar e aperfeiçoar a saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aerts, D., Alves, G.G., La Salvia, M.W., & Abegg, C. (2004). Promoção de saúde: A convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 1020-1028.
- Albuquerque, C.M.S., & Oliveira, C.P.F. (2002). Comportamentos de promoção da saúde. *Pensar Enfermagem*, 6 (1), 17-28.
- Alegría, E.E. (2003). *Saúde para todos: Tabagismo e doença*. Rio de Mour: Everest Editora.
- Amaral, V.G. (2010). *A adolescência e o tabaco: Caracterização do consumo numa população escolar*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde.
- American Academy of Pediatric Dentistry. (2003). *Policy on mandatory school-entrance oral health examinations*. Recuperado de http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_SchoolExms.pdf.
- American Psychological Association. (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Recuperado em <http://www.apa.org/ethics/code2002.html>.
- Anderson, C., Pollak, K., & Wetter, D. (2002). Relations between self-generated positive and negative expected smoking outcomes and smoking behavior: An exploratory study among adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 196-204.
- Andrade, M.C.P. (2001). Psicologia da saúde: Contributos de uma abordagem interdisciplinar da educação para a saúde. *Revista Referência*, 7, 17-24.
- Angel, P. (2002). Prevenção. In P. Angel, D. Richard & M. Valleur, *Toxicomanias* (pp. 329-333). Lisboa: Climepsi Editores.
- Balaguer, I. (Ed.). (2002). *Estilos de vida en la adolescencia*. Valencia: Promolibro.
- Balaguer, I., & Castillo, I. (2002). Actividad física, ezercicio físico y deporte en la adolescencia temprana. In I. Balaguer (Ed.), *Estilos de vida en la adolescência* (pp. 37-64). Valencia: Promolibro.
- Baptista, M.I., & Sousa, A. (2007). *Consumo de substâncias psicoactivas e prevenção em meio escolar*. Lisboa: Núcleo de Educação para a Saúde.

- Bastable, S.B. (2010). *O enfermeiro como educador: Princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem* (3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Becoña, E., Palomares, A., & García, M.P. (2000). *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid, Ediciones Pirámide.
- Bell, J.F., & Zimmerman, F.J. (2010). Shortened nighttime sleep duration in early life and subsequent childhood obesity. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 164 (9), 840-845.
- Bica, I., Cunha, M., Costa, J., Rodrigues, V., Santos, M., & Montero, J. (2012). Hábitos alimentares na adolescência: Implicações no estado de Saúde. *Millenium*, 42 (janeiro/junho), 85-103.
- Bjartveit, K., & Tverdal, A. (2005). Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tobacco Control*, 14, 315-320.
- Blasco, P., Fuentes, I., & Pons, D. (2002). Hábitos alimentarios en la adolescência temperana. In I. Balaguer (Ed.), *Estilos de vida en la adolescência* (pp. 65-89). Valencia: Promolibro.
- Boj, J.R., Catalá, M., García-Ballesta, C., & Mendoza, A. (2004). *Odontopediatria*. Barcelona: Masson.
- Borges, M.L. (2005). Intervenção psicológica na dependência tabágica. In E. Pestana (Coord.), *Tabagismo. Do diagnóstico ao tratamento* (pp. 167-194). Lisboa: Lidel.
- Botvin, G., & Griffin, K. (2003). Drug abuse prevention in schools. In Z. Sloboda & W. Bukoski (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention: Theory, science and practice*. New York: Kluwer Academic.
- Bouchard, C. (2003). *Atividade física e obesidade*. São Paulo: Manole.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brás, C.P.C. (2010). *Promoção da saúde de grávidas adolescentes: Um projecto de intervenção*. Projeto de dissertação de mestrado não publicado, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Buischi, Y. (2003). *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. São Paulo: Artes Médicas.
- Calheiros, J.M. (2000). Tabagismo passivo um risco para a saúde significativo e prevenível. In *Determinantes da saúde na União Europeia: Actas da Conferência de Évora*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Candeias, V., Nunes, E., Morais, C., Cabral, M., & Silva, P.R. (2005). *Princípios de uma alimentação saudável*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Carmo, I. (2003). *Porque não consigo parar de comer*. Lisboa. Publicações Dom Quixote.
- Carpenter, J.A., & Bell, S.K. (2002). What do nurses know about teaching patients? *Journal for Nurses in Staff Development*, 18 (3), 157-161.
- Carreiro, J. (2011). *Hábitos alimentares dos jovens. Resultados do inquérito feito na escola*. Agrupamento de Escolas de Odivelas. Recuperado em 18 de agosto, 2013, de http://www.esec-braamcamp-freire.rcts.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=361.
- Carvalho, A. (2012). *Consumo tabágico na população com idade igual ou superior a 18 anos no concelho de Macedo de Cavaleiros*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança.
- Carvalho, A.C., & Leal, I.P. (2006). Construção e validação de uma escala de representações sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7, (2), 287-297.
- Carvalho, D. (2006). *Obesidade infantil: Criança obesa...adolescente e adulto doente*. *Medicina & Saúde*. Recuperado em 3 de janeiro, 2012, de http://www.medicosdeportugal.iol.pt/action/2/cnt_id/574.
- Casal, A.A.L. (2007). *A escola na prevenção de comportamentos de risco: O tabagismo e o consumo de álcool*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Cassandra, O. (2001). *Enfermagem pediátrica contemporânea*. Lisboa: Lusociência.
- Cavalcante, M.B.P.T., Alves, M.D.S., & Barroso, M.G.T. (2008). Adolescência, álcool e drogas: Uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm.*, 12 (3), 555-559.
- Center for Diseases Control and Prevention. (2002). *Guideline for hand hygiene in health care settings: Recommendations of the Health Care Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force*.
- Chassin, L., Presson, C., Pitts, S., & Sherman, S. (2000). The natural history of smoking from adolescence to adulthood in a mid-western community sample: Multiple trajectories and their psychosocial correlates. *Health Psychology*, 19, 223-231.

- Chen, X., Beydoun, M.A., & Wang, Y. (2008). Is sleep duration associated with childhood obesity? A systematic review and meta-analysis. *Obesity*, 16, 265-274.
- Chiavenato, I. (2005). *Gestão de pessoas*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Christopherson, T.M., & Jordan-Marsh, M. (2004). Culture & risk taking in adolescents' behaviors. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 29, 100-105.
- Coimbra, J.A. (2012). Clica já: Educação sexual em meio escolar. *Millenium*, 43, 127-131.
- Collaço, I. (2007). *Conhecimentos dos jovens para a prevenção da infecção HIV/SIDA*. Tese de mestrado não publicada, Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Comisión Europea. (2003). *Informe sobre el estado de los trabajos de la Comisión Europea en el campo de la nutrición en Europa: Octubre de 2002*. Luxemburgo: Comunidades Europeas. Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores.
- Conselho de Ministros da CEE. (1989). Resolution of the Council and the Ministers of Education meeting within the Council of 23 November 1988 concerning health education in schools. *Official Journal*, C3, 05/01/1989, 1-3. Recuperado de <http://europa.eu.int/portail>.
- Cordeiro, J.C.D. (2003). *Psiquiatria forense*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cordeiro, M. (2009). *O grande livro do adolescente dos 10-18 anos*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Cordeiro, R., Claudino, J., & Arriaga, M. (2006). Comportamentos aditivos e suporte social em adolescentes pré-universitários. *Toxicodependências*, 12, (1), 39-48.
- Costa, M., & López, E. (1998). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Costa, M.A. (2002). *A gravidez na adolescência: Perspectiva dos enfermeiros*. Tese de mestrado não publicada, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Costa, M.M.G.T. (2008). *A prática dos enfermeiros em educação para a saúde dos adolescentes: a problemática dos comportamentos de risco*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

- Costa, N.F. (2005). Psiquiatria e toxicodependências. In J.C.D. Cordeiro (Ed.), *Manual de psiquiatria clínica* (3a ed., pp. 243-286). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cunha Filho, H. (2005). Necessidades de intervenção no consumo de álcool, tabaco e outras drogas em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23 (2), 77-88.
- Cunha Filho, H., & Ferreira-Borges, C. (2008). *Uso de substâncias: Álcool, tabaco e outras drogas*. Lisboa: Coisas de Ler Edições.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., & Rasmussen, B. (Eds.). (2004). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey* (pp. XIII). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Damas, C., Saleiro, S., Marinho, A., Fernandes, G., & Gomes, I. (2009). Avaliação de hábitos tabágicos em alunos do ensino secundário. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15, (1), 43-53.
- Danzon, M. (2004). Foreword. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & B. Rasmussen (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- David, H., Matos, H., Silva, T., & Dias, M. (2006). Tabagismo e saúde da mulher: Uma discussão sobre as campanhas de controle do tabaco. *Revista de Enfermagem UERI*, 14 (3), 412-417.
- Dempsey, D., & Benowitz, N. (2001). Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Safety*, 24 (4), 277-322.
- DiFranza, J.R., Savageau, J.A., Rigotti, N.A., Fletcher, K., Ockene, J.K., McNeill, A.D., Coleman, M., & Wood, C. (2002). Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tobacco Control*, 11, 228-235.
- Direção Geral da Saúde. (2002). *Ganhos de saúde em Portugal: Ponto de Situação: Relatório do Director Geral e Alto Comissário da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2006b). *Programa nacional de saúde escolar*. Circular Normativa nº 7/DSE de 29 de junho. Lisboa: Autor.

- Direção Geral da Saúde. (2008.) *Estudo nacional de prevalência das doenças orais*. Lisboa: Autor.
- Direção Geral de Saúde. (2006a). *Programa nacional de saúde dos jovens 2006/2010*. Lisboa: Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- Donovan, H.S., & Ward, S. (2001, third quarter). A representational approach to patient education. *Journal of Nursing Scholarship*, 211-216.
- Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Duarte, Z. (2000). Álcool e jovens: Um cocktail explosivo? O papel da prevenção em meio escolar. In J. Precioso et al. (Eds.), *Educação para a saúde* (2a ed., pp. 201-213). Braga: Departamento de Metodologias da Educação, Universidade do Minho.
- Duncan, S., Duncan, T., & Strycker, L. (2006). Alcohol use from ages 9 to 16: A cohort sequential latent growth model. *Drug and Alcohol Dependence*, 81 (1), 71-81.
- European Commission. (2003). *The health status of the European Union – Narrowing the health gap*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Commission. (2009). *Survey on tobacco: Flash Eurobarometer 253*. Brussels: Author.
- Ezzati, M., Lopez, A.D., Rodgers, A., Vander, H.S, Murray, C.J. & Comparative Risk Assessment Collaborating Group. (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*, 306, 1347-1360.
- Fachada, M. (2010). *Psicologia das relações interpessoais*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Fernández Morales, I., Aguilar Vilas, M.^aV., Mateos Veja, C.J., & Martínez Para, M.^aC. (2008) Relación entre la calidad del desayuno y el rendimiento académico en adolescentes de Guadalajara (Castilla-La Mancha. *Nutrición Hospitalaria*, 23 (49), 383-387.
- Ferreira, A.J. (2005). A avaliação como ferramenta da política de intervenção em prevenção primária. *Toxicoddependências*, 11 (2), 51-56.
- Ferreira, C., & Fonte, C. (2006). O consumo de drogas e o envolvimento em actividades de lazer na adolescência. *Revista Motricidade*, 3 (2).
- Ferreira, M. (2004). Do “avesso” do brincar ou... as relações entre pares, as rotinas da cultura infantil e a construção da(s) ordem(ens) social(ais) instituinte(s) das crianças no Jardim de Infância. In M. Sarmiento & A. Cerisara, *Crianças e miúdos*:

- Perspectivas sociopedagógicas da infância e educação* (pp. 55-104). Porto: Edições Asa.
- Ferreira, M.R.S. (2008). *Estilos de vida na adolescência: De necessidade em saúde à intervenção de enfermagem*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Ferreira-Borges, C., & Cunha Filho, H. (2004). *Tabagismo: Manual técnico 3*. Lisboa: Climepsi.
- Fiore, M., Bailey, W., Cohen, S., Dorfman, S., Goldstein, M., Gritz, E., Heyman, R., Jaén, C., Kottke, T., Lando, H., Mecklenburg, R., Mullen, P., Nett, L., Robinson, L., Stitzer, M., Tommasello, A., Villejo, L., & Wewers, M. (2000). *Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline*. Rockville: United States Department of Health and Human Services.
- Flausino, N.H., Noce, F.B., Mello, M.T., Ferreira, R.M., Penna, E.P., & Costa, V.T. (2012). Estilo de vida de adolescentes de uma escola pública e de uma particular. *R. Min. Educ. Fís.*, 1 (Ed. especial), 491-500.
- Fonseca, A.F. (2002). *A psicologia e a psicopatologia da infância e da adolescência*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Fonseca, H. (2002). Alimentação dos adolescentes: O perigo das dietas malucas. *Revista Medicina e Saúde*, 6 (62).
- Fonseca, H. (2008). *Compreender os adolescentes: Um desafio para pais e educadores* (5a ed). Lisboa: Editorial Presença.
- Fontes, R.M.F.V. (2007). *Promoção de estilos de vida saudáveis nas crianças e adolescentes: Estudo do impacto de um projecto de intervenção*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Freyssinet-Dominjon, J., & Wagner, A.C. (2006). *Os estudantes e o álcool*. Coimbra: Quarteto.
- Fuh, J., Wang, S., Lu, S., & Juang, K. (2005). Assessing quality of life for adolescents in Taiwan. *Psychiatric and Clinical Neurosciences*, 59, 11-18.
- Gabhainn, S.N. (2004). Young people's health and health-related behaviour. Introduction. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & B. Rasmussen (Eds.), *Health and health behaviour among young people*. Health

- Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey* (pp. 53-54). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Garcia P.P.N.S., Campos, F.P., Rodrigues, J.A., Santos, P.A., & Dovigo, L.N. (2004). Avaliação dos efeitos da educação e motivação sobre o conhecimento e comportamento de higiene bucal em adultos. *Ciência Odontológica Brasileira*, 7 (3), 30-39.
- Gaspar, P.J.S. (2006). *Educação para a saúde e estudantes: As fontes e o impacto da informação*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Gaudet, É. (2006). *Drogas e adolescência. Respostas às dúvidas dos pais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gerrig, R.J., & Zimbardo, P.G. (2005). *A psicologia e a vida* (16a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Giordan, A. (2000). Health education, recent and future trends. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 95, 53-58.
- Gomes, A.A.D. (2011). *Comportamentos de higiene e ocorrência de diarreia em adolescentes*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Gonçalo, M.I. (2002). A mãe-menina. *Nursing*, 172, 11.
- Grande, N. (2000). Ética e investigação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2, 49-53.
- Griffin, K., Botvin, G., Doyle, M., Diaz, T., & Epstein, J. (1999). A six-year follow-up study of determinants of heavy cigarette smoking among high-school seniors. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 271-284.
- Guerra, M.M.G.G.P. (2004). *Estilos de vida dos adolescentes: Hábitos e preocupações*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Hagen, P. (2004). *Guia de cuidados pessoais com a saúde: Respostas e cuidados para problemas comuns*. Rio de Janeiro: Editora Anima.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (2a ed.). Loures: Lusodidacta.

- Hickman, M., Roberts, C., & Matos, M. (2000). Exercise and leisure-time activities. In C. Currie, K. Hurrelmann, W. Settertobulte, R. Smith & J. Todd (Eds.), *Health and health behaviour 286 among young people: A WHO Cross - National Study (HBSC) International Report* (pp. 73-82). World Health Organization: Regional Office for Europe.
- Hill, A. & Hill, M.A. (2008). *Investigação por questionário* (2a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ide, R., Mizoue, T., Tsukiyama, Y., Ikeda, M., & Yoshimura, T. (2001). Evaluation of oral health promotion in the workplace: The effects on dental care costs and frequency of dental visits. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 29, 213-219.
- Imperatori, E. & Giraldes, M.R. (1986). *Metodologia do planeamento em saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (2a ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Imperatori, E., & Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (2a ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística. (2001). *Censos 2001: Resultados definitivos*. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2005). *Anuário Estatístico da Região Norte 2004*. Lisboa: Autor.
- Januário, P.A. (2012). *Hábitos de sono das crianças e compreensão infantil do sono e das estratégias facilitadoras do adormecimento: Estudo com crianças de oito anos e seus pais*. Tese de mestrado não publicada, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Lisboa.
- Kasila, K., Poskiparta, M., Kettunen, T., & Pietilä, I. (2006). Oral health counselling in changing schoolchildren's oral hygiene habits: A qualitative study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 34 (6), 419-428.
- Krugman, D., Quinn, W., Sung, Y., & Morrison, M. (2005). Understanding the role of cigarette promotion and youth smoking in a changing marketing environment. *Journal of Health Communication*, 10, 261-278.
- Kuriyan, R., Bhat, S., Thomas, T., Vaz, M., & Kurpad, A.V. (2007). Television viewing and sleep are associated with overweight among urban and semi-urban South Indian children. *Nutrition Journal*, 6, 25.

- Lee, A., & Tsang, C.K.K. (2004). Youth risk behaviour in a chinese population: A territory-wide youth risk behavioural surveillance in Hong Kong. *Public Health*, 118, 88-95.
- Lei 48/90, de 24 de agosto. Lei de Bases da Saúde. Diário da República, 195. Série I.
- Livny, A., Vered, Y., Slouk, L., & Sgan-Cohen, H.D. (2008). Oral health promotion for schoolchildren: Evaluation of a pragmatic approach with emphasis on improving brushing skills. *BMC Oral Health*, 8, 4.
- Lopes, C.M.F. (2013). *Relação entre a ingestão do pequeno-almoço e o excesso de peso em crianças do 1º ciclo do ensino básico*. Trabalho final de licenciatura não publicado, Universidade Atlântica, Barcarena.
- Lopez, A.D., Mathers, C.D., Ezzati, M., Jamison, D.T., & Murray, C.J. (2001). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: Systematic analysis of population health data. *Lancet*, 367, 1747–1757.
- López-García, E., Faubel, R., León-Munóz, L., Zuluaga, M., Banegas, J., & Rodríguez Artalejo, F. (2008). Sleep duration, general and abdominal obesity, and weight change among the older adult population of Spain. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 87, 310-316.
- Loureiro, I. (2004). A importância da educação alimentar: O papel das escolas promotoras de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22 (2), 43-55.
- Machado, A., Nicolau, R., & Dias, C.M. (2009). Consumo de tabaco na população portuguesa retratado pelo Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006). *Rev Port Pneumol.*, 15 (6), 1005-1027.
- Maes, L., & Lievens, J. (2003). Can the school make a difference? A multilevel analysis of adolescent risk and health behaviour. *Social Science & Medicine*, 56, 517-529.
- Martinet, Y., & Bohadana, A. (2003). *O tabagismo. Da prevenção à abstinência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Martinez, F.C. (2004). *Las drogas. Educación y prevención*. Madrid: Cultural.
- Martins, J.C.A. (2008). Investigação em enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 62-66.
- Mathers, M., Toumbourou, J.W., Catalano, R.F., Williams, J., & Patton, G.C. (2006). Consequences of youth tobacco use: A review of prospective behavioural studies. *Addiction*, 101 (7), 948-958.

- Matos, M., & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses: Quatro anos depois*. Lisboa: F.M.H.
- Matos, M., & Sampaio, D. (2009). *Jovens com saúde: Diálogo com uma geração*. Lisboa: Texto Editores.
- Matos, M., Simões, C., Canha, L., & Fonseca, S. (2000). *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses*. Lisboa: FMH/PPES.
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., Reis, C., & Canha, L. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT.
- Matos, M.G. (2002). O uso de substâncias ilícitas nos adolescentes portugueses: Modelo compreensivo. *Toxicodependências*, 8 (3), 37-46.
- Matos, M.G. (2004). Psicologia da saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 3, 449-462
- Matos, M.G. (2009). Novos desafios. In M.G. Matos & D. Sampaio, *Jovens com saúde: Diálogo com uma geração*. Lisboa: Texto Editores.
- Matos, M.G., Carvalhosa, S.F., Reis, C., & Dias, S. (2001). *Os jovens portugueses e o álcool*. Projeto Aventura Social e Saúde, tema 7, nº 1. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa.
- Matos, M.G., Gaspar, T., Simões, C., Borges, A., Camacho, I., Tomé, G., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., Santos, T., & Equipa Aventura Social. (2012). *Qualidade de vida e saúde em crianças e adolescentes: Relatório do estudo Kidscreen 2010 e 2006*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Matos, M.G., Loureiro, N., & Veiga, G. (2009). O sono e o corpo. In M.G. Matos & D. Sampaio (Coords), *Jovens com saúde: Diálogo com uma geração*. Lisboa: Texto Editores.
- Matos, M.G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., Gaspar, T., Veloso, V., Loureiro, N., Borges, A., Diniz, J.A., & Equipa Aventura Social. (2012). *A Saúde dos adolescentes portugueses: Relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: Centro de Malária e Outras doenças Tropicais.
- Matos, M.G., Simões, C., Tomé, G., Silva, M., Gaspar, T., Diniz, J.A., & Equipa Aventura Social. (2006). *Indicadores de saúde dos adolescentes portugueses: Relatório preliminar HBSC 2006*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.

- McManus, R.P. Jr. (2002). Adolescent care: Reducing risk and promoting resilience. *Primary Care*, 29 (3), 557-569.
- Mello, M., Barrias, J., & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: DGS.
- Mendes, L.R., Fernandes, A., & Garcia, F.T. (2004). Hábitos e perturbações do sono em crianças em idade escolar. *Acta Pediatr. Port.*, 4 (35), 341-347.
- Ministério da Educação. (2007). Núcleo de Educação para a saúde. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação. Recuperado de <http://www.dgidc.min-edu.pt/EducacaoSexual/default.asp>.
- Ministério da Saúde. (2004a). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Mais saúde para todos* (Vol. I – Prioridades). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2004b). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Mais saúde para todos*. Volume II - Orientações estratégicas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Moreira, S. (2005). Nicotina e mecanismo de dependência. In E. Pestana (Coord.), *Tabagismo. Do diagnóstico ao tratamento* (pp. 61-76). Lisboa: Lidel.
- Morel, A., Boulanger, M., Hervé, F., & Tonnelet, G. (2001). *Prevenção das toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Moreno, L.A., Kersting, M., Henauw, S., González-Gross, M., Sichert-Hellert, W., Matthys, C., Mesana, M.I., & Ross, N. (2005). How to measure dietary intake and food habits in adolescence: The European perspective. *International Journal of Obesity* (Lond), 29 (Suppl. 2), S66-S77.
- Mota, P.J.L. (2005). Efeitos do tabagismo activo para a saúde. In E. Pestana (Coord.), *Tabagismo. Do diagnóstico ao tratamento* (pp. 77-100). Lisboa: Lidel.
- Muza, G.M., & Costa, M.P. (2002). Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes: O olhar dos adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (1), 321-328.
- Naia, A., Simões, C., & Matos, M.G. (2007). Consumo de substâncias na adolescência. *Toxicodependências*, 13 (3), 23-30.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2006). *Young adult drinking*. Rockville, US: Department of Health and Human Services
- National Sleep Foundation (2011). *Children and sleep*. Recuperado em 22 de dezembro, 2011, de: www.sleepfoundation.org/article/sleep-topics/children-and-sleep.

- Navarro, M.F. (2000). Educar para a saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas. In J. Precioso et al. (Eds.), *Educação para a saúde* (2a ed., pp. 13-28). Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.
- Nodin, N. (2001). Adolescentes, o sexo e os outros [Comunicação]. In *A educação da sexualidade na escola*. Figueira da Foz, março. Recuperado em 5 de fevereiro, 2008, de <http://www.sentidoseesensacoes.pt/sentidoseesensacoes/index.php>.
- Nunes, B., Vieira, C., Nunes, E., Abraão, I., Bento, J.O., Nina, M.J., Cordeiro, M., Prazeres, V., Cruz, V., & Azeredo, Z. (2002). *Promoção da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Nunes, C. (2009). *Caracterização do consumo de tabaco, numa população do 2º ciclo do ensino básico, da Ilha Terceira*. Tese de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Nunes, E. (s.d.). *Consumo de tabaco: Estratégias de prevenção e controlo*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Nunes, L.M, & Jóluskin, G. (2007). *Drogas e comportamentos de adicção: Um manual para estudantes e profissionais de saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Nuñoz-Rivas, M., & Graña, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13 (1), 87-94.
- Oliveira, A., Capitão, A., Henriques, G., & Ferreira, F. (2006). Obesidade em adolescentes dos 12 aos 16 anos. *Investigação em Enfermagem*, 13, 44-55.
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Autor.
- Organização Mundial de Saúde. (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. 1ª Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canada. 17-21 novembro de 1986. Recuperado em <http://www.dgjidc.minedu.pt/educacaoosaude/index.php?s=directorio&pid=96>.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Relatório Mundial da Saúde 2001: Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia comunitária*. Lisboa: Fim de Século.

- Papalia, D.E., Olds, S.W., & Feldman, R.D. (2001). *O mundo da criança* (8a ed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Pastor, Y. & Moreno, Y. (2002). El consumo de alcohol en la adolescencia temprana. In I. Balaguer (Ed.), *Estilos de vida en la adolescência* (pp. 91-109). Valencia: Promolibro.
- Paúl, C., & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pedersen, M., Alcón, M.C., & Rodrigues, C. (2004). Family and health. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & B. Rasmussen (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey* (pp. 173-177). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Pereira, A.M.S. (2004). *Educação multicultural: Teorias e práticas*. Porto: Editora Asa.
- Pereira, B.O. (2002). As crianças na escola: O bullying e o consumo de álcool. In Instituto Politécnico de Beja (Ed.), *1 Semana da Saúde: Actas* (pp. 119-135). Aljustrel: Instituto Politécnico de Beja.
- Pestana, C. (2000). Comportamento dos jovens em idade escolar: Nota introdutória. In Matos *et al.*, *A saúde dos adolescentes portugueses: Quatro anos depois* (p.5). Lisboa: FMH.
- Pestana, E. (2006). *Tabagismo: Do Diagnóstico ao Tratamento*. Lisboa: Lidel.
- Peto, R., & Lopez, A.D. (2001). The future worldwide health effects of current smoking patterns. In C.E. Koop, C.E. Pearson & M.R. Schwarz (Eds), *Critical issues in global health* (pp. 154-161). San Francisco: Wiley (Jossey-Bass).
- Pinheiro, H. (2011). *Conhecimentos e atitudes dos adolescentes face à amamentação*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Pinilla, J., González, B., Barbe, P., & Santana, Y. (2002). Smoking in young adolescents: An approach with multilevel discrete choice models. *Epidemiol Community Health*, 56, 227-232.
- Pinkowish, M.D. (2003). Sexualidade dos adolescentes. *Revista Patient Care*, 8 (81), 55-62.
- Pinto, I. (2010). *Sintomatologia depressiva e consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes*. Tese de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina, Porto.

- Pinto, T. Amaral, C. Silva, V., Silva, J., Leal, I., & Paiva, T. (2012). Hábitos de sono e ansiedade, depressão e stresse: Que relação?. *In Actas do 12º Colóquio de Psicologia e Educação*. Recuperado de <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1616/1/CIPE%202012%20990-1006.pdf>.
- Pinto, T.R. (2010). *O sono em adolescentes portugueses: Estudo exploratório no âmbito da educação para a saúde*. Tese de mestrado não publicada. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. (2012). Recuperado de http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_4_2_Contextos-saud%C3%A1veis-ao-longo-da-vida_2013_01_173.pdf.
- Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. (2013). Recuperado de <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>.
- Precioso, J. (2004). Educação para a saúde na universidade: Um estudo realizado em alunos da Universidade do Minho. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*, 2 (3).
- Precioso, J., Calheiros, J., Pereira, D., Campos, H., Antunes, H., Rebelo, L., & Bonito, J. (2009). Prevalence and smoking trends in Portugal and Europe. *Acta Med Port.*, 22 (4), 335-348.
- Precioso, J.A. (2002). Linhas orientadoras para a prevenção do consumo de tabaco em meio escolar. In Instituto Politécnico de Beja (Ed.), *I Semana da Saúde: Actas* (pp. 315-340). Aljustrel: Instituto Politécnico de Beja.
- Ramos, C. (2011). *Conhecimentos dos adolescentes sobre os riscos de consumo de álcool*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Ramos, J.T., & Andrade, E.C. (s/d). *A adolescência e a experiência relacionada à sexualidade e as drogas: Uma pesquisa com adolescentes do município de Turvo - SC*. (Artigo apresentado no Curso de Especialização em Gestão Social de Políticas Públicas da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), como requisito para obtenção do título de especialista).
- Ramsawh, H., Stein, M., Belik, S., Jacobi, F., & Sareen, J. (2009). Relationship of anxiety disorders, sleep quality, and functional impairment in a community sample. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 926-933.
- Raposo, M.S. (2005). Prevenção do tabagismo. In E. Pestana (Coord.), *Tabagismo: Do Diagnóstico ao Tratamento* (pp. 247-266). Lisboa: Lidel.

- Ravara, S.B., Calheiros, J.M., Aguiar, P., & Taborda-Barata, L. (2010). Smoking behaviour predicts tobacco control attitudes in a high smoking prevalence hospital: A cross-sectional study in a Portuguese teaching hospital prior to the national smoking ban. *BMC Public Health*, 11, 720.
- Redman, B.K. (2003). *A prática da educação para a saúde*. Loures: Lusociência.
- Reis, M., Ramiro, L., Carvalho, M., & Pereira, S. (2009). A sexualidade, o corpo e os amores. In M.G. Matos & D. Sampaio, *Jovens com saúde: Diálogo com uma geração*. Lisboa: Texto Editores.
- Richardson, G., & Tate, B. (2002). Endocrine changes associated with puberty and adolescence. In M. Carskadon (Ed.), *Adolescent sleep patterns: Biological, social and psychological influences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rios, S., & Rosas, M. (2004). Uma escola livre de tabaco: A importância de proteger todos do fumo de tabaco de alguns. In *Acta do Primeiro Encontro Ibérico de Prevenção e Tratamento do Tabagismo* (pp. 123-127). Braga.
- Roberts, C., Tynjälä, J., & Komkov, A. (2004). Physical activity. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & B. Rasmussen (Eds.), *Young people's health in context. Health Behaviour in School - aged Children (HBSC) Study: International report from the 2001/2002 survey* (pp. 90-97). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: Formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.
- Rodrigues, V., Carvalho, G.S., Gonçalves, A., & Albuquerque, C. (2008). Estilos de vida: O que dizem os professores; a realidade dos alunos. In I. Leal et al. [Ed. lit.], *Intervenção em psicologia e saúde: Actas do Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 7, Porto, (pp. 717-720).
- Rodrigues, V.M.C.P. (2003). Os adolescentes e o tabaco: Estudo da eficácia de um programa educacional de intervenção. In J. Precioso et al., *Actas do 1º encontro nacional de prevenção e tratamento do tabagismo*, Braga: Instituto de Educação e Psicologia.
- Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365, 519-530.
- Rosas, M., & Baptista, F. (2002). Desenvolvimento de estratégias de intervenção psicológica para a cessação tabágica. *Análise Psicológica*, 1 (20), 45-46.
- Rosemberg, J. (2003). *Nicotina: A droga universal*. São Paulo: SES/CVE.

- Ruivo, M.A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.
- Salvador, M.T. (2008). *O significado e a percepção das consequências do consumo de álcool da população adolescente de um colégio particular em Lisboa*. Tese de mestrado não publicada, Universidade Aberta, Lisboa.
- Samdal, O., Dür, W., & Freeman, J. (2004). School. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & B. Rasmussen (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey* (pp. 42-51). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Sampaio, D. (2000). Sexualidade na adolescência. In J. Gomes-Pedro & A. Barbosa, *Sexualidades*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Santos, J. (2006). Abordagem do doente com patologia do sono. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 599-610.
- Sardinha, L.B. (2003). *Desporto, actividade física e saúde*. Lisboa: Confederação do desporto de Portugal.
- Saris, W. (2002). O papel da nutrição para um estilo de vida saudável: Conceitos actuais de nutrição e saúde. In: AAVV (Ed.), *Estilos de vida saudáveis, nutrição e actividade física* (pp. 2-6.) São Paulo: ILSI.
- Schmid, H., & Gabhainn, S. (2004). Alcohol use. In C. Currie, et al. (Eds.), *Young people's health in context. Health Behaviour in School – aged Children (HBSC) Study: International report from the 2001/2002 survey* (pp. 73-83). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Secades, R. (2001). *Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sequeira, J., & Cruz, J. (2000). Promoção do bem-estar psicológico através do exercício físico. In J. Precioso et al. (Eds.). *Educação para a saúde* (2a ed., pp. 377-382). Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.
- Settertobulte, W., Jensen, B., & Hurrelmann, K. (2001). *Drinking among europeans. health policy for children and adolescents (HEPCA)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- Shaffer, D.R. (2005). *Psicologia do desenvolvimento: Infância e adolescência* (6a ed.). Rio de Janeiro: Thomson.
- Silva, L.F. (2002). *Promoção da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Simões, C. (2010). *Adolescentes e comportamentos de saúde*. Recuperado de <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/769/1/Adolescentes%20e%20comportamentos%20de%20sa%C3%BAde.pdf>.
- Skara, S., & Sussman, S. (2003). A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive Medicine*, 37, 451-474.
- Smedje, H., Broman, J.E., & Hetta, J. (2001). Short-term prospective study of sleep disturbance in 5-8-year-old children. *Acta Paediatr.*, 90 (12), 1456-1463.
- Soares, I., & Carneiro, A. (2002). *Norma de orientação clínica prática para o tratamento do uso e dependência do tabaco*. Lisboa: Ministério da Saúde. Instituto da Qualidade em Saúde.
- Soares, J. (2004). A gravidez na adolescência: Programa de promoção da saúde - 1ª parte. *Saúde Mental*, 6, (3), 38-43.
- Soares, N.F., & Tomás, C. (2004). Da emergência da participação à necessidade de consolidação da cidadania da infância... Os intrincados trilhos da ação, da participação e protagonismo social e político das crianças. In M. Sarmiento & A. Cerisara, *Crianças e miúdos: Perspectivas sociopedagógicas da infância e educação* (pp. 135-161). Porto: Edições Asa.
- Sorte, S.M.C. (2008). *Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto*. Monografia final de licenciatura não publicada, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Porto.
- Spear, B. (2005). Nutrição na adolescência. In L.K. Mahan & S. Escott-Stump (Ed.), *Krause - Alimentos, nutrição & dietoterapia* (11a ed., pp. 270-287). São Paulo: Roca.
- Sprinthall, N.A., & Collins, W.A. (2003). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista* (3a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sprinthall, N.A., & Collins, W.A. (2008). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista* (4a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stewart, A. (2001). Distúrbios alimentares na adolescência. *Revista UPDATE*, 12 (140), 60-66.

- Sun, Y., Sekine, M., & Kagamimori, S. (2009). Lifestyle and overweight among Japanese adolescents: The Toyama Birth Cohort Study. *Japan Epidemiological Association*, 19 (6), 303-310.
- Tate, B., Richardson, G., & Carskadon, M. (2002). Maturational changes in sleep-wake timing: Longitudinal studies of the circadian activity rhythm of a diurnal rodent. In M. Carskadon (Ed.), *Adolescent sleep patterns: Biological, social and psychological Influences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Teixeira, P., Sardinha, L. B., & Barata, J.L.T. (2008). *Nutrição, exercício e saúde*. Lisboa: Lidel.
- Thomson, C., Siegal, M., Winickoff, J., Biener, L., & Rigotti, N. (2005). Household smoking and adolescents' perceived prevalence of smoking and social acceptability of smoking. *Preventive Medicine*, 41, 349-356.
- Tomás, I., & Atienza, L. (2002). El consumo de tabaco y otras drogas no institucionalizadas en la adolescencia temprana. In I. Balaguer (Ed.), *Estilos de vida en la adolescencia* (pp. 111-134). Valencia: Promolibro.
- Torsheim, T., Välimaa, R., & Danielson, M. (2004). Health and well-being. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & B. Rasmussen (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School - aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey* (pp. 55-62). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Trigo, M. (2007). *Cigarros, tabaco e nicotina: Factores biocomportamentais associados ao tabagismo*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Porto.
- Vejrup, K., Lien, N., Klepp, K.I., & Bere, E. (2008). Consumption of vegetables at dinner in a cohort of Norwegian adolescents. *Appetite*, 51, 1, 90-96.
- Vereecken, C., & Maes, L. (2000). Eating habits, dental care and dieting. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & B. Rasmussen (Eds.), *Health and health behaviour among young people: A WHO Cross - National Study (HBSC) International Report* (pp. 83-95). Copenhagen: World Health Organization: Regional Office for Europe.

- Vereecken, C., Ojola, K., & Jordan, M. (2004). Eating habits. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & B. Rasmussen (Eds.). *Young people's health in context. Health Behaviour in School - aged Children (HBSC) Study: International report from the 2001/2002 survey* (pp. 110-119). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Vilarinho, P.A.S.C.P. (2010). *Tabaco e DPOC*. Tese de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Wetter, D., Kenford, S., Welsch, S., Smith, S., Fouladi, R., Fiore, M., & Baker, T. (2004). Prevalence and predictors of transitions in smoking behavior among college students. *Health Psychology, 23*, 168-177.
- Willis, T., Resko, J., Ainette, M., & Mendoza, D. (2004). Smoking onset in adolescence: A person-centered analysis with time-varying predictors. *Health Psychology, 23*, 158-167.
- World Bank. (2003). *Tobacco control at a glance*. Washington, DC: Author.
- World Health Organization. (1999). *Tobacco free initiative*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2001). *European partnership to reduce tobacco dependence. WHO evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence*. Denmark: Author.
- World Health Organization. (2004a). *Global Status Report on Alcohol 2004*. Geneva: WHO: Department of Mental Health and Substance Abuse. Recuperado de www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en.
- World Health Organization. (2004b). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2005a). *European strategy for child and adolescent health and development*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Recuperado em 17 de agosto, 2006, de <http://www.euro.who.int/Documents/E87710.pdf>.
- World Health Organization. (2005b). *The European Health Report 2005: Public health action for healthier children and populations*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2005c). *Ten facts about chronic disease*. Recuperado em 10 de outubro, 2006, de http://www.who.int/features/factfiles/chp/10_en.html.
- World Health Organization. (2006). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva: Author.

World Health Organization. (2008). *Report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER package*. Geneva: Author.

World Health Organization. (2009). *Health promoting health systems*. Geneva: Author.

World Health Organization. (2010). *Social determinants of health and the role of evaluation*. Geneva: Author.

Ziglio, E. (2004). Preface. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & B. Rasmussen (Eds.), *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey* (pp. XII). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

ANEXOS

Anexo A

Instrumento de recolha de dados do Diagnóstico de Situação

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SAÚDE DO NORTE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO SOUSA

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA



QUESTIONÁRIO

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DO AGRUPAMENTO DE
ESCOLAS VALLIS LONGUS

Gandra, outubro de 2012

Instruções do Questionário

Somos um grupo de alunas licenciadas em Enfermagem, e encontramos-nos a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa – CESPU. No período de Outubro de 2012 a Janeiro de 2013 desenvolveremos um trabalho de Planeamento em Saúde sob orientação da Professora Doutora Clarisse Magalhães.

Este questionário tem como objetivo colher dados que permitam analisar os Estilos de Vida dos adolescentes inquiridos.

Procura responder às questões de uma forma sincera, indicando aquilo que realmente fazes ou não fazes, e não o que pensas que seria correto.

Nas questões de escolha múltipla assinala com uma cruz (**X**) a opção ou opções que correspondem à tua realidade.

Os resultados serão tratados de forma confidencial, garantindo o anonimato de todos os participantes. Não deves, portanto, escrever o teu nome em qualquer folha.

Agradecemos a tua disponibilidade e colaboração.

Questionário

I - DADOS PESSOAIS

1. Idade:

9 anos
10 anos
11 anos
12 anos

2. Sexo:

Feminino
Masculino

3. Com quem vives?

Mãe
Madrasta
Irmãos
Outros

Pai
Padrasto
Avós

4. Profissão do Pai _____

5. Profissão da Mãe _____

6. Que escolaridade têm os teus pais?

	PAI	MÃE
Curso Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino Secundário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terceiro ciclo do ensino básico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segundo ciclo do ensino básico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primeiro ciclo do ensino básico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem escolaridade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II - PADRÃO DE SONO E REPOUSO

1. Durante a semana, a que horas te **levantas**?

Antes das 7h
Entre as 7h e as 8h
Depois das 8h

2. Durante a semana, a que horas te **deitas**?

Antes das 20h
Entre as 20h e as 21h
Depois das 21h e até as 22h
Depois das 22h e até as 23h
Depois das 23h

3. Ao fim-de-semana, a que horas te **levantas**?

Antes das 7h
Entre as 7h e as 8h
Depois das 8h

4. Ao fim-de-semana, a que horas te **deitas**?

Antes das 20h
Entre as 20h e as 21h
Depois das 21h e até as 22h
Depois das 22h e até as 23h
Depois das 23h

III - ALIMENTAÇÃO

1. Diariamente fazes as seguintes **refeições**:

Pequeno-Almoço Almoço Jantar
Meio da Manhã Lanche Ceia

2. Onde costumavas tomar o pequeno-almoço:

Em casa
Na escola
No café
Outro local

3. No pequeno-almoço incluis quais dos seguintes alimentos:

Pão Fiambre Refrigerantes Bolachas
Queijo Leite Iogurtes Outros
Manteiga Sumos naturais Fruta
Cereais Bolos Fritos

4. Onde costumás almoçar?

Em casa	<input type="checkbox"/>
Na cantina da escola	<input type="checkbox"/>
No ATL	<input type="checkbox"/>
No restaurante	<input type="checkbox"/>

5. Comes legumes cozidos ou saladas a acompanhar as refeições:

Raramente	<input type="checkbox"/>
As vezes	<input type="checkbox"/>
Só numa refeição por dia	<input type="checkbox"/>
A todas as refeições	<input type="checkbox"/>

6. Costumas comer sopa:

Raramente	<input type="checkbox"/>
As vezes	<input type="checkbox"/>
Só numa refeição por dia	<input type="checkbox"/>
A todas as refeições	<input type="checkbox"/>

7. Antes de deitar costumás:

Não comer	<input type="checkbox"/>	Chá	<input type="checkbox"/>
Beber leite/iogurte	<input type="checkbox"/>	Chá com bolachas	<input type="checkbox"/>
Leite com cereais	<input type="checkbox"/>	Sumos naturais	<input type="checkbox"/>
Fruta	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>

8. Quantos copos de água bebes por dia:

0	<input type="checkbox"/>
Menos de 4	<input type="checkbox"/>
De 4 a 8	<input type="checkbox"/>
Mais de 8	<input type="checkbox"/>

9. Costumas comer fast-food (por exemplo: cachorro quente, pizza, hambúrguer):

Sim Não

9.1 Se sim, quantas vezes por semana?

Nunca	<input type="checkbox"/>
1 a 3 vezes	<input type="checkbox"/>
4 a 6 vezes	<input type="checkbox"/>
Mais de 6 vezes	<input type="checkbox"/>

10. Costumas comer todas as semanas:

10.1. Gelados

Sim Não

10.2. Chocolates

Sim Não

10.3. Rebuçados

Sim Não

10.4. Chicletes

Sim Não

10.5. Gomas

Sim Não

IV – HIGIENE PESSOAL

1. Costumas tomar banho:

Todos os dias
Duas ou mais vezes por semana
Uma vez por semana

2. Costumas lavar o cabelo:

Quando está muito sujo
Todos os dias
Algumas vezes por semana

3. Costumas lavar os dentes?

Sim Não

3.1. Se sim, quantas vezes por dia?

Nenhuma
Uma
Duas
Três ou mais

4. Mudas a tua roupa interior todos os dias?

Sim Não

5. Costumas cortar as unhas:

Uma vez por semana
Sempre que estão grandes

V – ESTILOS DE VIDA

1. Praticas alguma atividade física fora da escola?

Sim

Não

SE RESPONDESTES NÃO, PASSA À QUESTÃO Nº 2

1.1. Quantas horas por semana?

Menos de 3 horas

De 3 a 6 horas

Mais de 6 horas

2. Por dia, em média, quantas horas vês televisão/estas no computador e/ou a jogar consola?

Menos de 1 hora

De 1 a 3 horas

Mais de 3 horas

3. Nos tempos livres, a tua família gosta de ir passear:

Ao shopping

Para casa de familiares

Para praia

Para outro local

Não costuma sair

4. Tens curiosidade em fumar?

Sim

Não

4.1. Achas que fumar faz bem à saúde?

Sim

Não

4.2. Achas que fumar é fixe?

Sim

Não

4.3. Achas que se fumares vais ter mais amigos?

Sim

Não

4.4. Das pessoas com quem vives fumam:

Pai

Avô

Mãe

Avó

Irmãos

Outros

5. Tens curiosidade em experimentar bebidas alcoólicas?

Sim Não

5.1. Achas que beber álcool faz bem à saúde?

Sim Não

5.2. Achas que beber álcool é fixe?

Sim Não

5.3. Achas que se beberes álcool vais ter mais amigos?

Sim Não

5.4. Das pessoas com quem vives bebem álcool:

Pai	<input type="checkbox"/>	Avô	<input type="checkbox"/>
Mãe	<input type="checkbox"/>	Avó	<input type="checkbox"/>
Irmãos	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>

6. Costumas falar com alguém sobre a sexualidade?

Sim Não

SE RESPONDESTES NÃO, PASSA À QUESTÃO Nº 6.2

6.1. Quais as pessoas que procuras para esclarecer as tuas dúvidas sobre a sexualidade?

Enfermeiro	<input type="checkbox"/>
Médico	<input type="checkbox"/>
Professor	<input type="checkbox"/>
Pais	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>

6.2 Já ouviste falar de alguma forma de te protegeres de doenças/infeções sexuais/gravidez?

Sim Não

6.2.1 Se sim, quais?

Pilula	<input type="checkbox"/>
Preservativo	<input type="checkbox"/>
DIU	<input type="checkbox"/>
Anel vaginal	<input type="checkbox"/>
Implante	<input type="checkbox"/>

OBRIGADA PELA TUA COLABORAÇÃO!

Anexo B

Pedido de Autorização dirigido ao Presidente do Conselho Executivo
do Agrupamento de Escolas Vallis Longus



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE**
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO SOUSA

CESPU 25 ANOS

Exmo. Senhor Diretor da
Escola Básica Vallis-Longus

Gandra, 11 de outubro de 2012

Assunto: Pedido de autorização

O plano de estudos do Curso de mestrado em Enfermagem Comunitária a funcionar no Instituto Politécnico de Saúde do Norte, Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa prevê que, no último ano do curso, os alunos realizem um trabalho de planeamento em saúde.

Com o objectivo de poder dar cumprimento a esta orientação curricular junto enviamos uma carta do grupo de estudantes, autores do trabalho, a solicitar autorização para a realização do mesmo na instituição que Vossa Ex.a dirige bem como o documento de apresentação do estudo, sua finalidade, população visada e o respectivo instrumento de colheita de dados.

Agradecendo desde já a atenção disponibilizada por V. Ex.^a para o assunto, colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Com os melhores cumprimentos,

Clarisse Magalhães
Coordenadora do Curso de Mestrado



RUA CENTRAL DE GANDRA, 1317 | 4585 116 GANDRA PRD | TEL.: +351 224 157 100 | FAX: +351 224 157 102
CESPU - COOPERATIVA DE ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO E UNIVERSITÁRIO, CRL | CDNTR: 503 577 842 | CAP. SOCIAL: 1.250.000,00 EUR | MAT. COMB. R. C. PORTU Nº 29
www.cespu.pt



Gandra, 12 de Outubro de 2012

Assunto: Pedido de Autorização para a realização de um trabalho de Planeamento em Saúde

Exmo. Presidente do Conselho Diretivo da Escola Básica Vallis-Longus

Somos um grupo de alunas licenciadas em Enfermagem, e encontramos-nos a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa – CESPU.

No período de Outubro de 2012 a Janeiro de 2013 desenvolveremos um trabalho de Planeamento em Saúde sob orientação da Professora Doutora Clarisse Magalhães, cujo objetivo principal é caracterizar o nível de saúde da população no sentido de definir prioridades para posterior intervenção. Gostaríamos de desenvolver este trabalho com os alunos do 5º e 6º ano de escolaridade, da escola que V. Exa dirige.

Vimos então, por este meio, solicitar a sua autorização para proceder ao desenvolvimento do nosso trabalho, garantindo desde já que todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos.

Na expectativa de uma resposta favorável, subscrevemo-nos com os melhores cumprimentos,

As Mestrandas,


12/10/12
Director
Artur Oliveira

Adriana Machado, Ângela Meira, Filipa Teixeira, Sónia Malheiro

Anexo C

Pedido de Autorização aos Encarregados de Educação

Pedido de Autorização aos Encarregados de Educação

Somos um grupo de alunas licenciadas em Enfermagem, e encontramos-nos a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa. No período de Outubro de 2012 a Janeiro de 2013 desenvolveremos um trabalho de Planeamento em Saúde sob orientação da Professora Doutora Clarisse Magalhães.

O trabalho que nos propomos a fazer tem como objetivo principal caracterizar o nível de saúde da população no sentido de definir prioridades para posterior intervenção. É nosso propósito desenvolver este trabalho na EB2,3 de Valongo, da qual o(a) seu (sua) educando(a) é aluno(a).

Neste âmbito, vimos por este meio, solicitar a sua autorização para que aquando do desenvolvimento do nosso trabalho o(a) seu (sua) educando(a) possa participar, sendo garantida desde já a confidencialidade do(a) aluno (a) .

Agradecendo a atenção dispensada,

As Mestrandas,

Adriana Machado, Ângela Meira, Filipa Teixeira, Sónia Malheiro

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, Encarregado de Educação do(a) aluno(a) _____, a frequentar o ____ ano de escolaridade na EB2,3 de Valongo, autorizo o meu educando a participar no trabalho de Planeamento em Saúde no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa.

_____, _____ de _____ de 2012

(Assinatura Encarregado de Educação)

Anexo D

Apresentação do “Projeto Vida Sem Fumo!” à Equipa de Saúde Escolar

Na atual conjuntura socioeconómica e política, torna-se premente congregar esforços para a utilização eficiente dos recursos e, conseqüentemente para o aumento de ganhos em saúde, o que só é possível através da promoção da saúde e a prevenção da doença.

A adolescência é a fase ideal da vida para sólidas aquisições de estilos de vida saudáveis, uma vez que são gerados hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, fruto do processo de socialização e que serão constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida.

Reconhece-se a escola como um local onde os jovens passam grande parte do seu tempo e, como tal, exerce uma grande influência nos seus comportamentos. Para além do ambiente familiar e do grupo de amigos, a escola, onde os amigos também poderão estar, constitui um dos mais importantes espaços para a socialização dos jovens (Settertobulte *et al.*, 2001). Daí facilmente se depreende que um ambiente saudável é um pré-requisito para que o processo de ensino/aprendizagem seja efetivo e produtivo, constituindo a escola, por estes motivos, um espaço único para intervir a nível da Educação para a Saúde.

A este propósito, Pereira (2011) refere que **“a promoção de estilos de vida saudáveis deve ser uma preocupação comum a todos os membros da comunidade educativa:** os alunos, os pais, o pessoal docente/não docente, os profissionais de saúde, de entre os quais se destacam os enfermeiros, em especial os de saúde comunitária e escolar, dado o seu campo de atuação”.

Neste contexto, preconiza o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, que “a saúde não se acumula mas resulta de um histórico de promoção da saúde e prevenção da doença e suas complicações, da adoção de comportamentos saudáveis e vivências em contextos saudáveis”, salientando que as perdas de saúde podem ter um efeito acumulativo ao longo da vida. Deste modo, assume-se que os profissionais de saúde têm um papel cada vez mais importante nesta faixa etária.

Assim, para agir em conformidade com o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, torna-se necessário fazer **Planeamento em Saúde**. Este **permite diagnosticar os problemas de saúde da população, racionalizar os recursos com vista a atingir os objetivos fixados e reduzir os problemas de saúde considerados prioritários.**

O diagnóstico de saúde, enquanto primeira etapa do planeamento, consiste num procedimento rigoroso de avaliação multicausal dos determinantes de saúde que influenciam os processos de saúde/doença de grupos e/ou comunidades. Permite

assim a obtenção de um conhecimento efetivo dos mesmos, coadjuvando o processo de priorização das necessidades/problemas identificados, pela aplicação dos critérios epidemiológicos e métodos/técnicas científicas que potenciam a participação ativa das comunidades nas tomadas de decisão que lhes dizem respeito em matéria de saúde. **Posteriormente são fixados os objetivos a atingir com a intervenção, selecionando-se as estratégias e elaborando-se as atividades e os meios de avaliação, indispensáveis à última etapa de planeamento em saúde.** A implementação de programas/projetos correspondem à segunda fase do planeamento em saúde e visam dar resposta, de forma organizada, às necessidades priorizadas. Por fim, procede-se à avaliação da intervenção realizada.

Para que a intervenção se torne efetiva, é necessário criar estratégias que levem a comunidade escolar – como alunos, pais/responsáveis e profissionais de educação/saúde – à participação no controle das condições de saúde. E isso passa por proporcionar aos adolescentes um ambiente escolar saudável que potencie a aquisição de estilos de vida saudáveis e, por conseguinte, diminua a prevalência de fatores de risco como o tabagismo, o sedentarismo ou erros alimentares, o abuso de álcool, entre outros.

Deste modo, enquanto mestrandas do Curso de Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa - CESPU, pretendemos desenvolver um trabalho de Planeamento em Saúde, sob orientação da Professora Doutora Clárisse Magalhães, com os alunos a frequentar o 5º e 6º ano de escolaridade da Escola Básica de Vallis-Longus, no sentido de definir prioridades para posterior intervenção, como referido anteriormente.

Anexo E

Plano de Sessão Atividade 2 - Vida sem Fumo!

PLANO DE SESSÃO ATIVIDADE 2 - VIDA SEM FUMO!

DINAMIZADORES: Adriana Machado, Angela Meira, Filipa Teixeira , Sónia Malheiro

DATA: 8 de janeiro a 11 de janeiro de 2013

DURAÇÃO: 45 minutos

TEMA: Projeto de Intervenção Vida Sem Fumo!

PÚBLICO ALVO: Alunos do 5º Ano da Escola Básica Vallis-Longus

OBJECTIVOS GERAIS: No final da sessão, os alunos deverão ser capazes de compreender a temática do Tabagismo.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS: No final da sessão, os alunos deverão ser capazes de:

- Identificar os malefícios do tabaco a nível da saúde;
- Identificar os malefícios do tabaco a nível económico;
- Identificar os motivos pelos quais não se deve fumar;
- Identificar a nicotina como droga;
- Identificar os componentes do tabaco na sua forma física;
- Identificar os locais onde é proibido fumar.

MOMENTO	CONTEÚDOS	MÉTODOS/TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	AVALIAÇÃO/TÉCNICAS	TEMPO
Introdução	Apresentação dos intervenientes; Apresentação da temática e seus objetivos.	Expositivo/Exposição.	Tela; Computador; Video-projector.		5 min
Desenvolvimento	Tabagismo: - O ato de fumar; - Influências sociais, malefícios na saúde, - consequências económicas; - Mortalidade e Morbilidade associadas ao - consumo de tabaco; - Tabaco enquanto droga; - Constituintes do cigarro; - Restrições ao consumo de tabaco; -	Expositivo/Exposição; Interrogativo/Questões.	Tela; Computador; Video-projector.	Questões abertas e fechadas.	30 min
Conclusão	Síntese dos principais aspetos abordados durante a sessão.	Expositivo/Exposição; Interrogativo/ Questões.	Tela; Computador; Video-projector.	Questões abertas e fechadas sobre a sessão.	10 min

Anexo F

Apresentação em *PowerPoint* "Tabagismo"

Projeto de Intervenção Vida sem Fumo!

Enfª Adriana Machado
Enfª Ângela Meira
Enfª Filipa Teixeira
Enfª Sónia Malheiro

O que é?

Fumar é um vício que te leva à dependência do tabaco.



01-09-2013

Planeamento em Saúde

2

O que te pode levar a fumar?



Influência dos pais

Publicidade



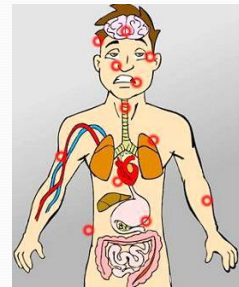
AMIGOS

01-09-2013

Planeamento em Saúde

3

O que pode provocar na tua saúde?



01-09-2013

Planeamento em Saúde

4

Fisicamente, deixa-te debilitado!



É ASSIM QUE QUERES FICAR?



CANSADO SEM PODER FAZER NADA?

01-09-2013

Planeamento em Saúde

5

O que provoca a nível económico?

- Se fumares 1 maço de tabaco por dia = 20 cigarros
- Numa semana são 7 maços = 140 Cigarros
- 1 maço de tabaco custa no mínimo 3.50€
- No final da semana gastas a volta de 25€

O QUE FAZIAS COM 25€



01-09-2013

Planeamento em Saúde

6

Quando fumas, o tabaco só te prejudica a ti?

- O fumo libertado pelo teu cigarro é considerado poluição ambiental e prejudica os teus amigos.



- O **tabagismo passivo** é a 3ª maior causa de morte evitável no mundo, seguido do tabagismo ativo e ao consumo excessivo de álcool.

(OMS, 2001)

01-09-2013

Planeamento em Saúde

7

Efeitos do tabaco

Efeitos a curto prazo

- Irritação nos olhos
- Manifestações nasais
- Tosse e cefaléia
- Aumento dos problemas alérgicos e cardíacos

Efeitos a médio/longo prazo

- Dificuldade nas aulas de educação física;
- Risco aumentado até 50% para infecções respiratórias em crianças
- Risco aumentado em 24% para Enfarte
- Risco aumentado em 30% para cancro de pulmão

01-09-2013

Planeamento em Saúde

8

A Organização Mundial de Saúde estima que por dia cerca de **80 mil crianças** se iniciam no consumo de **tabaco** em todo o Mundo.

Doença Tabágica:

grave problema nos adolescentes

- ↓ capacidades físicas e intelectuais
- prejudica o rendimento escolar
- “porta de entrada” para outras dependências

Então, porque ficamos dependentes do tabaco?



Nicotina

- **Nicotina** é o nome de uma substância alcalóide básica, líquida e de cor amarela, que constitui o princípio ativo do tabaco



DROGA

A nicotina como droga

- O seu uso causa dependência psíquica e física, fazendo com que te sintas desconfortável quando não fumas.
- Em doses excessivas, é extremamente tóxica, provoca:
 - Náuseas
 - Dor de cabeça
 - Vômitos
 - Paralisia
 - Morte



Em que lugares é proibido fumar?

- Nos locais de trabalho
- Nos locais de atendimento direto ao público
- Nos estabelecimentos onde sejam prestados cuidados de saúde, como por exemplo hospitais
- Nos locais destinados a menores de 18 anos como infantários, creches e outros estabelecimentos de ensino
- Nos estabelecimentos de restauração



Em que lugares é proibido fumar?

- Nas áreas de serviço e postos de abastecimento de combustíveis
- Nos aeroportos, nas estações ferroviárias, nas estações rodoviárias de passageiros e nas gares marítimas e fluviais
- Nos elevadores
- Nos transportes públicos



Sinalização



Porque é que não deves fumar?

- Provoca alterações no paladar e olfato
- É caro
- Prejudica não só a ti mas também os outros
- Reduz o desempenho desportivo e sexual
- Enfraquece o cabelo e faz secar a pele, que se torna cinzenta
- O tabaco pode levar à morte

01-09-2013

Planeamento em Saúde

17

Atualmente, o tabaco está fora de moda!



ACREDITA!!!

01-09-2013

Planeamento em Saúde

18

**ACHAS QUE VALE A
PENHA DARES ASSIM A
TUA VIDA?**



01-09-2013

Planeamento em Saúde

19

**Projeto de Intervenção
Vida sem Fumo!**

En^º Adriana Machado
En^º Ângela Meira
En^º Filipa Teixeira
En^º Sónia Malheiro

Anexo G

Plano de Sessão Atividade 3 – Não ao Cigarro!

PLANO DE SESSÃO ATIVIDADE 3 - NÃO AO CIGARRO!

DINAMIZADORES: Adriana Machado, Angela Meira, Filipa Teixeira, Sónia Malheiro

DATA: 15 de janeiro a 18 de janeiro de 2013

DURAÇÃO: 45 minutos

TEMA: Projeto de Intervenção Vida sem Fumo!

PÚBLICO ALVO: Alunos do 5º Ano da Escola Básica Vallis-Longus

OBJECTIVOS GERAIS: No final da sessão, os alunos deverão ser capazes de compreender a temática do Tabagismo

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS: No final da sessão, os alunos deverão ser capazes de:
 Identificar os malefícios do consumo de tabaco;
 Reconhecer as verdades e os mitos acerca do tabagismo.

MOMENTO	CONTEÚDOS	MÉTODOS/TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	AVALIAÇÃO/TÉCNICAS	TEMPO
Introdução	Apresentação da temática da sessão e seus objetivos.	Expositivo/Exposição.			5 min
Desenvolvimento	Dinâmica "Componentes do tabaco"; Conteúdos sobre o tabagismo: entrega de um conjunto de afirmações que deverão ser reconhecidas como corretas ou erradas. Visualização de um filme alusivo ao tema.	Expositivo/Exposição; Demonstrativo/Demonstração; Interrogativo/Questões.	Raticida, Cacao; iogurte; Naftalina; Champô; Amoníaco, Acetona; Álcool; Diluente, formol,	Resolução dos exercícios práticos e discussão da temática.	30 min
Conclusão	Síntese dos principais aspetos abordados durante a sessão.	Expositivo/Exposição; Interrogativo/ Questões.	Folhas A4; Esferográficas.	Questionário "Conhecimentos dos adolescentes sobre Tabagismo"; Questionário de avaliação da sessão alunos e professores.	10 min

Anexo H

Dinâmica “Certo ou Errado”

Um fumador gasta pouco dinheiro por mês em tabaco.
Fumar ajuda-te a relaxar.
Fumar faz com que pareças mais velho.
Os adolescentes que fumam podem deixar facilmente de o fazer porque fumam há menos tempo.
Os adolescentes fumadores têm mais probabilidade de beber e consumir drogas que os não fumadores.
Alguns adolescentes fumadores têm falta de ar, apenas por estão em má forma física.
Fumar faz com que o teu vestuário e o teu hálito cheirem mal.
Além de causar cancro do pulmão, fumar pode também causar muitas outras doenças.
Os adolescentes que fumam ficam mais frequentemente doentes em comparação com os que não fumam.
Os fumadores têm mais caries dentárias e doenças das gengivas que os não fumadores.
São poucos os adolescentes portugueses que já experimentaram tabaco.
Se fores um adolescente fumador, as alterações no teu corpo que conduzem à doença cardíaca podem começar agora.

Anexo I

Dinâmica “Componentes do tabaco”

Contém **acetona**, removedor de esmalte

Contém **terebintina**, que dilui tinta a óleo

Contém **formol**, conservante de cadáver

Contém **amônia**, desinfetante para pisos, azulejos e privadas

Contém **naftalina**, eficiente mata-baratas

Contém **ióstoro P4/P6**, usado em veneno para ratos

BOACAMPEAO.COM

Anexo J

Filme “Tabagismo”



Anexo K

Questionário “Tabaco”

Grelha de avaliação dos alunos do Projeto de intervenção

Instruções do Questionário

Este questionário tem como objetivo determinar os conhecimentos acerca dos hábitos tabágicos nos adolescentes inquiridos.

Procura responder às questões de uma forma sincera, assinalando com uma cruz (**X**) a opção que achas e não o que pensas que seria correto.

Os resultados serão tratados de forma confidencial, garantindo o anonimato de todos os participantes. Não deves, portanto, escrever o teu nome em qualquer folha.

Agradecemos a tua disponibilidade e colaboração.

Questionário

1 - Idade: _____

2 - Sexo:

Masculino _____

Feminino _____

3 - Se eu fumar (ou se fumasse), acho que isso tem:

- Muitas Vantagens
- Vantagens
- Nem Vantagens/Nem Desvantagens
- Desvantagens
- Muitas Desvantagens
- Não Sei

4 - Se eu fumar (ou se fumasse), acho que isso é:

- Muito Agradável
- Agradável
- Nem Agradável/Nem Desagradável
- Desagradável
- Muito Desagradável
- Não Sei

5 - Se eu fumar (ou se fumasse), acho que isso:

- Prejudica muito a minha saúde
- Prejudica a minha saúde
- Não prejudica a minha saúde
- Não Sei

6 - Se eu fumar (ou se fumasse), acho que isso é:

- Uma grande estupidez da minha parte
- Uma estupidez da minha parte
- Não é uma estupidez da minha parte
- Não Sei

7 - Se eu fumar (ou se fumasse):

- Sinto-me muito Relaxado(a)
- Sinto-me Relaxado(a)
- Nem me sinto Relaxado(a)/Nem Nervoso(a)
- Sinto-me Nervoso(a)
- Sinto-me Muito Nervoso(a)
- Não Sei

8 - Se eu fumar (ou se fumasse):

- Sinto-me mais confiante com os outros
- Nem me sinto mais confiante/Nem menos confiante com os outros
- Sinto-me menos confiante com os outros
- Não Sei

9 - Se eu fumar (ou se fumasse), acho que isso é:

- Muito Errado
- Errado
- Nem Errado/Nem Correto
- Correto
- Muito Correto
- Não Sei

10 - Se eu ficar doente por fumar:

- Vou lamentar-me por ter começado a fumar
- Não me vou lamentar por ter começado a fumar
- É-me indiferente
- Não Sei

11 - Se eu fumar (ou se fumasse):

- Acho que o sabor dos alimentos fica muito alterado
- Acho o sabor dos alimentos fica pouco alterado
- Acho o sabor dos alimentos não altera
- Não sei

12 - Se eu fumar (ou se fumasse), os meus amigos:

- Prestam-me mais atenção
- Prestam-me nem mais/nem menos atenção
- Prestam-me menos atenção
- Não Sei

13 - Se eu fumar (ou se fumasse):

- É mais fácil fazer parte de um grupo
- Não é mais fácil nem mais difícil fazer parte de um grupo
- É mais difícil fazer parte de um grupo
- Não Sei

OBRIGADA PELA TUA COLABORAÇÃO



Grelha de Avaliação do Projeto de Intervenção – Vida Sem Fumo!

	SIM	NÃO
Ouvi atentamente a informação das enfermeiras.		
O tema foi importante.		
As enfermeiras conversaram com clareza e eu compreendi.		
Gostei dos jogos apresentados.		
Gostaria de participar em mais atividades como esta.		

Em que outro(s) tema(s) tens dúvidas?

Anexo L

Grelha de avaliação dos Professores/Diretores de Turma do Projeto de
Intervenção



Grelha de Avaliação dos Professores/Diretores de Turma do Projeto de Intervenção – Vida Sem Fumo!

	SIM	NÃO
Considero que a temática apresentada foi pertinente.		
Considero que as estratégias utilizadas nas sessões foram as adequadas.		
Considero que os alunos gostaram e demonstraram interesse nas atividades desenvolvidas.		
Considero que as dúvidas sobre a temática foram esclarecidas.		
Considero que a informação transmitida foi adequada e útil.		

Sugestões:

Anexo M

Folheto “Tabagismo”

Se é fumador, a melhor opção que pode fazer pela sua Saúde é deixar de fumar:

1. Fixe uma data para deixar de fumar;
2. Anuncie á sua família, amigos e colegas de trabalho a sua intenção;
3. Consulte o seu médico;
4. Retire de perto de si todos os objectos relacionados com o hábito de fumar;
5. Antecipe as dificuldades que irá sentir após deixar de fumar.



Tosse muito?

Os seus dentes estão amarelos, podres ou até já caiu algum?



Tem um sorriso amarelo?

Cansa-se quando corre?



Não vê qual o seu problema???
Nós ajudamo-lo.

Se deixar de fumar tudo o que sente desaparecerá.



Faça isto por si... e pelos outros também.

Porque que o tabaco é tão prejudicial??

Tabagismo



Alunas do Mestrado de Enfermagem
Comunitária:
Ângela Meira



Adriana Machado
Filipa Teixeira
Sónia Malheiro

Anexo N

Poster “Cigarro mata, atitude não!”

CIGARRO MATA, ATITUDE NÃO!

Metade dos fumadores vai acabar por morrer devido a doenças relacionadas com o fumo

O fumo do tabaco contém uranio, plutónio, tório e outras substâncias radioativas

A cada 8secs uma pessoa morre devido ao tabaco

Até 2030, o fumo vai matar uma em cada 6 pessoas

As doenças relacionadas com o fumo são responsáveis pela morte de 1 em cada 10 adultos

Cerca de 80.000 crianças em todo o mundo começam a fumar por dia

O fumo mata 4,9 milhões de pessoas por ano no mundo

Enfª Adriana Machado,
Enfª Angela Meira,
Enfª Filipa Teixeira,
Enfª Sónia Malheiro



Anexo O

Grelha de Registo de presenças dos alunos

