



**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação

Ana Carolina Braga Monteiro

**Educação para a saúde na melhoria de estilos  
de vida de crianças e jovens ciganas  
que frequentam um projeto de inclusão social**



**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação

Ana Carolina Braga Monteiro

**Educação para a saúde na melhoria de estilos de vida de crianças e jovens ciganas que frequentam um projeto de inclusão social**

Relatório de Estágio

Mestrado em Educação

Área de Especialização em Mediação Educacional e Supervisão na Formação

Trabalho efetuado sob a orientação do

**Professor Doutor José Precioso**

## DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

## Agradecimentos

A realização deste relatório de estágio de mestrado contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não se teria tornado realidade e aos quais estou e estarei eternamente grata.

Em primeiro lugar, agradeço à instituição que me acolheu atenciosamente, com uma ótima receptividade.

Ao Professor Doutor José Precioso, meu orientador, pelo apoio científico e humano no desenvolvimento deste trabalho, pela orientação exemplar e sempre presente fundamental para a sua concretização. Agradeço, também, pelo encorajamento e incentivo nos momentos mais difíceis e por me ajudar a refletir e a crescer enquanto futura profissional.

À minha acompanhante, Dr.<sup>a</sup> Tânia, pela disponibilidade, conselhos e apoio, demonstrado ao longo de todo o ano.

A toda a equipa técnica da instituição que me acompanhou desde o primeiro ao último dia de estágio, pelo apoio incondicional, amabilidade e boa disposição.

À minha família, por todo o carinho e dedicação que sempre manifestaram de forma incondicional ao longo da vida.

Aos meus pais, pela paciência, pelos conselhos e por me terem acompanhado nesta etapa, incentivando-me constantemente a seguir em frente.

Ao Jorge, pelo esforço, dedicação e persistência que teve comigo.

A todos, muito obrigada!

## DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

## Educação para a saúde na melhoria de estilos de vida de crianças e jovens que frequentam um projeto de inclusão social

### Resumo

Este relatório apresenta o trabalho realizado ao longo de um processo de intervenção na área da educação para a saúde, mais especificamente, ao nível dos hábitos alimentares, de sono, de higiene e do consumo de tabaco, utilizando a formação e a supervisão como estratégia. As intervenções realizadas ao longo do projeto foram dirigidas a um grupo de crianças entre os 6 e os 14 anos e, também, aos seus pais.

O projeto consistiu em delinear, implementar e avaliar uma intervenção de modo a que fosse possível promover a melhoria de conhecimentos no âmbito dos hábitos alimentares, de sono, de higiene e de consumo de tabaco, assim como na adoção de escolhas e hábitos saudáveis. A intervenção foi composta por seis sessões para as crianças e, uma última sessão, que tinha como finalidade dar às crianças um panfleto para que estas o entregassem aos seus pais. Este documento tinha como objetivo consciencializar os pais das mesmas a não fumarem dentro de casa e dar-lhes a conhecer os malefícios do consumo de tabaco.

Como instrumento de avaliação foram realizados inquéritos por questionário, antes e depois das intervenções, de modo a analisar a evolução dos comportamentos e hábitos relativos à alimentação, ao sono, à higiene e ao consumo de tabaco. A avaliação desta experiência permitiu concluir que as atividades desenvolvidas com as crianças tiveram um efeito positivo no comportamento das mesmas, uma vez que surgiram mudanças bastante favoráveis nas quatro temáticas abordadas.

A execução deste projeto demonstra a importância da educação para a saúde, nomeadamente na educação alimentar, do sono, da higiene e do consumo de tabaco em crianças e jovens adolescentes num meio social desfavorecido. Assim, salienta-se, a importância e a necessidade de se desenvolverem projetos nestas comunidades, de modo a que haja uma melhoria nos estilos de vida e hábitos comportamentais dos pais e das crianças que habitam e crescem em bairros sociais.

**Palavras-chave:** Educação; Formação; Hábitos; Prevenção; Saúde; Supervisão.

# Health education in improving the lifestyles of children and young people attending a social inclusion project

## Abstract

This report introduces the project made over an intervention process in the health education area, more precisely about the eating habits, sleeping, hygiene and tobacco consumption using the training and supervision as a main strategy. The performed interventions over the project were directed to a group of children with ages between 6 and 14 and also to their parents.

The project consisted in drawing, implement and evaluate an intervention in a way that was possible promote a better knowledge about eating habits, sleeping, hygiene and tobacco consumption also as the adoption of healthier choices and habits. The intervention was split in 6 sessions to the children and a final session where the main goal was provide the children a brochure to be delivered to their parents. This same document was created to alert the parents for some habits such as, no smoking inside the house and provide all the necessary knowledge about how harmful tobacco can be.

As evaluation process were conducted inquiries before and after the above mentioned interventions, so that we could analyze the behavior and habit evolution according to the eating habits, sleeping, hygiene and tobacco consumption. These experience evaluations allowed us understand that the sessions and activities with the children had a positive effect in them, since we saw very good changes regarding the themes approached.

This project execution shows how important is the education, especially the health education regarding the eating habits, sleeping and tobacco consumption in children and teenagers that live in a undervalued social environment. With this we can stand up the importance and the need of development this type of projects in these communities, so that we can achieve a greater good such as the life style improvement and behavior habits of the children and their parents that grown up and live in social housing.

**Keywords:** Education; Formation; Habits; Prevention; Health; Supervision.

## Índice geral

CAPÍTULO I – Introdução .....	12
CAPÍTULO II – Enquadramento Contextual do Estágio .....	14
2.1 Caraterização da instituição em que decorreu o estágio .....	14
2.1.1 Projetos – áreas de intervenção da Juventude da Cruz Vermelha .....	15
2.1.2 Visão, Missão, Valores.....	15
2.2 Caraterização do público-alvo .....	16
2.3 Diagnóstico de necessidades.....	17
2.4 Apresentação da área/problemática de intervenção.....	18
2.4.1 Finalidade e objetivos.....	19
CAPÍTULO III - Enquadramento teórico da problemática do estágio .....	21
3.1 Educação para a Saúde.....	21
3.1.1 Hábitos Alimentares .....	23
3.1.2 Hábitos de Sono.....	27
3.1.3 Hábitos de Higiene.....	30
3.1.4 Consumo de Tabaco .....	32
CAPÍTULO IV – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO DO ESTÁGIO.....	37
4.1 Apresentação e fundamentação da metodologia de intervenção/investigação.....	37
4.1.1 Paradigmas.....	37
4.1.3 Formação.....	45
4.1.4 Supervisão da Formação.....	46
4.2 Identificação dos recursos mobilizados .....	48
CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO/INVESTIGAÇÃO .....	49
5.1 Apresentação do trabalho de intervenção.....	49
5.2 Resultados obtidos .....	58

CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	77
BIBLIOGRAFIA.....	82
Webgrafia.....	84
APÊNCIDES.....	85
Apêndice 1 – Primeiro questionário aplicado aos formandos.....	85
Apêndice 2 – Segundo questionário aplicado aos formandos .....	93
Apêndice 3 – Atividade Roda dos Alimentos .....	96
Apêndice 4 – Atividade da Mímica.....	99
Apêndice 5 – Sessão sobre a higiene pessoal .....	100
Apêndice 6 – Sessão “Cuida dos teus pulmões” .....	104
Apêndice 8 – Sessão sobre as bebidas açucaradas.....	113
Apêndice 9 – Incentiva! (folheto informativo para as crianças e jovens darem aos pais) .....	121
ANEXOS .....	122
Anexo 1 – Folheto informativo da roda dos alimentos.....	122
Anexo 2 – Visualização do site Tabacco Body.....	124
Anexo 3 – Declaração da Cruz Vermelha Portuguesa .....	126

## Índice de figuras

<b>Figura 1</b> – Etapas de intervenção.....	37
<b>Figura 2</b> - Roda dos alimentos elaborada pelas crianças e jovens .....	50
<b>Figura 3</b> - Atividade atira às latas .....	54
<b>Figura 4</b> - Atividade bowling de latas .....	54
<b>Figura 5</b> - Atividade bowling de latas .....	55
<b>Figura 6</b> - Folheto informativo para os pais sobre malefícios do tabaco.....	57

## Índice de tabelas

Tabela 1 - Bowling de Latas .....	53
Tabela 2 - Atira às Latas.....	53
Tabela 3 - Idade dos inquiridos .....	58
Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica da amostra .....	59
Tabela 5 - Hábitos de Higiene .....	60
Tabela 6 - Dentista .....	60
Tabela 7 - Frequência que vai ao dentista .....	60
Tabela 8 - Conhecimento de problemas dentários .....	61
Tabela 9 - Hábitos de Sono .....	61
Tabela 10 - Consumo de variadas refeições.....	62
Tabela 11 - Consumo de variadas bebidas.....	63
Tabela 12 - Consumo de determinados alimentos. ....	64
Tabela 13 - Consumo de alimentos confeccionados .....	65
Tabela 14 - Prática de exercício físico .....	66
Tabela 15 - Crianças que experimentaram fumar .....	67
Tabela 16 - Idade experiência de fumar .....	67
Tabela 17 - Fumar na atualidade .....	67
Tabela 18 - Familiares que fumam .....	68
Tabela 19 - Familiares que fumam dentro de casa .....	68
Tabela 20 - Experimentar bebidas alcoólicas .....	69
Tabela 21 - Frequência do consumo de bebidas alcoólicas.....	69
Tabela 22 - Frequência de lavar os dentes.....	69
Tabela 23 - Horas de deitar.....	70
Tabela 24 - Consumo de variadas refeições.....	70
Tabela 25 - Consumo de variadas bebidas.....	71
Tabela 26 - Consumo de determinados alimentos .....	73
Tabela 27 - Consumo de alimentos confeccionados .....	74
Tabela 28 - Consumo de tabaco .....	74

## Lista de Abreviaturas e Siglas

**CVP** – Cruz Vermelha Portuguesa

**DGCSP** – Direção geral dos cuidados de saúde primários

**DPOC** – Doença pulmonar obstrutiva crónica

**IMC** – Índice de massa corporal

**JCV** – Juventude da Cruz Vermelha

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PGT** – Projeto Geração Tecla

## CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio, iniciado em outubro de 2017 e terminado em junho de 2018, do 2.º ano do *Mestrado em Educação*, área de especialização de Mediação Educacional e Supervisão na Formação, da Universidade do Minho, pressupõe-se a realização de um relatório sobre o processo de intervenção e investigação realizado ao longo da prática pedagógica.

Inicialmente, era meu objetivo trabalhar a área da mediação escolar, abordando a temática do insucesso escolar. Contudo, tendo em conta as necessidades do contexto de estágio optei enveredar por outro caminho, trabalhando, assim, na área da educação para a saúde, visto que eram visíveis bastantes falhas nesta temática. A ação desenvolveu-se na Juventude Cruz Vermelha, na qual estive inserida no Projeto Geração Tecla E6G, tendo como público-alvo crianças dos 6 aos 14 anos.

A escolha deste grupo deve-se ao facto de existirem algumas lacunas na área da educação para a saúde, no contexto em questão, mais concretamente, nos hábitos alimentares, no sono, nos hábitos de higiene e no consumo de tabaco.

Atualmente, no nosso quotidiano, podemos constatar cada vez mais que as crianças e jovens da nossa sociedade não seguem uma alimentação saudável e equilibrada, que se deitam cada vez mais tarde, tendo como consequência a falta de concentração nas aulas devido ao sono e cansaço que possuem. A falta de higiene, principalmente dentária, também é, ainda, um problema muito presente nesta população. Assim, é sabido que existem muitos problemas associados a uma má alimentação, fazendo-se notar cada vez mais em crianças com obesidade, diabetes e graves problemas dentários. De igual modo, a ausência de exercício físico tem-se acentuado nas crianças e jovens da sociedade atual, uma vez que o sedentarismo também tem aumentado, devido ao tempo dedicado aos computadores e às televisões. A má alimentação está, igualmente, muito presente nas suas vidas, visto que consomem bastantes refrigerantes, bolos, bolachas, gomas, refeições à base de fritos e comidas *fast-food*, em vez de uma alimentação saudável à base de legumes, frutas, pouco açúcar e sal.

Deste modo, através da educação para a saúde, com este projeto, era meu objetivo desenvolver conhecimentos, atitudes e valores que ajudem as crianças e jovens a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental, evitando comportamentos de risco.

No Capítulo 1, apresento uma breve introdução relativa ao trabalho desenvolvido, explicitando o objetivo que sustentou este projeto de intervenção.

No Capítulo 2, realizo uma breve caracterização do contexto de intervenção, mais especificamente, a caracterização da instituição onde decorreu o estágio, nomeadamente, a sua visão, missão e valores e os projetos de intervenção da instituição. Posteriormente, é feita a caracterização do público-alvo, o diagnóstico de necessidades e a apresentação e justificação da problemática que suscitou a intervenção e quais os objetivos e finalidades da mesma.

No capítulo 3, é feito um enquadramento teórico da problemática do estágio, onde foram abordados as problemáticas de educação para a saúde, mais concretamente, hábitos alimentares, hábitos de sono, hábitos de higiene e consumo de tabaco.

No capítulo 4, é realizado um enquadramento metodológico do estágio, onde são apresentados os paradigmas presentes na intervenção, o quantitativo e qualitativo, assim como os métodos e as técnicas utilizados, e uma abordagem sobre a formação e a supervisão da formação, finalizando com a identificação dos recursos mobilizados.

No capítulo 5, é feita a apresentação e discussão do processo de intervenção/investigação, onde é apresentado o trabalho de intervenção, assim como, a evidenciação de resultados obtidos.

Por último, o capítulo 6, são apresentadas as considerações finais, onde é realizado uma análise crítica dos resultados e das implicações dos mesmo, assim como, uma evidenciação do impacto do estágio a nível pessoal, institucional e de conhecimento na área de especialização. Por último a bibliografia, assim como anexos e os apêndices.

## CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL DO ESTÁGIO

### 2.1 Caracterização da instituição em que decorreu o estágio

O estágio curricular decorreu na Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), Delegação de Braga, mais concretamente na Juventude da Cruz Vermelha (JCV), no Projeto Geração Tecla E6G.

A Cruz Vermelha Portuguesa foi fundada por José António Marques e iniciou a sua atividade a 11 de fevereiro de 1865, sob o nome “Comissão Provisória para Socorros e Feridos e Doentes em Tempo de Guerra”. Ao longo dos anos, a CVP tem vindo a atuar em cenários provenientes de conflitos armados e/ou de desastres e catástrofes naturais, quer em território nacional, quer em território internacional. No seu dia-a-dia, esta instituição tenta prestar assistência humanitária e social, especialmente aos grupos mais vulneráveis – como por exemplo, idosos, dependentes, crianças, vítimas de violência doméstica, pobres, imigrantes, sem abrigo, toxicodependentes, reclusos, pessoas com deficiência, entre outros. Em paralelo, desenvolve a sua atividade através da prestação de serviços e do desenvolvimento de áreas como a da saúde; prevenção e preparação para a emergência; formação e empreendedorismo; ensino profissional; ensino superior da saúde; ensino de socorrismo; educação para a saúde; cooperação internacional e difusão do direito internacional humanitário.

A Juventude Cruz Vermelha é o espaço juvenil da Cruz Vermelha Portuguesa, sendo constituído por crianças e jovens adultos com idades compreendidas entre os 8 e os 35 anos. Esta instituição estimula a participação e integração dos jovens da sociedade, assim como dos voluntários e dos beneficiários, nas atividades da instituição, prestando atenção na propagação dos princípios fundamentais do Movimento da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho.

Os objetivos da Juventude Cruz Vermelha abrangem:

- a) a formação e a educação individual e coletiva dos seus membros;
- b) a promoção da solidariedade humana e da paz;
- c) a sensibilização para o valor da saúde pública e individual;
- d) a promoção do respeito pelo ambiente;
- e) a educação para uma participação ativa dos jovens na sociedade civil tendo em vista a formação de cidadãos críticos e responsáveis.

### 2.1.1 Projetos – áreas de intervenção da Juventude da Cruz Vermelha

A Juventude Cruz Vermelha de Braga desenvolve vários projetos de intervenção com as crianças e jovens da comunidade. Estes projetos são enquadrados em quatro áreas de intervenção, sendo que cada uma dessas áreas possui um ou mais projetos.

- **Promoção e Educação para a Saúde** – O principal objetivo desta área passa por desenvolver nos jovens a adoção de hábitos e comportamentos saudáveis como parte do seu desenvolvimento individual e social.
- **Intervenção para a Inclusão e Igualdade de Género** – Nesta área, os projetos são delineados para estimular e fortalecer a inclusão de crianças e jovens em situação de exclusão social, através de programas e projetos baseados nas diferentes realidades sociais. Tenta-se contribuir para o desenvolvimento de competências sociais promotoras da cidadania, da igualdade de oportunidades e da prevenção da violência social em âmbito educativo.
- **Educação para o Desenvolvimento e Cooperação Internacional** – Com esta área o objetivo é promover nos jovens os valores Humanitários e da Cooperação Internacional através da sensibilização social, dos Direitos Humanos e da Criança e da Educação para a Paz e Desenvolvimento, pretendendo uma ação integradora e globalizante em quatro dimensões: Direitos Humanos, Educação Intercultural, Educação para a Paz e Desenvolvimento e Cooperação Internacional.
- **Educação Ambiental e Desenvolvimento Sustentável** – Nesta área pretende-se favorecer a educação ambiental e o desenvolvimento sustentável, assim como desenvolver projetos e programas inseridos nesta área de intervenção.
- **Geração Tecla E6G** – Este projeto tem como principal objetivo a inclusão social das crianças e jovens mais vulneráveis, residentes no Bairro Social de Santa Tecla, na sociedade. Financiado pelo *Programa Escolhas*, promove a dinamização cultural e a formação profissional dos jovens e jovens adultos do bairro.

### 2.1.2 Visão, Missão, Valores

A Delegação de Braga da Cruz Vermelha Portuguesa age de acordo com as normas do Direito Internacional Humanitário, vocacionadas a garantir o respeito pela dignidade das pessoas, a promover a paz, a minimizar os efeitos negativos dos conflitos e a proteger a vida e a saúde das populações.

Esta instituição tem como visão, inspirar, estimular, facilitar e promover, constantemente, todas as formas de atividades humanitárias, com vista a prevenir e aliviar o sofrimento humano e, assim, contribuir para a manutenção e promoção da dignidade humana e paz no mundo. Tem como missão, prestar assistência humanitária e social, em especial aos mais vulneráveis, prevenindo e reparando o sofrimento e contribuindo para a defesa da dignidade humana. Os valores desta instituição passam pelas pessoas (que trabalham para desenvolver e potenciar as capacidades das pessoas e das comunidades vulneráveis, agindo em solidariedade, a fim de reduzir as ameaças à vida e dignidade humana, criando um presente e um futuro melhor); a integridade (agindo de acordo com os princípios e valores humanitários de uma forma aberta e transparente, sem colocar em perigo os emblemas, independência, imparcialidade e neutralidade que eles representam); a diversidade (estando comprometidos com a diversidade das comunidades que servem, dos voluntários, colaboradores e parceiros); a liderança (empenhados em serem líderes na prestação de serviços nas áreas de ação, em particular, nas ações de sensibilização para as questões humanitárias e de qualidade das intervenções na comunidade); inovação (tendo o compromisso com a história e tradição, mas, também, sendo necessário encontrar soluções progressivas, inovadoras e duráveis para os novos problemas que ameaçam a dignidade humana, numa sociedade em constante transformação) e a sustentabilidade (tentando continuar a gerir os recursos de forma a dar resposta às necessidades das pessoas mais vulneráveis desta geração sem afetar a possibilidade das gerações futuras o continuarem a fazer).

## **2.2 Caracterização do público-alvo**

O Bairro Social de Santa Tecla é constituído por 485 habitantes, sendo que 332 são de etnia cigana. A população é bastante jovem, uma vez que 249 habitantes têm menos de 30 anos e, destes, 155 são menores de idade.

A população mais jovem possui um baixo índice escolar, no entanto, verifica-se uma evolução quando estes índices são comparados com a população mais velha (mais de 30 anos), que apresenta habilitações baixas ou nulas.

No que diz respeito à escola, esta população já a valoriza um pouco mais, contudo, ainda não foi integrado o hábito de a frequentarem. É notável que há pouca informação ao nível da importância dos hábitos de higiene, alimentação e sono, o que é essencial para o desenvolvimento de uma criança, visto que se estes aspetos falharem, há interferências no rendimento escolar.

Num total de 107 crianças inscritas na escola, existem 7 situações de abandono escolar e 67 apresentam absentismo. Em paralelo com o absentismo escolar, está presente o insucesso escolar, no qual pelo menos 34 crianças reprovaram 1 vez; 16 reprovaram 2 vezes e 14 reprovaram 3 ou mais vezes.

Tal como já referi, o público selecionado para implementar este projeto são crianças e jovens com idades compreendidas entre os 6 e os 14 anos.

### **2.3 Diagnóstico de necessidades**

Na fase inicial de um projeto é importante identificar, caracterizar e aprofundar quais os problemas existentes na instituição onde estamos inseridos. Deste modo, Santos (2012, p.5) define diagnóstico como “um procedimento que visa recolher, tratar, analisar e dar a conhecer informação pertinente, de forma a possibilitar a caracterização o mais rigorosa possível de uma área geográfica ou organização, permitindo que se tracem objetivos e metas a alcançar em função da informação recolhida.” Após a recolha de dados, da análise de informação, da implementação de novas atividades, é essencial fazer uma reflexão e uma análise dos resultados obtidos para perceber e concluir se os objetivos foram ou não alcançados.

Assim, foi efetuada uma análise das necessidades com o objetivo de compreender e conhecer melhor os problemas, as motivações e os interesses das crianças e jovens do Projeto Geração Tecla, na Delegação de Braga da Juventude Cruz Vermelha.

O processo de diagnóstico de necessidades iniciou-se com algumas conversas informais, com a observação das atividades que decorriam no projeto e, também, através da análise de alguns dados já recolhidos pela instituição. Deste modo, foi possível identificar alguns interesses, dificuldades e necessidades do público-alvo.

Através das conversas informais e da análise dos dados já recolhidos pela instituição, foi possível verificar que as crianças não tinham uma alimentação adequada, a ausência de horários para irem dormir, que alguns dos rapazes fumavam (as raparigas não fumam, pois a comunidade não permite que o façam e as que fumam fazem-no às escondidas), e a precariedade dos hábitos de higiene, principalmente no que diz respeito à higiene oral.

As atividades que as crianças e jovens mais gostam de realizar na instituição são jogar computador (nomeadamente, estar no *Facebook* e *Instagram*, jogos de luta e de carros, sendo que as meninas preferem os jogos de fazer bolos e atividades ligadas à estética); jogar futebol (há

dias específicos para treinar os rapazes e outros para os treinos das raparigas, uma vez que as crianças tiveram a iniciativa de criar um torneio de futebol em que a equipa técnica do projeto jogará contra as crianças); uma grande parte também gosta de ir à animação de recreios que decorre todas as tardes em três escolas distintas (Escola E.B 1 de Lamações, Escola E.B.1 de Santa Tecla e a Escola Primária do Bairro Económico) e têm interesse, também, em atividades ligadas à dança.

#### **2.4 Apresentação da área/problemática de intervenção**

A escolha da área da Educação para a Saúde para a realização da intervenção na JCV surge no âmbito da adoção de hábitos alimentares adequados das crianças, na promoção de novos hábitos de higiene pessoal e de sono, assim como no combate ao consumo de tabaco quer pelas crianças, quer pelos seus pais.

Como se pode verificar, atualmente, as crianças possuem cada vez mais hábitos alimentares incorretos e uma vida cada vez mais sedentária, levando a que surjam várias complicações ao nível da sua saúde. É notável um aumento do consumo de comidas *fast-food*, que não possuem os nutrientes necessários para um desenvolvimento saudável das crianças, assim como de bebidas ricas em açúcar. Em simultâneo, é cada vez menos frequente a prática de exercício físico. Aliando estes dois fatores, a má alimentação com a falta da prática de exercício físico, pode-se constatar que tem sido mais frequente o surgimento de obesidade infantil.

Relativamente aos hábitos de higiene pessoais, principalmente da higiene oral, nas crianças mais carenciadas, nota-se um grande descuido. Não só por parte das crianças, mas também pelos seus pais, através dos conhecimentos e ensinamentos dados. Uma má higiene oral diária provoca várias doenças, como por exemplo, cáries dentárias, gengivites, entre outros. Caso não sejam tratadas atempadamente pode levar ao apodrecimento dos dentes e, conseqüentemente, à sua queda.

No que diz respeito aos hábitos de sono, verifica-se um fraco rendimento e absentismo escolar nesta comunidade, uma vez que maior parte das crianças não possui regras em relação à hora de deitar. Assim, não existe uma rotina diária que lhes permita deitar cedo e levantar cedo no dia seguinte para irem para escola e, conseqüentemente, tirarem o maior rendimento e aproveitamento das aulas. Pelo contrário, como as crianças se deitam tarde, de manhã têm muito sono, não conseguindo estar atentas e concentradas nas aulas, perturbando as mesmas. Importa

ainda referir que, muitas vezes, apesar de irem de manhã para a escola optam por faltar às aulas. No entanto, outras não vão à escola e ficam a dormir em casa.

Relativamente ao consumo de tabaco, alguns rapazes fumam, embora a maior parte afirme que não consome tabaco. Os pais de grande parte das crianças também fumam, sendo que alguns fumam mesmo dentro de casa. As raparigas não consomem tabaco, uma vez que a comunidade cigana não lhes permite. As que o fazem, sendo um número bastante reduzido, fazem-no às escondidas. O consumo de tabaco também traz várias complicações para a saúde destas crianças, quer sejam fumadoras ativas, quer sejam fumadoras passivas através do fumo que respiram dentro de casa, proveniente do tabaco dos seus pais. O consumo de tabaco reduz, em média, 10 anos a vida das pessoas, uma vez que as substâncias absorvidas acabam por destruir alguns órgãos. A doença mais comum devido ao consumo de tabaco é o cancro do pulmão, no entanto também há outras complicações para a saúde, como por exemplo, cancro na laringe, na faringe e na boca, problemas respiratórios – como bronquites crónicas ou enfisemas –, problemas ao nível do sistema cardiovascular, envelhecimento precoce, diminuição do olfato, complicações ao nível dentário, entre outras.

No que diz respeito à inclusão na instituição, fui inserida como técnica superior de educação no Projeto Geração Tecla (PGT) da Juventude Cruz Vermelha de Braga, no qual, inicialmente, para além da observação e participação em algumas atividades na instituição (jogos dinâmicos, festa de natal, atividade de outros estagiários ou voluntários) também estabeleci contacto (com o auxílio de uma técnica da instituição) com os professores das crianças que frequentavam o PGT. Assim, foi-me possível conhecer melhor as crianças e as suas necessidades. Para além disto, também encaminhava os alunos para as salas de aula assim que dava o toque de entrada para que estes não faltassem às aulas.

#### **2.4.1 Finalidade e objetivos**

A finalidade do diagnóstico de necessidades é “analisar a diversidade das ‘formas’ presentes que afetam as condições de vida dos indivíduos” (MTS/SEEF, 1999, p.6.4; segundo Santos, 2012, p.6). São três as finalidades do diagnóstico de necessidades: (1) documentar em que estado está o sistema de ação face ao problema identificado; (2) identificar as questões-chave em torno das quais se podem formular os objetivos de mudança; (3) determinar a magnitude e importância dos problemas e as suas causalidades potenciais (MTS/SEEF, 1999, P.6.5; segundo Santos, 2012, p.6).

Este projeto tem como finalidade prevenir e implementar hábitos alimentares, de sono, de higiene e de consumo de tabaco nas crianças do Projeto Geração Tecla, da Juventude da Cruz Vermelha – Delegação de Braga.

Para que seja possível atingir a finalidade referida anteriormente é necessário delinear objetivos gerais e específicos que vão ao encontro das atividades planeadas. Segundo Guerra (2002, p.163-164), os objetivos gerais tornam-se “grandes orientações para as ações e são coerentes com as finalidades do projeto, descrevendo as grandes linhas de trabalho a seguir.”

O objetivo geral delineado para este projeto destina-se a prevenir e implementar hábitos alimentares, de sono, de higiene e de não consumo de tabaco nas crianças do Projeto Geração Tecla, da Juventude da Cruz Vermelha – Delegação de Braga.

Os objetivos específicos que sustentam este projeto são:

1. Melhorar a qualidade de vida das crianças;
2. Prevenir comportamentos de risco nas crianças;
3. Caracterizar a evolução dos conhecimentos das crianças sobre a alimentação saudável, higiene pessoal, consumo de tabaco e a importância do sono;
4. Promover escolhas saudáveis para a saúde das crianças;
5. Promover experiências de aprendizagem significativas nas crianças;
6. Melhorar o nível de conhecimento dos pais relativamente aos malefícios do consumo de tabaco.

## CAPÍTULO III - ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PROBLEMÁTICA DO ESTÁGIO

### 3.1 Educação para a Saúde

Segundo Costa (2012, p.3), “a expressão ‘educação para a saúde’ surge na história ocidental associada aos médicos sanitaristas, ou higienistas, do século XIX, que se preocupavam com as condições miseráveis que o desenvolvimento do capitalismo industrial criara, na vida das populações.” Naquele tempo, estava presente no dia-a-dia das pessoas a pobreza, a falta de higiene e de acesso a cuidados de saúde. As pessoas que se preocupavam com as condições da saúde pública eram essencialmente médicos, que associavam esta falta de condições de saúde às circunstâncias sociais em que as pessoas viviam.

As pessoas ligadas à medicina tinham como principal objetivo “controlar situações epidemiológicas, que se relacionavam intrinsecamente com questões de ordem social” (Costa, 2012, p. 3). Acreditavam, que conseguiam impedir várias doenças e epidemias (como por exemplo a tuberculose, a cólera, entre outras) se educassem as pessoas para ter cuidados de higiene básicos, com a intenção de atuar no presente e, assim, constituir campanhas de educação nas populações mais pobres. Para isso, tinham de se deslocar aos bairros onde estas populações mais desfavorecidas viviam ou até mesmo aos seus locais de trabalho.

A educação para a saúde pode ocorrer em três contextos: formal, não formal e informal. Quando a promoção da educação para a saúde é realizada em contexto escolar, abrange o contexto formal, uma vez que “ocorre em espaços reconhecidos pela nossa sociedade como sendo locais que desenvolvem a instrução e a aquisição de saberes específicos; tratam-se também de instituições que possuem estatuto social para certificar as pessoas como tendo adquirido uma mais valia ao nível da aprendizagem” (Oliveira, 2005, p.1). A educação para a saúde acontece, também, em contextos não-formais, como por exemplo, quando “um grupo de pessoas planeou sessões de desenvolvimento da aprendizagem humana numa determinada área, mas no final das sessões as pessoas não são certificadas” (Oliveira, 2005, p.1). O contexto mais importante de aprendizagem é o contexto informal, como por exemplo, o que as crianças aprendem nos corredores das escolas e nos recreios, uma vez que estas aprendem umas com as outras em conversas ou em brincadeiras, tendo a oportunidade de adquirir e partilhar conhecimentos.

Nos projetos de educação para a saúde estão presentes, até aos dias de hoje, três características: “atuar ao nível individual, focalizando-se no presente; delinear ações combinadas entre si, que promovam aprendizagens, das quais emergirão novos comportamentos, de modo voluntário (Green e Kreuter, 1999); estabelecimento de contacto direto entre os educadores para

a saúde e a população alvo, mesmo quando se aliava a campanhas de informação de tipo social” (Costa, 2012, p.4).

Atualmente, a educação para a saúde é vista como uma especialidade dentro das ciências da educação, no entanto, os profissionais de saúde, por vezes, reclamam-na como sua. Segundo Costa (2012, p.5), “a educação para a saúde refere-se, pois, a uma área científica que exige uma (auto) formação interdisciplinar nem sempre fácil de obter, dada a divisão, por vezes extremada, a que as entidades certificadoras da formação nesta área (sobretudo as universidades e os institutos politécnicos) se encontram vinculados.”

A Educação Escolar passou a ser considerada um subsistema de educação permanente e comunitária, em 1972, na Conferência de Tóquio. Assim, através desta conferência, nasceu a Declaração de Nairobi sobre Educação de Adultos (UNESCO, 1976, segundo Costa, 2012, p.5), na qual foram instituídos vários aspetos:

- a) A educação é um procedimento único, que se desenvolve desde o nascimento até à morte;
- b) A educação, enquanto processo único, não se encontra dividida por fases diferenciadas;
- c) A educação ocorre em três contextos: contexto formal (escolas e centros de formação, por exemplo); contexto não formal (associações religiosas e desportivas, por exemplo) e contexto informal, sobretudo (a educação familiar e entre amigos, por exemplo).

Segundo Costa (2012, p.6), foi na Declaração de Nairobi “que se passou a possuir uma definição sólida de educação permanente e comunitária (life long learning). Ela passa a ser entendida como os processos que criam condições para que cada pessoa possa desenvolver, integral e harmoniosamente, todas as suas dimensões (emotiva, raciocinativa, ética, espiritual, profissional, lúdica, etc.), colocando cada pessoa essas capacidades ao serviço da comunidade.”

Nos séculos XV e XVI, a saúde era compreendida, no ocidente, como “ausência de doença”. Nesta época, o conceito de saúde, entrou na nossa cultura, devido à área da Biologia e da Medicina. No entanto, na Conferência Internacional sobre Cuidados Básicos de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1978, o conceito de saúde passou a ser entendido “como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como ausência de doença (OMS, 1978: 1, segundo Costa, 2012, p.7).

A expressão “promoção da saúde” foi utilizada pela primeira vez por Henry Sigerist, em 1945 (segundo Costa, 2012, p.8), sendo mencionada como uma das quatro funções da Medicina. Para

além da promoção da saúde, esta também tinha como função a prevenção da doença, a restauração dos doentes e a sua reabilitação.

Assim sendo, a promoção de saúde é direcionada para mudanças de comportamento, dirigindo-se mais para o futuro, havendo uma desvantagem do presente, apostando mais ao nível da prevenção.

Existem três níveis de prevenção e educação em saúde:

- 1) Primeiro nível – Básico/Primário: é direcionado para toda a população de um país, ou até mesmo para uma população transnacional. Este nível de prevenção e educação em saúde tem como objetivo prevenir o aparecimento de doenças, fornecendo indicadores de vigilância, como por exemplo, as campanhas de uso de preservativo para prevenir a SIDA.
- 2) Segundo nível – Secundário: este nível é direcionado para a prevenção, retardando o desenvolvimento de uma patologia em fase inicial. É direcionado para pessoas que já têm uma doença diagnosticada e pretende comprometer as pessoas pelo seu autocuidado e controlo, como por exemplo, tomarem a medicação apropriada e controlo da alimentação e da tensão arterial em doentes coronários.
- 3) Terceiro nível – Terciário: a prevenção é direcionada para doentes crónicos, promovendo a sua reabilitação e reintegração comunitária. O objetivo é que as pessoas com este tipo de limitações que as doenças lhes trazem, aprendam a viver o melhor possível, como por exemplo, os diabéticos e doentes oncológicos.

### **3.1.1 Hábitos Alimentares**

A adolescência integra um período notável de risco para a saúde, contudo, também abrange um período favorável para o desenvolvimento de intervenções de educação para a saúde. A escola é um dos principais locais para colocar em prática essas intervenções.

Quando uma pessoa tem os seus hábitos alimentares adquiridos, estes dificilmente se alterarão, assim, para que tal aconteça é necessário a adoção de novos comportamentos por parte dos adultos e, sobretudo, das crianças (segundo Viana, 2002, p.611; citado por Viana & Almeida, 1998).

De acordo com Santos (1983, p.28,) “não é viver para comer que é o mais racional mas comer para viver bem.” No entanto, é importante que o ser humano entenda a importância do papel da alimentação, ou seja, que entenda qual a função da alimentação para o organismo.

Segundo Peres (1994), a alimentação tem um papel importante para o organismo, porque forma, conserva e reconstrói células, tecidos, órgãos, enzimas e hormonas; desenvolve o indivíduo até ficar adulto; serve para o organismo desempenhar atividades físicas, sensoriais e intelectuais; ajuda o organismo a criar reservas energéticas e nutricionais e ajuda a responder às exigências adicionadas por doenças e em casos de recuperação.

De facto, a alimentação é importante em todas as fases da vida do ser humano: é importante na infância e na adolescência, uma vez que é responsável pelo crescimento, desenvolvimento e maturação; influencia o ritmo de envelhecimento ao longo da vida, assim como os comportamentos e desenvolvimento intelectual e psicoafectivo, daí a importância de manter uma alimentação saudável e equilibrada.

Segundo Viana (2002, p.611), “entre hábitos e comportamentos promotores da saúde e, portanto, preventivos da doença contam-se, com especial impacto, os hábitos alimentares.” Deste modo, é importante ter uma alimentação que tenha em consideração as necessidades do nosso organismo, ponderando algumas propriedades preventivas de alguns nutrientes, levando assim a um estilo de vida saudável para diferentes faixas etárias.

O facto de termos acesso a uma vasta informação sobre alimentação, não basta para que consigamos ter uma alimentação saudável, pois a escolha dos alimentos está relacionada com aquilo que o indivíduo prefere, com o prazer associado ao sabor dos alimentos e com os comportamentos que cada um aprendeu no seu seio familiar.

Nos países desenvolvidos tem-se verificado, cada vez mais, que as populações têm uma alimentação direccionada para cereais, fibras, vegetais e menos gordura, enquanto nos países em desenvolvimento, se verifica um aumento do consumo de gorduras e açúcares. Por outro lado, nas regiões mais ricas, de um determinado país, verifica-se que a população consome cada vez mais produtos saudáveis, enquanto nas regiões mais pobres há um maior consumo de açúcar e gorduras, visto que a população não tem acesso a muita informação, nem tem possibilidades financeiras para comprar determinados alimentos mais saudáveis e, conseqüentemente, mais caros.

A alimentação está associada a algumas doenças e conseqüentes causas de mortes causadas pelas mesmas. “A Academia americana de Ciências associa os hábitos alimentares, a par do tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, a seis das dez maiores causas de morte nos EUA e que são a arteriosclerose, a tensão arterial elevada, o cancro, o acidente vascular cerebral (trombose), a diabetes, e a cirrose do fígado” (Viana, 2002, p.612, segundo Bidlack, 1996;

Caflifno, 1987). Uma outra doença associada aos maus hábitos alimentares e atualmente bastante falada é a obesidade, que é definida como “um excesso de gordura na composição corporal, que se traduz, quantitativamente, na relação desequilibrada entre a estrutura e o peso, de acordo com os padrões de referência, e na presença de valores de pregas cutâneas superiores ao esperado para a idade” (Viana, 20022, p. 613).

### 3.1.1.1 Obesidade

Atualmente, na nossa sociedade, as crianças são um público cada vez mais afetado pela obesidade (apesar de poder afetar todas as faixas etárias e grupos socioeconómicos), devido a uma má alimentação e ao sedentarismo, visto que passam muito tempo em casa a jogar computador e consola e, também, devido à falta da prática de exercício físico. Segundo Klish (1998; segundo Viana, 2002, p. 614), a probabilidade de uma criança obesa com 6 anos de idade ser obesa quando for adulta é de 25% e a probabilidade de uma criança com 12 anos de ser um adulto obeso aumenta para 75%.

Quando a quantidade de energia ingerida pelo indivíduo é superior à quantidade de energia gasta pelo organismo, origina a que haja um excesso de peso, dando origem à obesidade.

Esta é considerada a epidemia do séc. XXI e um dos maiores problemas da sociedade, pois o excesso de gordura acumulada no corpo pode afetar gravemente a saúde.

O excesso de peso traz consequências para a saúde, mas também a nível social e psicológico. As crianças obesas são, frequentemente, vítimas de uma grande pressão causada pela sociedade. Por exemplo, na escola as crianças obesas a maior parte das vezes são isoladas do restante grupo, são colocadas de parte, não são convidadas para participarem em algum desporto, pois são acusadas de serem lentas e preguiçosas. São vítimas de discriminação e são pressionadas para emagrecerem, o que faz com que comecem a não gostar de si mesmas, contribuindo, assim, para uma baixa autoestima do indivíduo. Para combater a obesidade é importante melhorar a dieta, quer ao nível da qualidade, quer ao nível da quantidade da mesma, bem como aumentar a prática de exercício físico.

Em Portugal e na União Europeia tem-se vindo a verificar que o excesso de peso e a obesidade afetam cada vez mais crianças e adolescentes, devido ao consumo excessivo de energia, calorías, açúcares, gorduras e sal, e a uma diminuição do consumo de cereais, frutas e legumes, assim como à diminuição da prática de exercício físico (Oliveira *et al.*, 2009)

Segundo Viana (2002, p.615), “a obesidade é muito resistente a qualquer tratamento; os bons resultados, quando se conseguem, são pouco persistentes.” O que levou Brownell (1982, segundo Viana, 2002, p.615) a declarar que “se o critério de cura da obesidade fosse definido como uma redução do peso que se mantivesse durante 5 anos, então seria mais fácil obter a recuperação de alguns cancros do que da obesidade.”

O IMC é a medida mais utilizada para classificar se um indivíduo é obeso ou não. O IMC é uma equação que relaciona o peso com a altura do sujeito, ou seja:

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)}/\text{Altura}^2$$

A forma de calcular se um adulto é obeso, ou não, é diferente da forma de calcular se uma criança é obesa, ou não. Ou seja, os adultos são considerados com excesso de peso quando o seu IMC é superior a 25Kg/m<sup>2</sup>, e como obesos quando o seu valor é superior a 30Kg/m<sup>2</sup> (WHO,2000, citado em Neovius *et al.*, 2004, segundo Costa, 2011, p.10). No que diz respeito às crianças, o sexo e a idade são fatores influenciadores. Se o percentil for superior a 85, as crianças são consideradas com excesso de peso (correspondendo ao IMC superior a 25Kg/m<sup>2</sup> nos adultos) e são consideradas obesas quando o valor do IMC é superior ao percentil 95 (correspondendo ao valor de 30Kg/m<sup>2</sup> nos adultos).

Há autores que defendem que há uma relação genética em alguns indivíduos para a acumulação de gordura na zona abdominal como resposta ao excesso de energia ingerida. Martinez e Frühbeck (1996, citado por Costa, 2011, pp.11-12) “os genes intervêm na manutenção do peso e gordura corporal ao longo do tempo, fazendo este controlo através das vias eferentes (leptina, nutrientes e sinais nervosos), de mecanismos centrais (neurotransmissores hipotalâmicos) e de vias aferentes (insulina, catecolaminas e sistema nervos autónomo). Por outro lado, existem autores, que como Costa (2011), defendem que a obesidade surge devido a mudanças nos estilos de vida, como por exemplo o aumento do consumo de alimentos ricos em gorduras e a diminuição da prática de exercício físico, que resulta numa maior probabilidade de o indivíduo ser obeso.

Os fatores psicossociais também influenciam o desenvolvimento da obesidade, como por exemplo uma criança que esteja inserida num contexto familiar mais pobre tem uma maior probabilidade de se tornar obesa do que uma criança que esteja inserida num seio familiar que possua mais posses económicas. Isto porque as últimas têm uma maior acessibilidade a cuidados de saúde, alimentos mais saudáveis e até mesmo a ginásios, academias (de dança, futebol, entre outros). Porém, crianças que estejam inseridas num meio com mais possibilidades também estão

mais predispostas a um estilo de vida mais sedentário, uma vez que têm maior acesso à utilização de jogos, consolas, televisão, telemóveis, computadores e internet.

A obesidade acarreta muitas consequências para as crianças e adolescentes. Para além de problemas de saúde física, também há o aparecimento de problemas ao nível psicológico. Quanto aos problemas de saúde físicos, podem surgir problemas cardiovasculares; diabetes; doenças ao nível dos músculos, ossos e articulações; doenças respiratórias; infertilidade; aborto; entre outras. No que diz respeito a problemas ao nível psicológico, surgem as depressões, principalmente as raparigas, uma vez que dão bastante importância à imagem corporal. Uma criança obesa também está mais suscetível de ser vítima de *bullying* do que as crianças não obesas, uma vez que são um alvo fácil de discriminação, tendo assim uma maior dificuldade em fazerem amigos. Braet, Mervield e Vandereycken (1997, segundo Costa, 2011, p.18) “na sua investigação com 289 crianças chegaram à conclusão que as crianças obesas têm autoperceções negativas acerca das suas competências físicas quando comparadas com os seus pares não obesos e quando estão em contexto clínico reportam ainda um maior número de problemas comportamentais e emocionais.”

Como já foi referido anteriormente, a atividade física nas crianças e adolescentes é bastante importante para se manterem saudáveis e ativos. De acordo com a OMS (2010, citado por Costa, 2011, p.22), “a prática adequada de atividade física nas crianças leva a um desenvolvimento saudável do tecido músculo-esquelético, do sistema cardiovascular, da capacidade neuromuscular e à manutenção do peso.” Também está associada a benefícios psicológicos, como por exemplo, ajuda na “capacidade de controlar sintomas de ansiedade e depressão, melhora a capacidade de autoexpressão, de interação e integração social, prevenindo ainda da adoção de comportamentos pouco saudáveis como o uso de drogas, tabaco e álcool melhorando também a performance académica” (Warburton, Whitney & Bredin, 2006, citado por Costa, 2011, p.22).

### 3.1.2 Hábitos de Sono

Os estilos de vida e a qualidade da mesma estão relacionados com o sono. Deste modo, se um indivíduo tiver uma má qualidade de vida, esta vai interferir com o sono e vice-versa.

Zee e Turek (2006, citado por Pucci, 2013, p.9) referem que “o sono serve como um importante indicador de saúde e qualidade de vida”. O sono é definido por alguns autores como “um estado do comportamento caracterizado por uma postura específica (olhos fechados, estar deitado), redução da atividade motora e interação diminuída com o ambiente” (Mindel & Owens,

2009, citado por Pucci, 2012, p.9). O mesmo é importante para o bem-estar físico, mas também para o nosso bem-estar psicológico, uma vez que enquanto dormimos, acontecem vários processos internos no cérebro (Owen & Mindell, 2005, citado por Pucci, 2013, p.9).

Pucci (2013, p.11), refere que vários autores consideram que o sono tem um papel importante na regulação emocional e do comportamento e, também, na consolidação da aprendizagem e da memória.

Os hábitos inadequados de sono contribuem para que haja uma diminuição da motivação e da concentração na execução de tarefas, falha da memória, baixo nível de desempenho escolar, sonolência durante o dia, alterações de humor (o indivíduo pode ficar mais agressivo e irritado), entre outras. Na adolescência os hábitos de sono também são importantes, uma vez que as alterações das normas de sono influenciam as modificações corporais e emocionais. Segundo Sanchez, Mathias, Souza, Lima & Andrade (s.d.) “à medida que o adolescente se desenvolve e começa a relacionar com o meio de forma mais independente, ocorre uma mudança na sua rotina de vida e nas relações interpessoais. As novas atividades realizadas tomam o lugar do sono.” Com o passar dos anos, o adolescente começa a ter cada vez mais responsabilidades no que diz respeito à escola, aumentando assim a carga de trabalho escolar. Estas novas rotinas, mais atribuladas, por vezes, provocam momentos de incerteza e ansiedade para o adolescente, contribuindo para que ocorram modificações emocionais e, por conseguinte, a dificuldade de não conseguir dormir.

Mindell e Owens (2009, segundo Pucci, 2013, p.11) através da arquitetura do sono, “exemplificam a importância de dormir relacionando os dois estádios desta complexa atividade: o slow-wave sleep como uma forma restaurativa do sono, e o rapid eye movement que engloba as funções cognitivas vitais (consolidação da memória e é um componente do desenvolvimento e crescimento do sistema nervoso central ambos estágios importantes para a aprendizagem.”

Paiva e Penzel (2011, segundo Pucci, 2013, p.11) selecionaram um conjunto de hipóteses sobre as diversas funções do sono, sendo elas o desempenho psicomotor, manutenção e qualidade de vigília, mecanismo de termorregulação, promoção de processos anabólicos e conservação de energia, interação com o sistema imunológico, desintoxicação do cérebro, maturação e desenvolvimento cerebral, influência nas funções mnésicas, substrato para produção dos sonhos (de acordo com os autores, podem ser divididos por temas: resoluções de problemas, teorias psicanalíticas, ativação da memória, equilíbrio emocional, função neuro cognitiva

integradora, criatividade, preservação das especificidades de cada espécie, entretenimento e apenas como o resultado de um estado funcional) e regulação de processos metabólicos.

Quando uma criança é privada do sono, é colocada em risco a sua aprendizagem, o raciocínio lógico e matemático, assim como a sua concentração e a memória (Boscolo, et. al., 2007; Cordeiro, 1997; Marti, 1999; Sanchez et al., 2007; citado por Anastácio; Carvalho e Pereira, 2018), ficando também mais suscetíveis para a violência e irritabilidade (Paiva, 2005; Sanchez et al., 2007; Duarte, 2009; citado por Anastácio; Carvalho e Pereira, 2018). Para que uma criança obtenha um bom desempenho escolar e para estar bem-disposta durante o dia é essencial ter em atenção a quantidade de horas dormidas e a qualidade do sono. Segundo Paiva (2008, citado por Anastácio; Carvalho e Pereira, 2018), “as horas de sono dormidas com qualidade diminuem o risco de diversas doenças entre as quais obesidade, hipertensão, diabetes e depressões”.

Apesar de o sono ser uma fase de pausa e repouso é, também, um momento ativo no qual ocorrem várias mudanças no organismo do indivíduo. Segundo Marti (1999: 306; citado por Anastácio; Carvalho e Pereira, 2018), “ocorrem mudanças nas funções corporais e nas atividades mentais, que têm enorme transcendência para o equilíbrio psíquico e físico dos indivíduos”. É, também, durante o sono que ocorrem “modificações hormonais, no metabolismo e na temperatura corporal, essenciais para o bom funcionamento do organismo durante o dia (Marti, 1999; citado por Anastácio; Carvalho e Pereira, 2018).

Paiva (2008; citado por Anastácio; Carvalho e Pereira, 2018) refere que quando uma criança dorme menos do que é suposto, assim que atinge a idade adulta, torna-se num sujeito mais ansioso. De igual modo, quando uma pessoa se sente cansada e com sono, o seu grau de alerta é menor e a sonolência aumenta em situações mais monótonas ou pouco estimulantes. Assim, pode afirmar-se que é mais importante a qualidade do sono do que a quantidade.

### **3.1.2.1 Consequências do défice de sono**

O défice de sono acarreta várias consequências para o ser humano, como por exemplo, aumento da irritabilidade (Marti, 1999; Paiva, 2005; Paiva & Rebelo, 2010; citado por Anastácio; Carvalho e Pereira, 2018), da ansiedade e do declínio de capacidades intelectuais (Marti, 1999; citado por Anastácio; Carvalho e Pereira, 2018). De igual modo, contribui para o défice de atenção, aumenta as probabilidades do aparecimento de depressão, diabetes, obesidade e maior risco de infeções e doenças, violência e mais dificuldades de aprendizagem (Paiva & Rebelo, 2010). Outras

consequências mencionadas são a perda de memória e de reflexos (Marti, 1999; citado por Anastácio; Carvalho e Pereira, 2018).

Em suma, conclui-se que não possuir bons hábitos de sono ou ter sonos atribulados, provoca uma diminuição da qualidade de vida dos indivíduos e prejudica o seu desempenho escolar, profissional e social.

### **3.1.3 Hábitos de Higiene**

Segundo Cunha (2011), fatores genéticos, ambientais, biológicos, sociais e económicos são elementos que influenciam a saúde. A mesma autora afirma que “a higiene é o conjunto de meios para atingir e preservar as condições à saúde. A higiene individual, como a lavagem corporal, a postura, o sono e a alimentação, não depende de outros para se manter em níveis saudáveis” (Cunha, 2011, p.6).

Para que as crianças possam aprender hábitos de higiene (tal como de alimentação, de sono, consumo de tabaco, álcool e drogas, entre outros) é necessário que a escola e a família transmitam toda a informação necessária para que elas possam compreender e adquirir bons hábitos de higiene.

#### **3.1.3.1 Higiene Corporal**

Segundo Vasconcelos, Valdês e Frota (2008), a exposição a bactérias e vírus continua a ser uma realidade do nosso quotidiano, tornando-se bastante preocupante se não houver cuidados de higiene e de saúde. É fundamental que todas as pessoas realizem, diariamente, a sua lavagem corporal para se eliminar maus odores, mantendo, assim, uma boa saúde.

Cada indivíduo pode ter cuidados no seu dia-a-dia para evitar ser contaminado por bactérias, como por exemplo:

- Lavar as mãos: antes das refeições; depois de mexer em dinheiro e objetos sujos; antes e depois de sair do trabalho/escola; após ter ido aos lavabos; após mexer em lixo e restos alimentares; depois de assoar o nariz ou espirrar;
- Tomar banho diariamente;
- Escovar os dentes (três vezes ao dia, principalmente após as refeições);
- Cortar as unhas das mãos e dos pés para evitar infeções;
- Lavar o cabelo (uma vez que acumula bastantes poeiras, evitando também que fique oleoso e que apareçam piolhos).

No entanto, “ainda são bastantes comuns hábitos inadequados de higiene” (Vasconcelos, Valdês e Frota, 2008, p.359). Estes são muitas vezes justificados pela falta de informação e pela relação existente entre a pobreza e a sujidade. Isto é, uma pessoa que não tem um local para viver, conseqüentemente, não tem onde tomar banho nem lavar os dentes, entre outros.

### 3.1.3.2 Higiene Oral

Corsépius (1989, segundo Cunha, 2011, p.6) refere que a higiene oral é um assunto que deve ser abordado desde os primeiros anos de vida e diariamente. No entanto, a adolescência é conhecida como um período de elevado risco para o aparecimento de cáries dentárias e também pela redução dos cuidados de higiene dentária.

Segundo Vasconcelos, Pordeus & Paiva (2001), “o grande desafio da odontologia atual é atuar educativamente junto à população infantil, provendo-a de informações necessárias ao desenvolvimento de hábitos para manter a saúde e prevenir as doenças bucais, numa mudança de atitude em relação a essas doenças que frequentemente são tidas como inevitáveis pela população”.

A família e a escola são responsáveis por transmitir às crianças este tipo de informação e responsabilidades, ensinando a ter comportamentos e hábitos de higiene, mostrando a importância de manter uma boca cuidada (não só os dentes como também a língua e as gengivas), evitando ter problemas de saúde, como por exemplo, cáries ou até mesmo problemas mais graves. Assim, é fundamental que as crianças entendam a importância “de que este cuidado dependerá o bem-estar e o bom funcionamento destes órgãos numa função vital como a alimentação” (segundo Cunha (2011, p.6). Desta forma, pretende-se que haja uma mudança de atitudes e de comportamentos na higiene oral, criando hábitos que reforcem o cuidado com a saúde oral.

A Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP) (1989, segundo Cunha 2011, p. 10) afirma que quando nascem os dentes de leite às crianças, estas podem começar a habituar-se com a prática de escovar os dentes. Nesta idade, não se pretende que aprendam a técnica correta de escovar os dentes, mas que ganhem o interesse de o fazer, para que mais tarde os pais lhes expliquem e mostrem os pormenores de cada movimento.

Constantemente, é formada uma placa bacteriana nos nossos dentes, no entanto, como refere Léger (1985, segundo Cunha, 2011, p. 12) “os microrganismos que segregam a substância ácida que deteriora o esmalte dentário estão mais ativos imediatamente depois de comer, altura em que encontram à sua volta os açúcares com que se nutrem.” Por este motivo, após cada

refeição devemos sempre escovar os dentes, sendo aconselhável até trinta minutos após a refeição, tempo necessário para que os germes comecem a formar secreções ácidas. Importa ainda referir que as crianças a partir dos 3 ou 4 anos devem também escovar os dentes após cada refeição.

Para que a placa bacteriana seja eliminada é necessário escovar os dentes corretamente. Para isso é imprescindível lavar todos os dentes, o que envolve passar a escova, repetidamente, por cada um dos dentes.

Como refere Garcia et al (1994, segundo Cunha, 2011, p.13), “os movimentos que se imprime à escova de dentes não são iguais, variam consoante as características anatómicas de cada parte da dentadura: a face exterior, a face mastigadora e a face interior.” Para garantir que a escovagem dos dentes é feita corretamente é essencial manter a mesma sequência, ou seja, começar pela face exterior, continuar pela parte mastigadora e terminar no interior. As gengivas não devem ser escovadas como se escova os dentes, apenas devem ser massajadas pela escova dos dentes.

De igual modo, para manter uma boa higiene e evitar problemas dentários, é preciso ir ao dentista regularmente, não esperando queixas por parte das crianças, prevenindo, assim, problemas dentários que possam surgir.

### **3.1.4 Consumo de Tabaco**

Em meados do século XVI, até metade do século XX, o tabaco era consumido, na Europa, através de rapé, charutos ou cachimbos. Contudo, em 1881, foi criada a máquina de enrolar cigarros, havendo, assim, um enorme aumento do consumo de tabaco (segundo Nunes, 2006). A partir dos anos 20, verificou-se um agravamento dos casos de cancro do pulmão e, conseqüentemente, fizeram-se vários estudos e investigações sobre os efeitos do consumo de tabaco para a saúde. Assim que se percebeu quais os efeitos do tabaco na saúde, o consumo do mesmo passou a ser encarado de uma forma completamente diferente pela comunidade científica.

Atualmente, são conhecidas várias doenças provenientes do consumo de tabaco, sendo que o cancro, em vários órgãos do corpo humano, é a que assume um maior destaque, mas não devemos dar menos importância a doenças no aparelho respiratório, cardiovascular e reprodutivo (Nunes, 2006). O tabaco é composto por um alcaloide com propriedades psicoativas (a nicotina) e, também, por mais de 4500 substâncias químicas, que têm efeitos nefastos para a saúde, provocando efeitos cancerígenos, mutagénicos, tóxicos e irritantes. Segundo Nunes (2006, p.226),

“para além das substâncias existentes na folha do tabaco e produzidas durante a sua combustão, a indústria manipula o fabrico dos cigarros e outros produtos do tabaco, recorrendo à adição de aditivos químicos, humidificantes e aromatizantes, cujos efeitos na saúde, uma vez queimados e inalados, não são ainda completamente conhecidos.”

Nunes (2006) afirma que o tabaco é responsável por 5 milhões de mortes anuais, sendo a primeira causa de morte evitável nos países desenvolvidos. Refere, também, que se não forem tomadas medidas de prevenção e de controlo, em 2030, morrerão, aproximadamente, 10 milhões de pessoas por ano, devido ao consumo de tabaco, sendo que 70% das mortes será nos países em desenvolvimento.

Um dos grandes problemas da saúde pública é consumo de tabaco na infância e na adolescência. As principais doenças que surgem nas crianças e nos adolescentes que fumam ativa ou passivamente são as constipações, as amigdalites, os ataques de asma, as bronquites, entre outros problemas respiratórios. Contudo, um dos maiores problemas daqueles que começam a fumar precocemente é o facto de, provavelmente, continuarem a fumar o resto da vida. Segundo Becoña e Vásquez (1996, Vries e Kok, 1986, segundo Precioso e Macedo (2004, p.13), “estima-se que entre 70% a 90% das pessoas que consomem quatro ou mais cigarros por dia durante algum tempo podem vir a tornar-se fumadores dependentes”. Por outro lado, estudos efetuados por DiFranza et al. (2002, segundo Precioso e Macedo, 2004, p.13) “mostram que as crianças tornam-se dependentes da nicotina mais facilmente e com quantidades de tabaco tão baixas que nunca antes tinham sido estudadas (fumar dois cigarros por dia durante quatro a seis semanas).” As raparigas ficam mais viciadas na nicotina do que os rapazes.

Segundo Precioso e Macedo (2004, p.13), foram realizados vários estudos que demonstram que a maioria dos atuais fumadores começaram a fumar antes dos 18 anos e que o consumo do tabaco pode aumentar o risco de dependência de outras substâncias.

Para prevenir o consumo de tabaco é essencial entender com que idade é que a maioria das pessoas começa a fumar e o porquê. Segundo Ulster Cancer Foundation, 1988; Pestana e Mendes, 1999; segundo Precioso e Macedo, 200, p.14), “parece haver um conjunto de fatores complexos e interrelacionados que predispõem os mais jovens a fumar”. No entanto, existem vários fatores que incentivam as pessoas a fumar, dependendo de pessoa para pessoa, tornando a prevenção um pouco mais complicada, uma vez que o público é bastante diversificado.

Alguns investigadores consideram que “a aquisição de qualquer hábito de fumar é apenas um exemplo, não é uma simples resposta a um estímulo” (Flay, 1983; Nutbeam, Mendoza e Newman, 1988; Bellew e Wayne, 1991; Hill, 1991; segundo Precioso e Macedo, 2004, p. 14).

Existe outra teoria denominada de Teoria de Ação Racional (Ajzein e Fisbein, 1980, segundo Precioso e Macedo, 2004, p.14) que tenta explicar o consumo de tabaco, e refere que “o comportamento de fumar pode ser predito pela intenção da pessoa fumar, embora a realização dessa intenção possa não ser possível devido a certas barreiras (por exemplo alguém não quer fumar mas não sabe como recusar um cigarro; alguém quer fumar mas não tem dinheiro para comprar cigarros” (Vries e Kok, 1986; Vries, 1989; segundo Precioso e Macedo, 204, p.14).

Segundo Precioso e Macedo (2004), os modelos que esclarecem o ato de fumar são os modelos bio-psico-sociais-ambientais, isto é, os que referem os motivos que incentivam os indivíduos a fumar (o que determina o seu comportamento), são os fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais.

No que diz respeito à aquisição de estilos de vida dos alunos, a escola tem um papel importante. No entanto, importa salientar que a responsabilidade não é só da escola, mas também da família, dos grupos onde as crianças estão inseridas e da comunidade.

Segundo Rodrigues, V.; Carvalho, A.; Gonçalves, A. & Carvalho, G. (2007, p.6), “é cada vez mais assumido que a Escola como um local de eleição que é deve partir do pressuposto que a educação/promoção da saúde é um processo de capacitação, participação e responsabilização que deve levar as crianças e os jovens, a sentirem-se competentes, felizes e valorizados, por adotarem e manterem estilos de vida saudáveis”.

#### **3.1.4.1 Componentes do fumo do tabaco e efeitos na saúde**

O fumo do tabaco é composto por cerca de 4500 substâncias diferentes e prejudiciais para a saúde. As substâncias mais conhecidas que constituem o fumo deste produto são a nicotina, o monóxido de carbono, o alcatrão e as substâncias irritantes. São, também, estas substâncias que causam mais doenças para o organismo.

- A nicotina, segundo Precioso, Sousa, Correia, Samorinha, Araújo, Macedo e Antunes (2014, p.20) “possui vários efeitos imediatos no organismo, dos quais se salienta: a aceleração do ritmo cardíaco (taquicardia); o aumento da pressão arterial; a constrição (estreitamento) dos pequenos vasos sanguíneos debaixo da pele e o aumento da adesividade das plaquetas do sangue o que facilita a formação de

trombos.” Esta substância é a principal causadora da dependência física, em relação ao tabaco, nos fumadores.

- O monóxido de carbono é a substância mais prejudicial para uma gravidez, uma vez que reduz a quantidade de oxigénio que é transportado para o feto, provocando anomalias no seu crescimento. Segundo Precioso, Sousa, Correia, Samorinha, Araújo, Macedo e Antunes (2014, p.20) “este composto também está relacionado com a formação de depósitos de gordura nas paredes das artérias (arteriosclerose).” Com este procedimento as artérias podem ficar bloqueadas, provocando doenças no coração (como por exemplo, enfarte), ou até mesmo outros problemas relacionados com a circulação. Precioso, Sousa, Correia, Samorinha, Araújo, Macedo e Antunes (2014, p.20) referem que “por outro lado, reduz a capacidade do sangue transportar oxigénio, o que vai afetar todas as células e órgãos do corpo especialmente o coração.”
- Os mesmos autores referem que o alcatrão “recebe o conjunto de partículas sólidas de reduzidíssimas dimensões presentes no fumo do cigarro e que ficam retidas num filtro especial” (p.20). Este composto é uma mistura de várias substâncias diferentes e é muito prejudicial para a saúde, sendo muitas delas cancerígenas. Quando o alcatrão fica alojado nos pulmões dificulta as trocas gasosas entre estes e o sangue, fazendo com que o fumador tenha uma menor capacidade de respiração do que um não fumador.

As substâncias irritantes que constituem o fumo do tabaco provocam o aumento da produção do muco e danificam os “pequenos cílios (espécie de “cabelos”) que revestem as vias respiratórias e que ajudam a remover as impurezas e as bactérias” (Precioso, Sousa, Correia, Samorinha, Araújo, Macedo e Antunes (2014, p.21).

#### **3.1.4.2 Vantagens imediatas de não fumar para a saúde**

Segundo Precioso, Sousa, Correia, Samorinha, Araújo, Macedo e Antunes (2014, p.16), quando uma criança ou um adolescente experimenta fumar, pode sentir vários sintomas, como por exemplo, sensação de ardor e inflamação dos olhos, tosse intensa, tremuras, aumento do ritmo cardíaco e da pressão arterial, vertigens e sensação de falta de ar. No entanto, se depois de experimentarem continuarem a fumar, a sua saúde pode agravar e, conseqüentemente, podem

surgir doenças, como por exemplo, amigdalite, otite, bronquite, ataques de asma, entre outros problemas respiratórios.

#### **3.1.4.3 Vantagens a médio e longo prazo de não fumar para a saúde**

Se as crianças ou adolescentes continuarem a fumar por alguns anos, depois de terem experimentado, poderão surgir, mais tarde, graves problemas de saúde, como por exemplo, o cancro em geral e da traqueia, dos brônquios e dos pulmões, em particular; a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC); as doenças cardiovasculares; as infeções respiratórias; as doenças dos vasos sanguíneos das pernas e dos braços, das quais podem resultar gangrena e, conseqüentemente, a amputação dos membros; as úlceras no estômago, entre outras (Precioso, Sousa, Correia, Samorinha, Araújo, Macedo e Antunes, 2014, p.17).

#### **3.1.4.4 Vantagens de não fumar para o meio ambiente**

O consumo de tabaco, para além de ser um grave problema para a saúde dos indivíduos (fumadores e não fumadores) é, também, um grave problema para o meio ambiente. Segundo Precioso, Sousa, Correia, Samorinha, Araújo, Macedo e Antunes (2014, p.34) “a erosão dos solos, a contaminação das toalhas freáticas, o aquecimento global, a contaminação do ar, principalmente dos locais fechados, o chão sujo com cinzas, pontas de cigarros e maços de tabaco vazios, são problemas ambientais associados ao cultivo, transformação e consumo de tabaco.”

#### **3.1.4.5 O tabaco e a dependência**

Quando um fumador fica sem fumar durante um determinado tempo, este irá sentir alguns sintomas, nomeados de sintomas de privação. Isto é, irá sentir uma grande necessidade de fumar, sentindo-se mais irritado, podendo tornar-se mais agressivo e ansioso, podendo ganhar febre, sentindo uma maior dificuldade de concentração, tendo mais sonolência e insónias, aumentando o apetite, as dores de cabeça e, até mesmo, tendo vertigens e tonturas.

## CAPÍTULO IV – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO DO ESTÁGIO

### 4.1 Apresentação e fundamentação da metodologia de intervenção/investigação

Neste capítulo é apresentada e descrita a metodologia adotada para a intervenção e investigação do estágio. Neste projeto estão presentes dois paradigmas (quantitativo e qualitativo) e os métodos e técnicas aplicadas foram a pesquisa documental, conversas informais e inquéritos por questionário. A figura 1 mostra, esquematicamente, as etapas realizadas ao longo da intervenção.

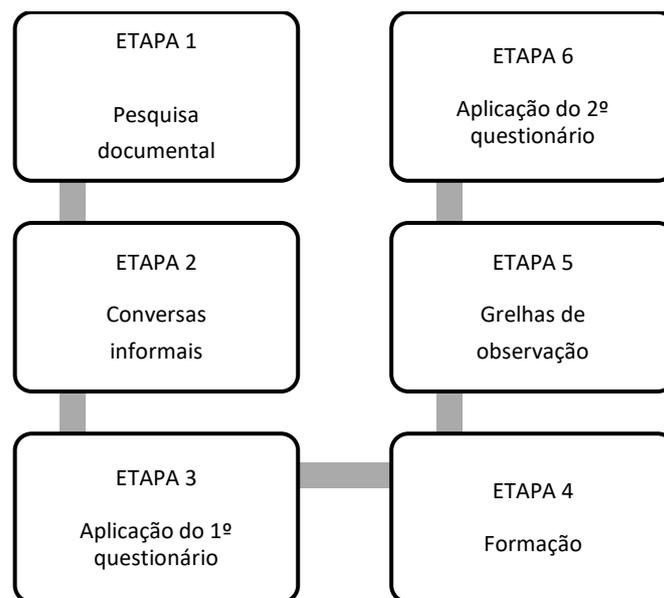


Figura 1 – Etapas de intervenção

#### 4.1.1 Paradigmas

Segundo Lanza, Junior, Almeida & Bustos (2017, p.9) “o método é um corpo de práticas, procedimentos e regras usados no processo de busca de dados, de informações, num campo específico do conhecimento.” Os mesmos autores referem que o método auxilia na seleção, observação recolha, classificação e análise dos fenómenos e factos sociais. Por outro lado, as técnicas “são instrumentos e práticas de recolha e tratamento das informações, que podem ser: oral, documento escrito, filme/vídeo, fotografia e dados estatísticos (BECHHOFFER; PATERSON, 2000, citado por Lanza, Junior, Almeida & Bustos; 2017, pp.9-10).

Os métodos estão divididos em duas categorias: método quantitativo e método qualitativo. Em relação ao método quantitativo, também denominado como paradigma positivista, empírico-analítico, racionalista, empirista, “procura adaptar o modelo das Ciências Naturais à investigação em Ciências Sociais e Humanas, utilizando basicamente uma metodologia de cariz quantitativo” (segundo Shaw, 1999, *et. al.* Citado por Coutinho, 2011, pp.10-11).

O método quantitativo “é caracterizado pela ausência do pesquisador no terreno, que trabalha com dados estatísticos e com questionários/inquéritos” (Lanza, Junior, Almeida & Bustos, 2017, p.10). Quanto ao método qualitativo, “é caracterizado pela observação direta e observação-participante do pesquisador no terreno, utilizando ainda a entrevista (semi) diretiva e/ou conversas informais e a análise de conteúdo das narrativas e/ou escritas” (Creswell, 1998; citado por Lanza, Junior, Almeida & Bustos, 2017, p.10.)

A intervenção/investigação deste projeto enquadra-se num paradigma quantitativo e qualitativo. Neste projeto foi utilizada a análise estatística, utilizada para medir opiniões, atitudes, preferências e comportamentos, utilizada para tratamento de dados quantitativos decorrentes da investigação em causa.

Por outro lado, também se encontra neste plano o paradigma qualitativo, também designado como hermenêutico, naturalista, interpretativo e construtivista, devido à dinamização e observação participante de sessões e à recolha de informação nessas mesmas sessões.

O método adotado para a elaboração deste plano de atividade incide numa investigação-ação que consta em compreender, melhorar e reestruturar as práticas, neste caso, práticas de estilos de vida saudáveis.

#### **4.1.2 Métodos e técnicas**

Para que fosse possível desenvolver este projeto, primeiramente, foi imprescindível conhecer o público-alvo, ou seja, é importante conhecer quais as necessidades, e os interesses do mesmo. Para que tal fosse possível, foram utilizados diversos métodos de investigação social, decisivos para a evolução do projeto. Assim, os métodos utilizados foram a análise de conteúdos, a observação direta, as conversas informais e o inquérito por questionário.

“Métodos” e “técnicas”, segundo Coutinho (2011, p.22) “são termos que surgem na literatura para designar os diversos meios que ajudam e/ou orientam o investigador na sua busca do conhecimento”. Ainda assim, há autores que utilizam os três termos como se fossem sinónimos

entre eles. Contudo, há autores que defendem que cada um dos termos têm significados diferentes.

Para Bisquerra (1989, p.55, citado por Coutinho, p.22) os métodos de investigação “constituem o caminho para chegar ao conhecimento científico (sendo) o conjunto de procedimentos que servem de instrumentos para alcançar os fins da investigação”. No que diz respeito às técnicas, o mesmo autor refere que estas “são procedimentos de atuação concretos e particulares, meios auxiliares do método, porque dentro de um método, que é sempre mais geral, podem utilizar-se diversas técnicas” (Bisquerra, 1989, p.55, citado por Coutinho, p.22)

As técnicas de intervenção/investigação tiveram início quando houve a minha integração na instituição através da pesquisa documental. Assim, pude conhecer melhor o contexto profissional do serviço educativo da Juventude da Cruz Vermelha, mais concretamente do projeto Geração Tecla, o que também facilitou a obtenção de dados imprescindíveis para o diagnóstico de necessidades. Por fim, mas não menos importante, as conversas informais, também contribuíram para a elaboração do diagnóstico.

A análise de conteúdos é uma técnica essencial para iniciar uma investigação, uma vez que é preciso fazer uma pesquisa dos conteúdos já existentes. Segundo Quivy e Campnhoudt (2005, p.226), “a análise de conteúdo incide sobre mensagens tão variadas como obras literárias, artigos de jornais, documentos oficiais, programas audiovisuais, declarações políticas, atas de reuniões ou relatórios de entrevistas pouco diretivas.”

A análise de conteúdo divide-se em duas categorias: métodos quantitativos e métodos qualitativos. No que diz respeito aos métodos quantitativos estes são extensos, visto que se baseia na “análise de um grande número de informações sumárias e teriam como informação de base a frequência do aparecimento de certas características de conteúdo ou de correlação entre elas.” (segundo Quivy e Campnhoudt, 2005, p.227). Quanto ao paradigma qualitativo é mais intenso, pois analisa “um pequeno número de informações complexas e pormenorizadas” (Quivy e Campnhoudt, 2005, p.227).

Uma das técnicas também utilizada no desenvolvimento e construção deste projeto foi a observação participante. Esta consiste na participação do observador na vida do grupo em estudo. Muitas vezes confunde-se a observação participante com a não participante (o investigador observa do “exterior”, ou seja, não participa na vida do grupo em questão).

Para a realização deste projeto de intervenção foi também importante as conversas informais com os profissionais que trabalham com as crianças sobre questões relacionadas com a estrutura

e implementação do projeto em causa, assim como aspetos relativos às crianças, como por exemplo, o seu desempenho nas atividades do projeto da instituição, o seu desempenho na escola, as suas questões de higiene, se fumam ou não, que tipo de alimentação eles têm, que tipo de atividades eles gostam de fazer, e trabalhar nas lacunas existentes.

Os inquéritos por questionários, também foram uma técnica adotada que também contribuíram quer para elaboração do diagnóstico de necessidades, quer como técnica de supervisão da formação. Estes, quando são apresentados a uma amostra significativa de inquiridos, “impede que as respostas individuais possam ser interpretadas isoladamente, fora do contexto previsto pelos investigadores. Os dados recolhidos neste tipo de casos, só fazem sentido quando tratados de modo estritamente quantitativa, que consiste em comparar as categorias de respostas e em estudar as suas correlações.” (Quivy e Campnhoudt, 2005, p.184-185).

Segundo Ghigkione & Matalon (1997, citado por Coutinho, 2011, p.101), “os questionários assemelham-se às entrevistas, mas por dispensarem a presença do entrevistador são autoadministrados; tomam quase sempre a forma de formulários impressos que podem ser enviados por correio (para grandes populações) ou entregues em mão (para amostras mais pequenas)” (segundo Carlhes, 1998 citado por Coutinho, 2011, p.101). Neste projeto, os inquéritos por questionários foram entregues em mão, uma vez que se trata de uma população pequena, no entanto foram realizados através da internet, visto que foi uma forma de cativar as crianças e adolescentes a realizar o inquérito por questionário, porque elas gostavam muito de trabalhar em computadores. Embora a entrevista e o questionário se baseiem na validade de referências orais, existem diferenças entre os dois. No questionário (método utilizado neste projeto) a informação obtida restringe-se a respostas escritas e pré-relacionadas. No questionário aplicado, foram utilizadas questões fechadas (através de medidas estatísticas, como por exemplo a questão 1.6 Qual o grau de escolaridade dos teus pais?, onde foi apresentado uma escala ordinal, que segundo Coutinho, 2011, p.73, “ordenam os sujeitos ou objetos em estudo de acordo com certas características segundo um processo de comparação” e “permite a ordenação (de maior a menor ou de menor a maior) dos dados, segundo o grau em que as pessoas ou objetos possuem uma dada característica” (segundo Coutinho, 2011, p.73)), e abertas (através da determinação de um conjunto de categorias, como por exemplo na questão 1.7 Qual a profissão dos teus pais?, onde foi deixado uma linha para o sujeito escrever a profissão do pai e da mãe).

Deste modo, os questionários é um método de recolha de informações sobre os inquiridos.

Os inquéritos por questionário foram executados antes e depois da intervenção, ambos com a mesma estrutura, de modo a que fosse possível avaliar se a intervenção realizada na instituição obteve sucesso, se houve melhorias e mudanças nos estilos de vida das crianças.

O próximo quadro apresentado apresenta a estrutura dos inquéritos por questionário implementados.

**Quadro 1 - Estrutura do primeiro questionário**

<b>Objetivos</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Questões</b>
Descrever o perfil sociodemográfico dos formandos	Idade	1.1
	Sexo	1.2
	Ano de escolaridade dos formandos	1.5
	Ano de Escolaridade dos pais	1.6
	Profissão dos pais	1.7
Caracterizar os hábitos de higiene oral dos formandos	Frequência de lavar os dentes	2.1
	Alguma vez foi a um dentista	2.2
	Frequência com que vai ao dentista	2.2.1
	Conhecimento de problemas que surgem devido à falta de higiene	2.3
	Quais os problemas devido à falta de higiene	2.3.1
Caraterizar os hábitos de sono dos formandos	Horas de levantar e acordar em dia de aulas	3.1 – 3.2
	Horas de levantar e acordar ao fim-de-semana	3.3 – 3.4
Caraterizar os hábitos e preferências alimentares, da prática de exercício físico e de sedentarismo dos formandos	Frequência de comer determinadas refeições	4.1
	Frequência de consumir determinadas bebidas	4.2
	Frequência de consumir determinados alimentos	4.3
	Frequência de consumir alimentos confeccionados de determinadas formas	4.4
	Frequência de praticar exercício físico	4.5
	Desporto que pratica	4.6
	Quantidade de horas de televisão que vê por dia (sedentarismo)	4.7
Caraterizar os hábitos de consumo de tabaco dos formandos	Experiência de fumar	5.1
	Idade que tinha quando experimentou	5.2
	Fuma ou não fuma atualmente	5.3

	Quantidade de cigarros que fuma por dia	5.4
	Quantidade de cigarros que fuma por semana	5.5
	Familiares que fumam ou não fumam	5.6
	Familiares que fumam ou não fumam dentro de casa	5.7
Caraterizar os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas dos formandos	Experiência de beber bebidas alcoólicas	6.1
	Frequência com que consome bebidas alcoólicas	6.2
	Frequência com que consumiu bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias	6.3
	Frequência com que já ficou alcoolizado	6.4
	Intenção de consumir bebidas alcoólicas no futuro e no próximo ano	6.5

O primeiro questionário aplicado continha 7 páginas, onde estavam presentes as variáveis “idade”; “sexo”; “ano de escolaridade dos formandos”, e “escolaridade dos pais” na primeira página, como abordagem inicial, intitulada como “1. Dados Pessoais”.

Na segunda parte, intitulada como “2. Higiene”, estavam presentes as variáveis “lavagem dos dentes”, “ida ao dentista”, “problemas dentários”.

A terceira parte denominada “3. Sono”, encontra-se dividida nas variáveis “hora de deitar e levantar em dias de aulas” e “horas de deitar e levantar ao fim-de-semana”.

A quarta parte designada como “4. Hábitos Alimentares”, encontra-se dividida nas seguintes variáveis: “frequência de comer determinadas refeições”; “frequência de consumir determinadas bebidas”; “frequência de consumir determinados alimentos”; “frequência de consumir alimentos confeccionados de determinadas formas”; “frequência da prática de exercício físico”; “desporto que pratica”; “quantidade de horas de televisão que vê por dia”.

Na quinta parte intitulada como “5. Consumo de tabaco” estão presentes as variáveis de “experimental”; “idade quando experimentou fumar”; “fuma ou não fuma atualmente”; “quantidade de cigarros que fuma por dia”; “quantidade de cigarros que fuma por semana”; familiares que fumam ou não” e “familiares que fumam ou não dentro de casa”.

A sexta parte designada como “6. Consumo de bebidas alcoólicas” estavam presentes as variáveis “experimental”; “frequência com que consome bebidas alcoólicas”; “frequência com consumiu bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias”; “frequência com que já ficou alcoolizado” e “intenção de consumir bebidas alcoólicas”.

**Quadro 2 - Estrutura do segundo questionário**

<b>Objetivos</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Questões</b>
Descrever o perfil sociodemográfico dos formandos	Idade	1.1
	Sexo	1.2
Caracterizar os hábitos de higiene orais dos formandos	Frequência de lavar os dentes	2.1
Caraterizar os hábitos de sono dos formandos	Horas de deitar num dia de aulas	3.1
	Horas de acordar num dia de aulas	3.2
	Problemas que podem surgir devido a maus hábitos de sono	3.3
Caraterizar os hábitos e preferências alimentares, da prática de exercício físico e de sedentarismo dos formandos	Frequência de comer determinadas refeições	4.1
	Frequência de consumir determinadas bebidas	4.2
	Frequência de consumir determinados alimentos	4.3
	Frequência de consumir alimentos confeccionados de determinadas formas	4.4
	Frequência de praticar exercício físico	4.5
	Quantidade de horas de televisão que vê por dia (sedentarismo)	4.6
Caraterizar os hábitos de consumo de tabaco dos formandos	Fuma ou não fuma atualmente	5.1
	Quantidade de cigarros que fuma por dia	5.2
	Quantidade de cigarros que fuma por semana	5.3
	Familiares que fumam ou não fumam	5.4
	Familiares que fumam ou não fumam dentro de casa	5.5
Avaliar as atividades desenvolvidas ao longo do projeto	Atividades que contribuíram de forma positiva para melhorar os hábitos de educação para a saúde/estilos de vida dos formandos	6.1
	Mudanças nos comportamentos dos pais em relação ao consumo de tabaco	6.2
	Atividades que mais gostaram	6.3
	Atividades que menos gostaram	6.4

O segundo questionário aplicado continha 5 páginas, onde estavam presentes as variáveis “idade” e “sexo” na primeira página, como abordagem inicial, intitulada como “1. Dados Pessoais”.

Na segunda parte, intitulada como “2. Higiene”, estavam presentes as variáveis “lavagem dos dentes”.

A terceira parte denominada “3. Sono”, encontra-se dividida nas variáveis “hora de deitar num dia de aulas”; “horas de levantar em dias de aulas” e “problemas que podem surgir devidos a maus hábitos de sono”.

A quarta parte designada como “4. Hábitos Alimentares”, encontra-se dividida nas seguintes variáveis: “frequência de comer determinadas refeições”; “frequência de consumir determinadas bebidas”; “frequência de consumir determinados alimentos”; “frequência de consumir alimentos confeccionados de determinadas formas”; “frequência da prática de exercício físico” e “quantidade de horas de televisão que vê por dia”.

Na quinta parte intitulada como “5. Consumo de tabaco” estão presentes as variáveis de “fuma ou não fuma atualmente”; “quantidade de cigarros que fuma por dia”; “quantidade de cigarros que fuma por semana”; familiares que fumam ou não” e “familiares que fumam ou não dentro de casa”.

A sexta parte designada como “6. Atividades realizadas” encontra-se dividida nas variáveis de “atividades que contribuíram de forma positiva para melhorar os hábitos de educação para a saúde/estilos de vida dos formandos”; “mudanças nos comportamentos dos pais em relação ao consumo de tabaco”; “atividades que mais gostaram” e “atividades que menos gostaram”.

Um inquérito por questionário, segundo Ghiglione e Matalon (2001, citado por Sousa, 2014, p.64) “consiste em inquirir um determinado número de indivíduos tendo em vista uma generalização. Um inquérito versa, portanto, suscitar um conjunto de discursos singulares, em interpretá-los e generalizá-los”.

Deste modo, através do inquérito é possível recolher dados sobre uma dada realidade, obtendo respostas, que nos permitem alcançar perceções ou opiniões sobre determinados acontecimentos e, também, perceber que os inquiridos têm certos comportamentos, capacidades ou processos que não conseguiríamos observar e entender naturalmente (Lessard – Hébert, 1996, citado por Sousa, 2014).

Segundo Sampieri Collado e Lucio (2006, citado por Sousa, 2014, p.65) “ o questionário é entendido como um agregado de questões, com relação a uma ou mais variáveis para posteriormente serem medidas”.

#### 4.1.3 Formação

A intervenção aplicada na instituição está inserida numa formação pedagógica aliada à supervisão. Esta intervenção teve um papel importante na construção de conhecimentos dos formandos, assim como na consolidação dos conhecimentos que os mesmos já possuíam, e também teve um importante papel nas experiências significativas na aprendizagem informal dos formandos. Atualmente, a formação tem vindo a ser uma problemática bastante presente nas instituições, tornando-se assim uma preocupação crescente. Segundo Azevedo (2011, p.28) “na formação pretende-se que os formando atinjam o êxito, a mudança, melhorias reais e efetivas, para tal é também necessário que se recorram a processos de avaliação e supervisão que permitam controlar a qualidade do processo, as suas lacunas e fatores impeditivos que a mudança e o desejado êxito sejam alcançadas”. Para Tavares (1992, citado por Sá-Chaves, 1997) a formação é vista como um processo de desenvolvimento cognitivo humano, tendo assim que ser evitada uma formação apenas informativa, permitindo uma transformação a nível pessoal.

Segundo Schön (citado por Alarcão, 1996, p.19), existem três estratégias de formação: experimentação em conjunto (*joint experimentation*), a demonstração acompanhada de reflexão (*follow me*) e experiência e análise de situações homológicas (*play in a hall of mirrors*).

Na experimentação em conjunto, Alarcão (1996, p.20) dá um exemplo prático deste tipo de estratégia de formação: “após a execução de uma peça por uma aluna de música, o músico, o formador, pergunta à aluna se gostou da execução que fez; a resposta não é inteiramente afirmativa. A partir da apreciação analítica e descritiva, o profissional sugere outras maneiras de executar aquela peça, maneiras que talvez correspondam melhor às expectativas que a aluna tinha criado e às quais não tinha sido capaz de corresponder. Lado a lado, mas num esforço comum, envolvem-se os dois na resolução do problema que ambos assumiram como seu: a execução musical com a qualidade pretendida. Ao mesmo tempo que convida a aluna a tentar, o formador demonstra, também ele, que a prática é um campo de experimentação.” Neste exemplo de estratégia de formação, tanto o formador como o formando trabalham em conjunto para resolverem um problema.

No caso da modalidade de demonstração acompanhada, o supervisor possui um papel mais ativo, contrariando a primeira estratégia, e o formando sempre sabe o que deseja. Esta estratégia consiste numa atividade, normalmente improvisada, onde o formador “demonstra, descreve o que demonstra, reflete sobre o que faz e o que descreve” (Alarcão, 1996, p.20), enquanto o formando imita o formador e interroga-se “sobre o sentido da ação observada e descrita” (Alarcão, 1996, p.20).

Por último, no caso da homologia, “explora-se, na situação de aprendizagem, o paralelismo com a situação da prática profissional, o vice-versa”. Neste caso, tanto o formador como o formando, estão inseridos em registos equivalentes, ou seja, tanto a prática como a aprendizagem servem como preparação para a atividade profissional.

#### **4.1.4 Supervisão da Formação**

A supervisão, no final do século XX, em Portugal, era associada apenas à formação inicial, contudo no século XXI, para além de estar associada a formação inicial passou a estar também ligada à formação contínua, cruzando-se com a avaliação de desempenho (Formosinho, Machado & Oliveira-Formosinho, 2010, citado por Coimbra, Marques & Martins, p.32, 2012).

Segundo Alarcão (2003) entende-se a “supervisão de professores como o processo em que um professor, em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro professor ou candidato a professor no seu desenvolvimento humano e profissional” (p.16). Nesta definição é de salientar que o professor está em constante desenvolvimento profissional, mas ao mesmo tempo também como pessoa (holístico). Assim, qualquer professor/formador será capaz de se autoeducarem, não tendo a necessidade de recorrerem constantemente a um supervisor e estando “mais capacitados para desenvolver nos seus alunos atitudes de autonomia e autoaprendizagem” (Alarcão, 1996, p.92)

Por outro lado, para Vieira (1993: 28; citado por Alarcão, 1996. p.92), a supervisão “no contexto da formação de professores, é uma atuação de monitorização sistemática da prática pedagógica, sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação”. Com esta definição entende-se que se deve rever o passado e reconstruí-lo, “corrigindo aquilo que deve ser corrigido porque se experimentou e mantendo aquilo que a experiência provou ser eficaz e positivo” (Alarcão, 1996, p.92).

Segundo Sá-Chaves (2009), existem dois tipos de supervisão, um de organização vertical e outro de organização horizontal. Na supervisão de organização vertical, refere-se “à relação que

se estabelece entre elementos constituintes da equipa de formação, sendo tacitamente aceite que existem diferenças ao nível dos conhecimentos e da experiência entre supervisor e supervisando, circunstância que os hierarquiza em níveis distintos de desenvolvimento profissional” (Sá-Chaves, 2009, p.35). Ou seja, neste caso, o supervisor tem a característica de formar e o supervisando está lá para aprender. Por outro lado, a supervisão de organização horizontal, “admite como pressuposto que a relação supervisiva que também se pode estabelecer entre formandos (e não obstante a suposta equivalência ao nível dos saberes e da experiência) não é, ao nível da formação, um fator negligenciável” (Sá-Chaves, 2009, p.35). Isto é, há uma relação que tem a possibilidade de enriquecer e ampliar o leque de hipóteses formativas possíveis, onde o supervisor para além de formar também pode ser formado, havendo assim uma “aprendizagem cooperativa, capacidade de gerar e partilhar conhecimento numa comunidade assumidamente reflexiva e aprendente” (Torre, 2017, p.18)

A supervisão pode ser exercida no sentido da inspeção e do controle, tal como no sentido da emancipação e autonomia dos formandos. Atualmente, “a atividade da supervisão (pedagógica e da formação) é vista enquanto ação de acompanhamento da atividade geralmente (pré)profissional ou institucional (contextualizada e realizada por pessoas) com uma intencionalidade orientadora, formativa, transformadora, desenvolvimentista assente numa metodologia de natureza reflexiva, colaborativa e capacitante)” (v. Alarcão; Roldão, 2008), citado por Coimbra, Marques & Martins, 2012). Deste modo, a supervisão está relacionada com a qualidade da educação, ou seja, colocando-se ao serviço da sustentabilidade, uma vez que assume uma perspetiva eco desenvolvimentista (Alarcão; Canha 2013, citado por Coimbra, Marques & Martins, 2012) e transformadora. (Vieira, 2009, 2010, citado por Coimbra, Marques & Martins, 2012).

Então, a supervisão pedagógica, está presente num espaço de transformação de sujeitos, assim como de contextos.

O perfil do supervisor consiste numa lista de funções integradas nas dimensões fundamentais para a prática da supervisão coerente e enraizada nas necessidades daqueles que atuam no contexto institucional que representam. O supervisor “surge como alguém que deve ajudar, monitorar, cria condições de sucesso, desenvolver aptidões e capacidades no professor, tornando-se por isso numa personagem semelhante ao reinador de um atleta” (Alarcão, 1996, p.93).

O ato de supervisionar, segundo Alarcão (1996, p.94), deverá ser “um processo de interação consigo e com os outros, devendo incluir processos de observação, reflexão e ação do e com o professor”. O professor/formador também deverá observar, tanto o supervisor, como a si próprio

e aos alunos/formandos, devendo “refletir sobre o que observou, questionar o observado, receber *feedback* do supervisor e dos alunos; refletir sobre esses dados, autoavaliando-se constantemente de modo a corrigir e melhorar as práticas pedagógicas para poder promover o sucesso educativo dos seus alunos e o seu próprio sucesso profissional” (Alarcão, 1996, p.94).

#### **4.2 Identificação dos recursos mobilizados**

Os recursos utilizados para a intervenção dividem-se em recursos materiais. No que diz respeito aos materiais, ao longo do estágio, foram vários os materiais utilizados para a dinamização das atividades programadas. Para as sessões com as crianças foram essenciais alguns materiais de apoio para que elas compreendessem melhor as temáticas abordadas, alguns construídos por mim, e outros fornecidos pelo meu orientador. Para a divulgação das atividades, a própria instituição criou uma tabela onde estavam presentes todas as atividades que iriam decorrer em cada semana. Nas sessões com as crianças, utilizei materiais construídos por mim, assim como o computador de modo a que pudesse projetar as apresentações das temáticas.

## CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO/INVESTIGAÇÃO

### 5.1 Apresentação do trabalho de intervenção

A presente intervenção envolveu duas componentes: crianças e pais. A intervenção nas crianças foi acompanhada por uma abordagem pedagógica e foi realizada num grupo de 20 crianças, com idades compreendidas entre os 8 e os 14 anos, através da formação e posterior supervisão da mesma. A formação, com um total de 7 sessões, realizou-se numa sala de aula, assim como no espaço exterior da instituição, como por exemplo, no campo de futebol e jardim.

Os planos das sessões foram organizados de forma semelhante de modo que houvesse uma metodologia coesa e fiável do ponto de vista da formação. Para cada sessão foram definidos os principais objetivos, a estratégia adotada e os conceitos-chave.

Todas as sessões tinham como principal objetivo educar as crianças e adolescentes para a adoção de um estilo de vida mais saudável, onde inicialmente era feito uma contextualização teórica e posteriormente era realizada a atividade relacionada com o tema. Estas sessões desenvolveram-se entre os meses de março e junho de 2018

#### **Sessão 1**

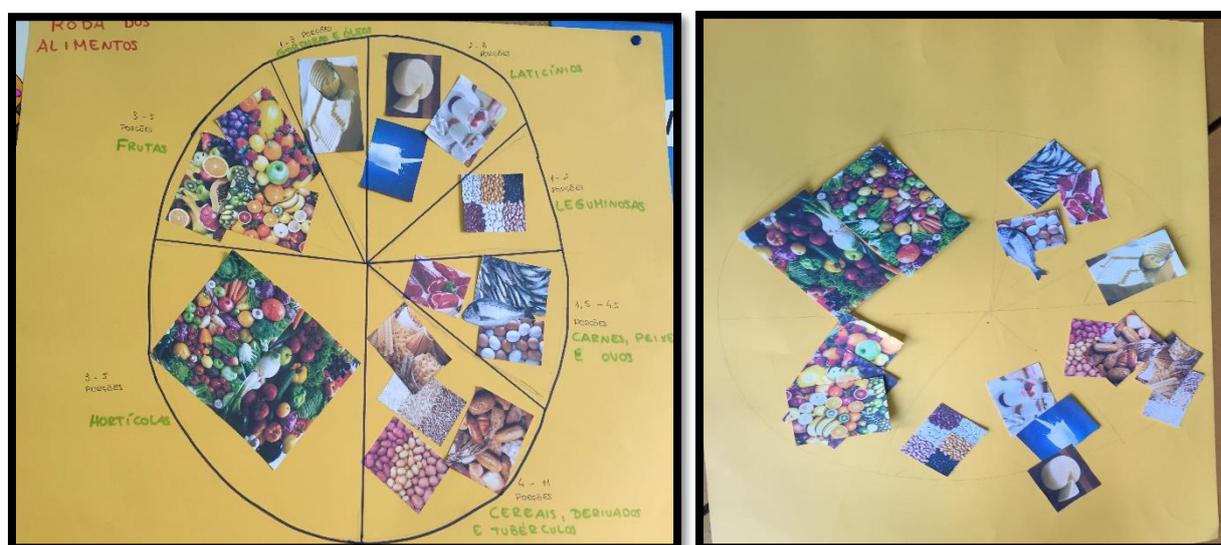
A primeira sessão, denominada de “Roda dos Alimentos”, tinha três objetivos: compreender a constituição da roda dos alimentos; identificar os alimentos presentes na roda; conhecer as porções diárias recomendadas dos vários tipos de alimentos.

Nesta atividade as crianças criaram uma roda dos alimentos. Inicialmente perguntei se sabiam como é que a roda dos alimentos se agrupava e alguns dos participantes responderam que sabiam que existia o grupo dos laticínios, das frutas e dos vegetais. Então, expliquei que a roda dos alimentos se agrupava em 7 divisões: cereais, derivados e tubérculos (arroz, massas, pão...); hortícolas (todos os legumes); frutas; laticínios (leite, iogurtes, queijos...); leguminosas (ervilhas, feijões...); gorduras e óleos (azeite, manteiga, óleos vegetais...). Posteriormente, as crianças criaram então uma roda dos alimentos, no entanto, ainda havia alimentos que não estavam bem agrupados. Mostrei uma roda dos alimentos que estava agrupada corretamente para que eles pudessem corrigir o que tinham feito e referi as quantidades/porções que cada pessoa deveria ingerir diariamente.

No dia seguinte, voltei a reunir as crianças para continuar a atividade, uma vez que no dia anterior não consegui que a atividade funcionasse da melhor forma. Desta vez, projetei um cartaz/folheto explicativo<sup>1</sup> com a explicação das porções que cada pessoa deve consumir diariamente de cada tipo de grupo de alimentos que constituem a roda dos alimentos, sendo que diariamente devem comer-se porções de todos os grupos e que o número de porções recomendado depende das necessidades energéticas de cada pessoa.

No final reforçou-se a ideia de que a roda dos alimentos transmite orientações para uma alimentação saudável, ou seja, uma alimentação completa (comer alimentos de cada grupo e beber água diariamente); equilibrada (comer uma maior quantidade de alimentos pertencentes a grupos de maior dimensão e uma menor quantidade dos grupos de menor dimensão); e uma alimentação variada (comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando diariamente, semanalmente e nas diferentes épocas do ano).

*Figura 2 - Roda dos alimentos elaborada pelas crianças e jovens*



## Sessão 2

A segunda sessão, intitulada de “Mímica”, foi orientada para incentivar à promoção, proteção e recuperação de hábitos de higiene pessoal, incentivando-as a conhecer e a cuidar do próprio corpo; compreender que a boa saúde está relacionada com a higiene, procurando mudanças nas atitudes das crianças como forma de prevenção a doenças; ensinar e estimular hábitos de higiene

<sup>1</sup> <file:///D:/Mestrado/Atividades/Roda%20dos%20alimentos/Roda%20dos%20alimentos%20folheto%20explicativo.pdf>

personais; favorecer a autoestima da criança; identificar e demonstrar a utilização dos objetos de higiene corporal e valorizar atitudes relacionadas ao bem-estar individual e coletivo.

No início da sessão coloquei às crianças a questão sobre o que entendiam por bons hábitos de higiene, em que algumas deram os exemplos de lavar os dentes e tomar banho.

Assim, foi explicado às crianças que para manter uma boa higienização pessoal, é necessário tomar banho todos os dias (para evitar maus cheiros e infeções nas partes mais íntimas), lavar os dentes entre duas a três vezes ao dia (de manhã, no final de cada refeição e antes de irem dormir), lavar as mãos antes de iniciar qualquer refeição e sempre que estiverem sujas, cortar as unhas das mãos e dos pés, andar sempre com uma roupa limpa, lavar bem o cabelo, lavar os ouvidos e quando espirram devem tapar o espirro com um lenço ou com o próprio braço, mas nunca com as próprias mãos, para não transmitirem bactérias para outras pessoas.

Foi-lhes também explicado que se mantiverem uma boa higienização pessoal, que se vão sentir bem consigo mesmos, mantendo sempre uma boa autoestima e transmitem uma boa imagem para as outras pessoas, não correndo o risco de serem postos de parte e serem alvo de críticas pela sociedade. Mantendo uma boa higienização pessoal evita a transmissão de doenças de pele, contaminação por bactérias e cáries dentárias.

Na parte prática da atividade, foi colocado num recipiente, pedaços de papel com atos de higienização pessoal (“lavar os dentes”, “tomar banho todos os dias”, “lavar as mãos”, entre outros) para que uma criança de cada vez tirasse um papel e lê-se para si próprio o que lá dizia, e através de gestos e expressões tentassem transmitir o que dizia no papel para que as outras crianças presentes conseguissem adivinhar.

### **Sessão 3**

A terceira sessão – “Cuida dos teus pulmões” –, tinha como finalidade sensibilizar e orientar para os malefícios do tabaco; sensibilizar para o não consumo do tabaco; incentivar e orientar a hábitos de vidas saudáveis e conscientizar que o consumo de tabaco afeta a própria saúde, mas também de quem rodeia o fumador.

No início desta atividade perguntei às crianças o que é que sabiam sobre o consumo de tabaco e os problemas que este causa na saúde das pessoas, e algumas crianças responderam que provocavam cancro nos pulmões e no coração.

Assim, expliquei às crianças que o consumo de tabaco causa cancro nos pulmões, problemas cardiovasculares, cancro na língua e na faringe (entre outros), acidentes vasculares cerebrais,

bronquites, problemas ao nível da visão, redução da memória e diminuição do nível de concentração em tabagistas adolescentes.

Foi-lhes também mostrado um site<sup>2</sup> sobre como fica o corpo de uma mulher e de um homem que é fumador. Este site mostra como fica o organismo de uma pessoa quer a nível exterior (pele, cabelo, unhas, entre outros) e a nível interior do organismo (órgãos).

Na parte prática da atividade, foi realizada uma experiência com uma garrafa de água com um furo na parte inferior da garrafa e com água no seu interior, uma tetina e um cigarro colocado na tetina. O cigarro foi colocado na tetina a arder, o buraco da garrafa foi destapado e, enquanto a água da garrafa saía pelo buraco criava um movimento de sucção de modo a que o cigarro começasse a ser fumado. Quando o cigarro foi todo fumado, tiramos a tetina da garrafa e colocamos um guardanapo e verificou-se o guardanapo a ficar amarelo devido ao fumo que saía da garrafa e a água ficou com uma cor amarela e com mau cheiro. As crianças ficaram admiradas, pois não sabiam como é que os pulmões de uma pessoa ficavam quando se fumava um cigarro.

De seguida, foi mostrado um vídeo parecido com a experiência realizada. No vídeo foi mostrado 30 maços de tabaco (600 cigarros) a serem fumados por um recipiente que continha algodão e uns tubos lá dentro. No final o algodão ficou preto e os tubos foram abertos, sendo retirado uma resina preta.

#### **Sessão 4**

A quarta sessão, designada de “A importância do sono” teve como finalidades advertir para os bons hábitos de sono; mostrar quais as consequências dos maus hábitos de sono para uma criança e entender quais os hábitos de sono que cada uma das crianças deve modificar.

Nesta atividade foram mostrados dois vídeos<sup>3</sup> às crianças sobre a importância do sono, quer a nível físico e psicológico, assim como na aprendizagem no dia-a-dia.

O primeiro vídeo aborda os estágios do sono e para que serve cada um deles, e explica qual a importância do sono. O segundo vídeo aborda como funciona o cérebro durante o sono e a importância do armazenamento de informação durante o sono.

Após a visualização dos vídeos iniciou-se um debate sobre o que é que já sabiam e o que é que não sabiam sobre a importância do sono. Maior parte das crianças não sabia muito sobre o tema, e trocaram ideias entre eles. Questionei-lhes se num dia normal de escola se deitavam cedo,

---

<sup>2</sup> <http://tobaccobody.fi/>

<sup>3</sup> 1º vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=7JruNSilenU>

2º vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=HYYKpxFrbtw>

e se achavam que dormiam o suficiente para acordarem cedo no dia a seguir para irem para a escola, ao qual algumas crianças responderam que não se deitam cedo e que no dia a seguir adormecem e que lhes custa a acordar de manhã.

No final da atividade, as crianças comprometeram-se a deitar mais cedo, para que no dia a seguir conseguissem se levantar bem-dispostos e sem adormecer.

### Sessão 5

Na quinta atividade – “Bowling de latas” –, focou-se apenas num jogo tradicional de feiras populares, uma vez que apenas participaram 2 crianças, tendo que a sessão ser dividida em duas partes. Nesta sessão foram elaborados 2 jogos, Bowling de Latas e Atira às Latas.

No Bowling das Latas, foram dispostas dez latas de sumos em forma de triângulo (4-3-2-1). O jogo é constituído por dez partidas, sendo que em cada partida, cada jogador tinha duas hipóteses de jogar. O vencedor deste jogo foi o jogador 1 com 30 pontos. O jogador 2 terminou o jogo com 26 pontos.<sup>4</sup> Cada ponto corresponde a cada lata derrubada, ou seja, se o jogador derrubar 1 lata, corresponde a 1 ponto, se o jogador derrubar 5 latas, corresponde a 5 pontos.

No segundo jogo, Atira às Latas, era construída uma pirâmide de 10 latas de sumos (4-3-2-1), sendo constituído por dez jogadas. Cada jogador, vez à vez, atirava a bola em direção à pirâmide, tendo que derrubar o máximo de latas possíveis. Tal como no jogo anterior, cada lata derrubada correspondia a 1 ponto. O vencedor deste jogo foi, mais uma vez o jogador 1, com 44 pontos, e o jogador 2 ficou com 35 pontos.<sup>5</sup>

**Tabela 1 - Bowling de Latas**

Jogadores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Jogador 1	1/0	0/4	0/0	7/3	0/9	2/5	1/0	4/0	1/0	9/0	44
Jogador 2	4/3	0/0	0/0	4/0	8/0	0/1	2/3	0/1	0/5	1/3	35

**Tabela 2 - Atira às Latas**

Jogadores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Jogador 1	0	0	0	0	10	0	0	0	10	10	30
Jogador 2	6	7	5	0	0	0	N	0	0	8	26

<sup>4</sup> Como podemos verificar na Tabela 1 – Bowling de Latas

<sup>5</sup> Como podemos verificar na Tabela 2 – Atira às Latas

*Figura 3 - Atividade atira às latas*



*Figura 4 - Atividade bowling de latas*



*Figura 5 - Atividade bowling de latas*



## **Sessão 6**

Esta sessão, intitulada de “As bebidas açucaradas”, tinha como finalidades conscientizar para o facto de que os refrigerantes e bebidas açucaradas são prejudiciais para saúde; incentivar o consumo de água e compreender a sua importância; compreender os perigos do consumo excessivo de açúcar; conhecer as quantidades de açúcar presentes em algumas bebidas e calcular a quantidade de açúcar e o valor calórico de determinadas bebidas.

Deste modo, foi-lhes apresentado um PowerPoint onde explicava o que era o açúcar, quais os tipos de açúcar existentes, em que tipo de alimentos e bebidas está o açúcar, qual a quantidade de açúcar que cada individuo deve ingerir diariamente, quais as consequências do consumo exagerado de açúcar. De seguida, apresentei algumas doenças que surgem devido ao consumo exagerado de açúcar, como por exemplo os diabetes, a obesidade e as cáries dentárias.

De seguida, foi realizada uma atividade onde tínhamos de calcular a quantidade de açúcar presente nas bebidas açucaradas apresentadas (Coca-cola, Fanta, 7Up, Ice Tea). Foi-lhes mostrado nos rótulos onde falava da quantidade de açúcar presente na lata por cada 330ml (a lata toda). Posteriormente, referi que em cada pacote de açúcar (de café) continha 6gr de açúcar. Então, tínhamos de calcular a quantidade de pacotes de açúcar que cada lata de sumo continha. No final da atividade foi-lhes perguntado o que tinham retido da atividade, ao qual eles referiram que o açúcar é prejudicial para a saúde.

No dia seguinte, 8 de junho de 2018, voltei a reunir as crianças para explicar alguns pontos que ficaram mal explicados no dia anterior, como por exemplo, o que era a insulina, explicar onde se situa o pâncreas no corpo humano, e mostrar algumas imagens associadas a doenças que foram faladas no dia anterior.

*Figura 6 - Atividade bebidas açucaradas*



### **Sessão 7**

A sétima e última sessão, designada de “Incentiva!”, tinha como finalidades conscientizar os pais das crianças a não fumarem dentro de casa e conscientizar os pais das crianças sobre os malefícios do consumo de tabaco.

Nesta sessão, foi distribuído aos formandos um panfleto com informações dos malefícios do tabaco e com incentivos para que os pais das crianças deixassem de fumar dentro de casa, para que as mesmas entregassem aos pais os panfletos. No dia a seguir, perguntei às crianças se tinham entregado os panfletos aos pais, ao qual elas responderam que sim, e de seguida questionei se eles tinham lido o panfleto o que é que eles tinham dito sobre o panfleto. Algumas crianças responderam que os pais não tinham lido o panfleto e que não deram importância, enquanto outras crianças disseram que os pais tinham lido o panfleto e que ficaram um bocado impressionados.

Figura 6 - Folheto informativo para os pais sobre malefícios do tabaco

**OS ESTUDOS REVELAM QUE...**

*Segundo a Organização Mundial da Saúde, o consumo de tabaco, na Europa, é responsável por um milhão e 200 mil mortes anuais, número que tende a aumentar para os 2 milhões. Em Portugal, o consumo de tabaco atinge cerca de 20 a 26% da população.*

*Em todo o mundo, por ano, morrem 5,4 milhões de pessoas devido ao consumo de tabaco!*



QUANDO FUMA DENTRO DE CASA, PENSE NO EXEMPLO QUE ESTÁ A DAR AO SEU FILHO.

E NÃO SE ESQUEÇA QUE ELE ESTÁ A RESPIRAR O FUMO DO SEU CIGARRO...

LEMBRE-SE, QUANDO FUMA, O SEU FILHO TAMBÉM ESTÁ A FUMAR.



DEJA NÃO AO CONSUMO DE TABACO!

**Não ao Consumo de Tabaco!**



Pulmões de fumador    Pulmões de não fumador

**Não fume dentro de casa!**  
Prejudica a sua saúde e de quem vive na sua casa!



**Tabaco é um** produto agrícola processado a partir das folhas de plantas do género Nicotiana. É consumido como uma droga recreativa sob a forma de cigarro, charuto, cachimbo, rapé, narguilé, charro ou fumo mascado. É usado

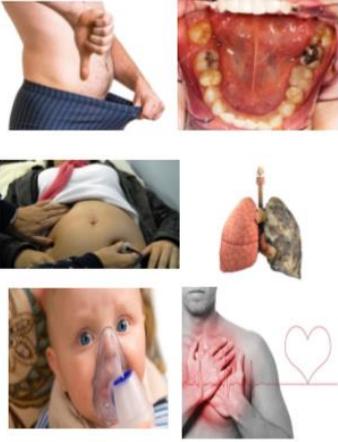


**CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE TABACO**

Os fumadores têm, em média, menos dez anos de vida do que os não fumadores, pois as substâncias do fumo do tabaco afetam alguns órgãos importantes, ao mesmo tempo que tornam o organismo mais frágil em relação a uma série de doenças.

O consumo de tabaco pode causar:

- ⇒ Impotência sexual;
- ⇒ Complicações na gravidez;
- ⇒ Infecções respiratórias;
- ⇒ Problemas dentários;
- ⇒ Cancro do pulmão;
- ⇒ Problemas cardíacos;
- ⇒ Entre outros.



Proteja a sua saúde, a saúde de que os rodeia, e principalmente a do seu filho.

**Penso no Futuro!**

## 5.2 Resultados obtidos

Na presente intervenção foram implementados dois inquéritos por questionários, sendo que um foi implementado antes da intervenção e outro foi implementado após a intervenção.

A análise dos questionários permitiu obter os resultados apresentados.

Inicialmente é revelada a caracterização sociodemográfica, apresentada na tabela 3, onde se verifica que os inquiridos têm idades compreendidas entre os 8 e os 14 anos. Podemos verificar que 3 crianças têm 8 anos de idade (correspondente a 15%); 1 criança tem 9 anos de idade (correspondente a 5%); 2 crianças têm 10 anos (correspondente a 10%); 1 criança tem 11 anos (correspondente a 5%); 5 crianças têm 12 anos de idade (correspondente a 25%); 3 crianças têm 13 anos (correspondente a 15%) e 5 crianças têm 14 anos (correspondente a 25%).

**Tabela 3 - Idade dos inquiridos**

Idade	f	%
8 anos	3	15%
9 anos	1	5%
10 anos	2	10%
11 anos	1	5%
12 anos	5	25%
13 anos	3	15%
14 anos	5	25%

Na tabela 4, podemos verificar que dos 20 formandos, 11 são do sexo masculino (55%) e 9 são do sexo feminino (45%).

Destes 20 inquiridos, 2 frequentam o 2º ano de escolaridade (10%); 3 crianças frequentam o 3º ano (15%); 3 frequentam o 5º ano (15%); 6 frequentam o 6º ano (30%); 5 frequentam o 7º ano (25%); 1 criança frequenta o 8º ano (5%).

Quanto ao grau de escolaridade dos pais, como podemos verificar, maior parte dos pais das crianças inquiridas (8 crianças) não possuem uma escolaridade acima do 4º ano (40%); 5 crianças responderam que os pais estudaram até ao 6º ano de escolaridade (25%), e apenas 1 criança mencionou que os pais tinham o 9º ano de escolaridade (5%); 6 crianças não sabem a escolaridade dos pais (30%).

No que diz respeito à profissão dos pais, podemos verificar que 3 estão desempregados (15%); 13 são feirantes (65%); 2 crianças não sabem qual a profissão do pai (10%); 1 pai é padeiro/pasteleiro

(5%) e 1 pai é pintor (5%). Quanto às profissões das mães 4 estão desempregadas (20%); 4 são domésticas (20%); 1 é funcionária de uma escola (5%) e 1 criança não sabe a profissão da mãe (5%).

**Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica da amostra**

		<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	11	55%
	Feminino	9	45%
<b>Ano de escolaridade</b>	2º ano	2	10%
	3º ano	3	15%
	5º ano	3	15%
	6º ano	6	30%
	7º ano	5	25%
	8º ano	1	5%
<b>Grau de escolaridade dos pais</b>	Até ao 4º ano de escolaridade (1º ciclo)	8	40%
	Até ao 6º ano de escolaridade (2º ciclo)	5	25%
	Até ao 9º ano de escolaridade (3º ciclo)	1	5%
	Não sei	6	30%
<b>Profissão do pai</b>	Desempregado	3	15%
	Feirante	13	65%
	Não sabe	2	10%
	Padeiro, pasteleiro	1	5%
	Pintor	1	5%
<b>Profissão da mãe</b>	Desempregada	4	20%
	Doméstica	4	20%
	Empregada de escola	1	5%
	Feirante	10	50%
	Não sabe	1	5%

Na tabela 5 podemos verificar como são os hábitos de higiene dos formandos. Podemos verificar que 9 crianças (45%) lavam os dentes mais do que uma vez por dia; no entanto, 6 crianças (30%) lavam os dentes pelo menos uma vez por semana, mas não todos os dias e que apenas 5 crianças (25%) lavam os dentes uma vez por dia. Assim, podemos concluir que 11 crianças (55%), não possuem uma boa higienização oral.

**Tabela 5 - Hábitos de Higiene**

		<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Frequência diária de lavar os dentes</b>	Mais do que uma vez por dia	9	45%
	Uma vez por dia	6	30%
	Pelo menos uma vez por semana, mas não todos os dias	5	25%
	Raramente/nunca	0	0%

Na tabela 6, das 20 crianças inquiridas, podemos verificar que 18 crianças (90%) já foram a um dentista e apenas 2 crianças (10%) nunca foram a um dentista.

**Tabela 6 - Dentista**

<b>Alguma vez foi a um dentista</b>	<b>Sim</b>	<b>18</b>	<b>90%</b>
	<b>Não</b>	<b>2</b>	<b>10%</b>

A tabela 7, das 18 crianças que vão ao dentista, 4 crianças vão uma vez por ano ao dentista (20%), 4 crianças vão cerca de duas vezes por ano (20%), 3 crianças vão mais de duas vezes a uma consulta no dentista (15%) e 7 crianças vão a uma consulta no dentista apenas quando têm problemas dentários (35%).

**Tabela 7 - Frequência que vai ao dentista**

<b>Frequência com que vai ao dentista</b>	<b>Uma vez por ano</b>	<b>4</b>	<b>20%</b>
	Duas vezes por ano	4	20%
	Mais de duas vezes por ano	3	15%
	Apenas quando tem problemas dentários	7	35%

Na tabela 8, 15 crianças (75%) responderam que sabem quais são os problemas que existem devido á falta de higiene oral, 5 crianças (25%) mencionaram que não conhecem que problemas existem.

**Tabela 8 - Conhecimento de problemas dentários**

Conhecimento de problemas devido à falta de higiene oral	Sim	15	75%
	Não	5	25%

Na tabela 9, podemos verificar como são os hábitos de sono dos formandos num dia normal de aulas, ou seja, de segunda a sexta-feira, onde todos eles têm aulas de manhã.

Como podemos verificar, 3 crianças (15%) deitam-se à meia-noite; 3 crianças (15%) vão dormir à 1h da manhã; 1 criança (5%) deita-se às 20h; 6 crianças (30%) deitam-se às 22h e 7 (35%) crianças vão dormi às 23h.

No que diz respeito às horas em que se levantam para ir para a escola, podemos apurar que 8 crianças (40%) levantam-se às 7h da manhã; 1 crianças (5%) levanta-se às 7h20m; 7 crianças (35%) levantam-se às 7h30m; 3 crianças (15%) levantam-se às 8h e 1 criança (5%) levanta-se às 8h30.

**Tabela 9 - Hábitos de Sono**

		f	%
Horário de deitar em dias de escola	0 h (meia-noite)	3	15%
	1 h	3	15%
	20 h	1	5%
	22 h	6	30%
	23 h	7	35%
Horários de levantar em dias de escola	7 h	8	40%
	7h 20m	1	5%
	7h 30m	7	35%
	8 h	3	15%
	8h 30m	1	5%

Na tabela 10, podemos constatar 18 crianças (90%) tomam o pequeno-almoço todos os dias e que apenas 2 crianças (10%) tomam apenas o pequeno-almoço 1 a 3 dias por semana. No que diz respeito ao lanche a meio da manhã e ao almoço as 20 crianças inquiridas (100%) responderam que o tomam todos os dias. Quanto ao lanche a meio da tarde, 13 crianças (65%) fazem esta refeição, 1 criança (5%) faz o lanche a meio da tarde 6 a 4 dias por semana, 5 crianças

(25%), faz esta refeição 1 a 3 dias por semana, e 1 criança (5%) nunca faz o lanche a meio da tarde. No que diz respeito ao jantar, 19 crianças (95%) faz esta refeição todos os dias, e apenas 1 criança (5%), janta apenas 1 a 3 dias por semana. Quanto à ceia, 16 crianças (80%) faz esta refeição todos os dias, 1 criança (5%) faz esta refeição 6 a 4 dias por semana, e 3 crianças (15%) faz esta refeição apenas 1 a 3 dias por semana.

**Tabela 10 - Consumo de variadas refeições**

	Todos os dias		6 a 4 dias por semana		3 a 1 dia por semana		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Pequeno-almoço	18	90%		-	2	10%		-
Lanche a meio da manhã	20	100%		-		-		-
Almoço	20	100%		-		-		-
Lanche a meio da tarde	13	65%	1	5%	5	25%	1	5%
Jantar	19	95%		-	1	5%		-
Ceia	16	80%	1	5%	3	15%		-

Na tabela 11, podemos verificar que 2 crianças (10%) consome café mais do que uma vez por dia, 1 criança (5%) raramente consome café, e 17 crianças (85%) nunca consomem café. Quanto ao consumo de água, 18 crianças (90%) consome água mais do que uma vez por dia, 1 criança (5%) consome água apenas uma vez por dia, e 1 criança (5%) consome água apenas algumas vezes por semana. No que diz respeito ao consumo de leite, 10 crianças (50%) bebe leite mais do que uma vez por dia, 7 crianças (35%) bebe leite uma vez por dia, 2 crianças (10%) consome leite algumas vezes por semana, e 1 criança (5%) raramente bebe leite. Quanto às bebidas gaseificadas, 6 crianças (30%) consome este tipo de bebidas mais do que uma vez por dia, 4 crianças (20%) consome apenas uma vez por dia, 4 crianças (20%) consome apenas algumas vezes por semana, e apenas 3 crianças (15%) raramente consome este tipo de bebidas. No que diz respeito aos sumos naturais, ou seja, os mais saudáveis, 5 crianças (25%) consome apenas algumas vezes por semana, 4 crianças (20%) raramente bebe este tipo de sumos, e 11 crianças (55%) nunca consome sumos naturais.

**Tabela 11 - Consumo de variadas bebidas**

	Mais do que 1 vez por dia		1 vez por dia		Algumas vezes por semana		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Café	2	10%	-	-	-	-	1	5%	17	85%
Água	18	90%	1	5%	1	5%	-	-	-	-
Leite	10	50%	7	35%	2	10%	1	5%	-	-
Coca-cola ou outras bebidas açucaradas e gaseificadas	6	30%	4	20%	4	20%	3	15%	3	15%
Sumo natural (sumo de laranja ou outras frutas)	-	-	-	-	5	25%	4	20%	11	55%

Na tabela 12, verifica-se que quanto ao consumo de carnes vermelhas, 1 criança (5%) consome este tipo de carnes 1 vez por dia, 16 crianças (80%) algumas vezes por semana, 2 crianças (10%) raramente consome este tipo de carnes e 1 criança (5%) nunca come carnes vermelhas. Quanto às carnes brancas, 17 crianças (85%) consome algumas vezes por semana, 1 criança (5%) raramente come carnes branca e 2 crianças (10%) nunca consome este tipo de carnes. No que diz respeito ao consumo de peixe, 9 crianças (45%) consome apenas algumas vezes por semana, 2 crianças (10%) raramente come peixe e 9 crianças (45%) nunca comem peixe. Quanto aos hambúrgueres, cachorros e salsichas, 14 crianças (70%) consome algumas vezes por semana, 5 crianças (25%) raramente consome este tipo de alimentos, e 1 criança (5%) nunca come hambúrgueres, cachorros ou salsichas. Quanto ao consumo de vegetais crus, 11 crianças (55%) consome apenas algumas vezes por semana, 4 crianças (20%) raramente consomem vegetais crus, e 5 crianças (25%) nunca consomem. No que diz respeito aos vegetais cozinhados, 11 crianças (55%) consomem algumas vezes por semana, 2 crianças (10%) raramente consomem e 7 crianças (35%) nunca comem vegetais cozinhados. Quanto ao consumo de massas e arroz, 13 crianças (65%) comem mais do que uma vez por dia, 6 crianças (30%) consome massas e arroz uma vez por dia, e 1 criança (5%) consome apenas algumas vezes por semana. No que diz respeito a batatas fritas de pacote, 1 criança (5%) come este tipo de batatas mais do que uma vez por dia, 2 crianças (10%) come 1 uma vez por dia, 9 crianças (45%) consome algumas

vezes por semana, 7 crianças (35%) raramente consome e 1 criança (5%) nunca consome batatas fritas de pacote. Quanto às batatas fritas feitas em casa, 1 criança (5%) consome uma vez por dia, 8 crianças (40%) consome algumas vezes por semana, 9 crianças (45%) raramente consome, e apenas 2 criança (10%) nunca consomem batatas fritas feitas em casa. Relativamente ao pão de centeio ou integral, 14 crianças (70%) consome pão mais do que uma vez por dia, 3 crianças (15%) consomem apenas uma vez por dia, e 3 crianças (15%) consomem pão algumas vezes por semana. Quanto a chocolates ou guloseimas, 1 criança (5%) consome mais do que uma vez por dia, 4 crianças (20%) consome pelo menos uma vez por dia, 8 crianças (40%) consomem chocolates ou guloseimas algumas vezes por semana, 6 crianças (30%) raramente consomem, e apenas 1 criança (5%) nunca come. No que diz respeito aos bolos, 1 criança (5%) come bolos mais d que uma vez por dia, 6 crianças (30%) come bolos uma vez por dia, 8 crianças (40%) consome algumas vezes por semana, 3 crianças (15%) raramente consome, e 2 crianças (10%) nunca comem bolos. Quanto ao consumo de fruta, 2 crianças (10%) come fruta mais do que uma vez por dia, 9 crianças (45%) come fruta uma vez por dia, 8 crianças (40%) consome apenas algumas vezes por semana, e 1 criança (5%) raramente consome fruta. Relativamente ao consumo de sopa, 5 crianças (25%) comem sopa uma vez por dia, 8 crianças, (40%) come sopa algumas vezes por semana, 6 crianças (30%) raramente consome sopa, e 1 criança (5%) nunca come sopa. No que diz respeito ao consumo de laticínios, 6 crianças (30%) consome mais do que uma vez por dia, 9 crianças (45%) consome uma vez por dia, 4 crianças (20%) consome laticínios algumas vezes por semana, e 1 criança (5%) nunca consome laticínios.

**Tabela 12 - Consumo de determinados alimentos.**

	Mais do que 1 vez por dia		1 vez por dia		Algumas vezes por semana		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Carne vermelha (vaca, vitela...)</b>	-	-	1	5%	16	80%	2	10%	1	5%
<b>Carnes brancas (frango, peru...)</b>	-	-	-	-	17	85%	1	5%	2	10%
<b>Peixe</b>	-	-	-	-	9	45%	2	10%	9	45%
<b>Hambúrguer, cachorro ou salsicha</b>	-	-	-	-	14	70%	5	25%	1	5%

Vegetais crus	-	-	-	-	11	55%	4	20%	5	25%
Vegetais cozinhados	-	-	-	-	11	55%	2	10%	7	35%
Massas/arroz	13	65%	6	30%	1	5%	-	-	-	-
Batatas fritas de pacote	1	5%	2	10%	9	45%	7	35%	1	5%
Batatas fritas feitas em casa	-	-	1	5%	8	40%	9	45%	2	10%
Pão de centeio ou integral	14	70%	3	15%	3	15%	-	-	-	-
Chocolates ou guloseimas	1	5%	4	20%	8	40%	6	30%	1	5%
Bolos	1	5%	6	30%	8	40%	3	15%	2	10%
Fruta	2	10%	9	45%	8	40%	1	5%	-	-
Sopa	-	-	5	25%	8	40%	6	30%	1	5%
Laticínios	6	30%	9	45%	4	20%	-	-	1	5%

Na tabela 13, podemos verificar que 16 crianças (80%) comem fitos algumas vezes por semana, e 4 crianças (20%) raramente consome fritos. Quanto aos cozidos, 19 crianças (95%) consomem algumas vezes por semana e apenas 1 criança (5%) raramente come cozidos. No que diz respeito aos grelhados, 17 crianças (85%) consome apenas algumas vezes por semana, 2 crianças (10%) raramente consomem e 1 criança (5%) nunca come grelhados. Quanto aos estufados, 17 crianças (85%) comem estufados algumas vezes por semana, 2 crianças (10%) raramente consome, e 1 criança (5%) nunca come estufados. Relativamente aos assados, todas as crianças (100%) come assados algumas vezes por semana. Quanto às comidas do tipo fast-food 12 crianças (60%) comem algumas vezes por semana, 7 crianças (35%) raramente come este tipo de comidas e apenas 1 criança (5%) nunca come.

**Tabela 13 - Consumo de alimentos confeccionados**

	Mais do que 1 vez por dia		1 vez por dia		Algumas vezes por semana		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Fritos	-	-	-	-	16	80%	4	20%	-	-
Cozidos	-	-	-	-	19	95%	1	5%	-	-

<b>Grelhados</b>	-	-	-	-	17	85%	2	10%	1	5%
<b>Estufados</b>	-	-	-	-	17	85%	2	10%	1	5%
<b>Assados</b>	-	-	-	-	20	100%	-	-	-	-
<b>Fast-Food</b>	-	-	-	-	12	60%	7	35%	1	5%

Na tabela 14, podemos verificar a prática de exercício físico das crianças. 2 crianças (10%) praticam exercício físico todos os dias, 9 crianças (45%) praticam exercício físico 4 a 6 vezes por semana, 6 crianças (30%) praticam 2 a 3 vezes por semana, apenas 2 crianças (10%) praticam exercício 1 vez por semana, e 1 criança (5%) nunca pratica exercício físico.

**Tabela 14 - Prática de exercício físico**

	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Todos os dias</b>	2	10%
<b>4 a 6 vezes por semana</b>	9	45%
<b>2 a 3 vezes por semana</b>	6	30%
<b>1 vez por semana</b>	2	10%
<b>1 vez por mês</b>	-	-
<b>Nunca</b>	1	5%

Os desportos mais praticados pelas crianças são: o box, a dança, o futebol e natação. O box e a dança são desportos que eles praticam dentro da instituição, uma vez que há professores a irem à instituição dar este tipo de aulas. Quanto ao futebol é praticado dentro da instituição, visto que eram realizados torneios e, também, alguns dos rapazes praticam futebol em clubes de futebol 11 regional. A natação é praticada apenas por 1 criança num clube de natação. Cinco crianças não praticam nenhum desporto específico, apenas praticam os desportos que lhes são facultados nas aulas de educação física, na escola.

Na tabela 15, podemos verificar que 5 crianças (25%) já experimentaram fumar e 15 crianças (75%) nunca experimentaram fumar.

**Tabela 15 - Crianças que experimentaram fumar**

	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Já experimentaram</b>	5	25%
<b>Nunca experimentaram</b>	15	75%

Na tabela 16, podemos constatar que 1 criança (5%) experimentou fumar pela primeira vez aos 8 anos, 1 criança (5%) experimentou fumar aos 10 anos, 1 criança (5%) experimentou aos 12 anos e outra criança (5%) aos 14 anos. Apenas 1 criança (5%) não respondeu a esta questão e mencionou na questão anterior que já tinha experimentado fumar. As outras 15 crianças (75%) não responderam a esta questão porque responderam na questão anterior que nunca tinham experimentado fumar.

**Tabela 16 - Idade experiência de fumar**

	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>8 anos</b>	1	5%
<b>10 anos</b>	1	5%
<b>12 anos</b>	1	5%
<b>14 anos</b>	1	5%
<b>Não respondeu</b>	1	5%
<b>Não fumam</b>	15	75%

Na tabela 17, podemos verificar que atualmente nenhuma das crianças que responderam ao questionário fumam.

**Tabela 17 - Fumar na atualidade**

	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Atualmente Fumo</b>	-	-
<b>Atualmente não fumo</b>	20	100%

Na tabela 18, verifica-se que 14 pais (70%) fumam, 5 pais (25%) não fumam 1 uma criança (5%) respondeu que não sabe se o pai fuma ou não. Nota-se, também, que 19 mães (95%) não fumam e 1 criança (5%) respondeu que não sabe se a mãe fuma ou não. Quanto aos irmãos/irmãs

as 20 crianças responderam que os irmãos/irmãs não fumam. No que diz respeito aos namorados(as), 9 (45%) não fumam, e 11 crianças (55%) respondeu que não têm namorado(a).

**Tabela 18 - Familiares que fumam**

	Pai		Mãe		Irmão/Irmã		Namorado(a)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Fuma</b>	14	70%	-	-	-	-	-	-
<b>Não fuma</b>	5	25%	19	95%	20	100%	9	45%
<b>Não sei</b>	1	5%	1	5%	-	-	-	-
<b>Não tenho</b>	-	-	-	-	-	-	11	55%

Na tabela 19, podemos verificar que 4 pais (20%) fumam dentro de casa, 15 pais (75%) não fumam dentro de casa e 1 criança (5%) respondeu que não sabe se o pai fuma ou não dentro de casa. Quanto às mães, 19 (95%) não fumam e 1 criança (5%) respondeu que não sabe se a mãe fuma ou não dentro de casa. No que diz respeito aos irmãos, nenhum fuma dentro de casa. Em relação a outras pessoas que possam viver com as crianças (por exemplo: avós, tios, tias, entre outras) 1 pessoa (5%) fuma dentro de casa, 13 familiares (65%) não fumam dentro de casa, e 6 crianças (30%) responderam que não têm outro familiar a viver com elas em casa.

**Tabela 19 - Familiares que fumam dentro de casa**

	Pai		Mãe		Irmão/Irmã		Outra pessoa	
	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Fuma</b>	4	20%	-	-	-	-	1	5%
<b>Não fuma</b>	15	75%	19	95%	20	100%	13	65%
<b>Não sei</b>	1	5%	1	5%	-	-	-	-
<b>Não tenho</b>	-	-	-	-	-	-	6	30%

Na tabela 20, verifica-se que 16 crianças (80%) já experimentaram bebidas alcoólicas e 4 crianças (20%) nunca experimentaram consumir este tipo de bebidas.

**Tabela 20 - Experimentar bebidas alcoólicas**

	f	%
Já experimentaram	16	80%
Nunca experimentaram	4	20%

Na tabela 21, podemos constatar que 15 crianças (75%) consome bebidas alcoólicas algumas vezes por ano, como por exemplo no natal e passagem de ano, e 5 crianças (25%) nunca consomem bebidas alcoólicas.

**Tabela 21 - Frequência do consumo de bebidas alcoólicas**

	f	%
Já experimentaram	16	80%
Nunca experimentaram	4	20%

Quanto ao segundo inquérito por questionário, utilizado como instrumento de avaliação no final da implementação do projeto, é de se notar que houveram algumas melhorias no que diz respeito a comportamentos e hábitos das crianças e jovens referentemente à temática da educação para a saúde, como se pode verificar na seguinte análise de dados apresentada.

Na tabela 22, podemos verificar que 15 crianças (75%) lava os dentes mais do que uma vez por dia e 5 crianças (25%) escova os dentes pelo menos uma vez por dia.

**Tabela 22 - Frequência de lavar os dentes**

	f	%
Frequência diária de lavar os dentes	Mais do que uma vez por dia	15 75%
	Uma vez por dia	5 25%
	Pelo menos uma vez por semana, mas não todos os dias	- -
	Raramente/nunca	- -

Na tabela 23, podemos constatar que 1 criança (5%) deita-se às 20h, 9 crianças (45%) deita-se às 22h, 8 crianças (40%) deitam-se às 23h, 1 criança deita-se à meia-noite, e apenas 1 criança (5%) se deita à uma da manhã.

**Tabela 23 - Horas de deitar**

		f	%
<b>Horário de deitar em dias de escola</b>	0 h (meia-noite)	1	5%
	1 h	1	5%
	20 h	1	5%
	22 h	9	45%
	23 h	8	40%

Na tabela 24, verificasse que as 20 crianças inquiridas (100%) tomam todas o pequeno-almoço, assim como o lanche a meio da manhã, o almoço e o jantar. Quanto ao lanche a meio da tarde, 15 crianças (75%) fazem esta refeição todos os dias, 4 crianças (20%) faz esta refeição 6 a 4 dias por semana, e apenas 1 criança (5%) faz esta refeição 3 a 1 dia por semana. No que diz respeito à ceia, 16 crianças (80%) fazem esta refeição todos os dias, 2 crianças (10%) fazem esta refeição 6 a 4 dias por semana, e apenas 2 crianças (10%) fazem esta refeição 3 a 1 dia por semana.

**Tabela 24 - Consumo de variadas refeições**

	Todos os dias		6 a 4 dias por semana		3 a 1 dia por semana		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Pequeno-almoço</b>	20	100%	-	-	-	-	-	-
<b>Lanche a meio da manhã</b>	20	100%	-	-	-	-	-	-
<b>Almoço</b>	20	100%	-	-	-	-	-	-
<b>Lanche a meio da tarde</b>	15	75%	4	20%	1	5%	-	-
<b>Jantar</b>	20	100%	-	-	-	-	-	-
<b>Ceia</b>	16	80%	2	10%	2	10%	-	-

Na tabela 25, verifica-se que nenhuma criança toma café; 18 crianças (90%) tomam água mais do que uma vez por dia e 2 crianças (10%) tomam água pelos menos 1 vez por dia. Quanto ao consumo de leite, 10 crianças (50%) tomam leite mais do que uma vez por dia, 7 crianças (35%) tomam leite 1 vez por dia, 2 crianças (10%) tomam leite algumas vezes por semana, e 1 criança (5%) raramente toma leite. No que diz respeito ao consumo de coca-cola ou outras bebidas açucaradas e gaseificadas, 2 crianças (10%) bebem mais do que uma vez por dia, 1 criança (5%) bebe este tipo de bebidas 1 vez por dia, 10 crianças (50%) consomem algumas vezes por semana, 4 crianças (20%) raramente consomem e 3 crianças (15%) nunca bebem este tipo de bebidas. Para finalizar, quanto ao consumo de sumo natural, 9 crianças (45%) bebem estes sumos algumas vezes por semana, 9 crianças (45%) raramente consomem sumos naturais e 2 crianças (10%) nunca bebem sumos naturais.

**Tabela 25 - Consumo de variadas bebidas**

	Mais do que 1 vez por dia		1 vez por dia		Algumas vezes por semana		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Café</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Água</b>	18	90%	2	10%	-	-	-	-	-	-
<b>Leite</b>	10	50%	7	35%	2	10%	1	5%	-	-
<b>Coca-cola ou outras bebidas açucaradas e gaseificadas</b>	2	10%	1	5%	10	50%	4	20%	3	15%
<b>Sumo natural (sumo de laranja ou outras frutas)</b>	-	-	-	-	9	45%	9	45%	2	10%

Na tabela 26, podemos verificar que 12 crianças (60%) consomem carnes vermelhas algumas vezes por semana, 6 crianças (30%) raramente consome este tipo de carnes e 2 crianças (10%) nunca consome carnes vermelhas. Quanto ao consumo de carnes brancas, 17 crianças (85%) consome algumas vezes por semana e 3 crianças (15%) raramente consome este tipo de carnes. No que diz respeito ao consumo de peixe, 11 crianças (55%) consome algumas vezes por semana, 7 crianças (35%) raramente consome e 2 crianças (10%) nunca come peixe. Relativamente ao

consumo de hambúrgueres, cachorros ou salsichas, 6 crianças (30%) come este tipo de alimentos algumas vezes por semana, 12 crianças (60%) raramente come e 2 crianças (10%) nunca come este tipo de alimentos. Quanto ao consumo de vegetais crus, 11 crianças (55%) consome algumas vezes por semana, 4 crianças (20%) raramente come e 5 crianças (25%) nunca come este tipo de vegetais. No que diz respeito a vegetais cozinhados, 5 crianças (25%) come pelo menos uma vez por semana, 11 crianças (55%) comem algumas vezes por semana, 2 crianças (10%) raramente come e 2 crianças (10%) nunca come. Quanto às massas e arroz, 13 crianças (65%) consome estes alimentos mais do que uma vez por dia, 6 crianças (30%) come pelo menos uma vez por dia e 1 criança (5%) come algumas vezes por semana. Relativamente ao consumo de batatas fritas de pacote, 1 criança (5%) come pelo menos uma vez por dia, 5 crianças (25%) come algumas vezes por semana, 10 crianças (50%) raramente consome este tipo de alimentos e 4 crianças (20%) nunca consome. No que diz respeito ao consumo de batatas fritas feitas em casa, 6 crianças (30%) consome algumas vezes por semana, 10 crianças (50%) raramente consome e 4 crianças (20%) nunca consome batatas fritas feitas em casa. Quanto ao pão centeio ou integral, 14 crianças (70%) consome mais do que uma vez por dia, 3 crianças (15%) consome pelo menos uma vez por dia e 3 crianças (15%) consome algumas vezes por semana. Quanto aos chocolates ou guloseimas, 2 crianças (10%) come pelo menos uma vez por dia, 10 crianças (50%) consomem algumas vezes por semana, 5 crianças (25%) raramente consome e 3 crianças (15%) nunca consome chocolates ou guloseimas. No que diz respeito aos bolos, 4 crianças (20%) consome pelo menos uma vez por dia, 8 crianças (40%) consome algumas vezes por semana, 6 crianças (30%) raramente consome e 2 crianças (10%) nunca come bolos. Relativamente ao consumo de frutas, 5 crianças (25%) consome mais do que uma vez por dia, 9 crianças (45%) consome pelo menos uma vez por dia, 4 crianças (20%) consome algumas vezes por semana e 2 crianças (10%) raramente come fruta. Quanto ao consumo de sopa, 7 crianças (35%) come pelo menos uma vez por dia, 10 crianças (50%) comem algumas vezes por semana, 2 crianças (10%) raramente consome e 1 criança (5%) nunca come sopa. No que diz respeito ao consumo de laticínios, 6 crianças (30%) consomem mais do que uma vez por dia, 9 crianças (45%) consome pelo menos uma vez por dia, 4 crianças (20%) consomem algumas vezes por semana e 1 criança (5%) nunca consome laticínios.

Tabela 26 - Consumo de determinados alimentos

	Mais do que 1 vez por dia		1 vez por dia		Algumas vezes por semana		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Carne vermelha (vaca, vitela...)	-	-	-	-	12	60%	6	30%	2	10%
Carnes brancas (frango, peru...)	-	-	-	-	17	85%	3	15%	-	-
Peixe	-	-	-	-	11	55%	7	35%	2	10%
Hambúrguer, cachorro ou salsicha	-	-	-	-	6	30%	12	60%	2	10%
Vegetais crus	-	-	-	-	11	55%	4	20%	5	25%
Vegetais cozinhados	-	-	5	25%	11	55%	2	10%	2	10%
Massas/arroz	13	65%	6	30%	1	5%	-	-	-	-
Batatas fritas de pacote	-	-	1	5%	5	25%	10	50%	4	20%
Batatas fritas feitas em casa	-	-	-	-	6	30%	10	50%	4	20%
Pão de centeio ou integral	14	70%	3	15%	3	15%	-	-	-	-
Chocolates ou guloseimas	-	-	2	10%	10	50%	5	25%	3	15%
Bolos	-	-	4	20%	8	40%	6	30%	2	10%
Fruta	5	25%	9	45%	4	20%	2	10%	-	-
Sopa	-	-	7	35%	10	50%	2	10%	1	5%
Laticínios	6	30%	9	45%	4	20%	-	-	1	5%

Na tabela 27, verifica-se que 13 crianças (65%) consome fritos algumas vezes por semana, 7 crianças (35%) raramente consome fritos. 19 crianças (95%) consome cozidos algumas vezes por semana e 1 criança (5%) raramente come cozidos. Quanto aos grelhados, 17 crianças (85%) consomem algumas vezes por semana, 2 crianças (10%) raramente consome este tipo de comida e 1 criança (5%) nunca come grelhados. Quanto aos estufados, 17 crianças (85%) consomem algumas vezes por semana, 2 crianças (10%) raramente consome este tipo de comida e 1 criança

(5%) nunca come estufados. No que diz respeito aos assados, todas as crianças (100%) consomem este tipo de comidas algumas vezes por semana. Relativamente às comidas fast-food, 10 crianças (50%) consome este tipo de comida algumas vezes por semana, 9 crianças (45%) raramente come e 1 criança (5%) nunca come fast-food.

**Tabela 27 - Consumo de alimentos confeccionados**

	Mais do que 1 vez por dia		1 vez por dia		Algumas vezes por semana		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Fritos	-	-	-	-	13	65%	7	35%	-	-
Cozidos	-	-	-	-	19	95%	1	5%	-	-
Grelhados	-	-	-	-	17	85%	2	10%	1	5%
Estufados	-	-	-	-	17	85%	2	10%	1	5%
Assados	-	-	-	-	20	100%	-	-	-	-
Fast-Food	-	-	-	-	10	50%	9	45%	1	5%

Na tabela 28, podemos verificar que as 20 crianças (100%) não fumam.

**Tabela 28 - Consumo de tabaco**

	f	%
Atualmente Fumo	-	-
Atualmente não fumo	20	100%

Como pude verificar, da análise de dados do primeiro questionário, para a análise de dados do segundo questionário, ou seja, antes de ter aplicado as sessões para o pós de as ter aplicado, nota-se que houve uma mudança de comportamentos e atitudes significativa por parte das crianças. Verificou-se que começaram a ter mais cuidados com os hábitos de higiene, assim como com muitos alimentos que comiam, as horas a que se deitam para irem bem para a escola no dia seguinte como se pode verificar nos dados que serão apresentados.

### 5.3 Discussão dos resultados

Neste subcapítulo, é apresentada uma discussão dos resultados obtidos, ao mesmo tempo que faço uma referência aos principais pontos teóricos abordados.

Primeiramente, é imprescindível relacionar os resultados obtidos no inquérito por questionário sobre as sessões de educação para a saúde, nomeadamente, na área dos hábitos alimentares, de sono, de higiene e de consumo de tabaco, com os estudos e opiniões feitas por alguns autores sobre a área. Nos dados obtidos no primeiro inquérito por questionário podemos verificar que ainda há muitas crianças e jovens a ter uma má alimentação, baseada à base de bolos, refrigerantes, comidas fast-food, muita carne e pouco peixe; quanto aos hábitos de higiene, ainda existem muitas crianças com poucos conhecimentos em relação a esta área, e que nem sempre possuem os melhores hábitos de higiene diários, assim como nos hábitos de sono, uma vez que as crianças e jovens deitam-se bastante tarde num dia normal de aulas, visto que acordam bastante cedo para irem para a escola, não dormindo assim o necessário para ter o melhor rendimento escolar. Quanto ao consumo de tabaco, é de se notar que as mulheres não fumam, e as que fumam fazem-no às escondidas, uma vez que a cultura delas não o permite, mas os homens experimentaram fumar em idades muito precoces, embora não fumem atualmente.

Atualmente, alimentação é, para muitos, sinónimo de consumir produtos enlatados e com quase nenhum benefício para o organismo. Tudo isto porque cada vez mais a nossa sociedade está, cada vez mais a alimentar-se de produtos industrializados, devido ao demasiado tempo ocupado pelo trabalho. A alimentação está cada vez mais longe de ser a adequada para o nosso organismo, tornando-se a responsável por trazer variados malefícios, prejudicando cada vez mais a saúde. Ter uma alimentação rica em frutas, verduras e saladas, atualmente, é algo cada vez mais raro.

Colocar uma criança a deitar-se para dormir mais cedo é outra tarefa cada vez mais difícil de cumprir por parte dos pais. Costuma-se dizer “de pequenino é que se torce o pepino”, pois quanto mais cedo os pais imporem regras aos filhos, mais fácil será mais tarde para eles se deitarem cedo e terem bons hábitos de sono. Uma criança que se deite tarde e acorde cedo, não vai conseguir ter o mesmo rendimento escolar de uma criança que se deite cedo, pois não vai conseguir estar atento às aulas e concentrado nas tarefas que tem que executar, vai ter sono e provavelmente não estará de bom humor, vai sentir-se cansada. O que acontece às crianças e jovens que fizeram parte deste projeto é que maior parte delas, não dorme o tempo necessário para terem um bom rendimento escolar no dia a seguir, principalmente as mais velhas.

No que diz respeito aos hábitos de higiene, nota-se que há pouco conhecimento por parte das crianças sobre o tema, e muitas delas não têm os melhores hábitos de higiene diários. As doenças que maior parte das crianças disseram conhecer foram as cáries, as gengivites e o

apodrecimento dos dentes. Quanto à higiene pessoal diária, a maioria não lava os dentes mais do que uma vez por dia, algumas só lavam os dentes só alguns dias por semana, podendo verificar-se que algumas das crianças já possuem bastantes problemas dentários.

Por último, mas não menos importante, o hábito de consumo de tabaco, segundo o serviço nacional de saúde (2018, p.8), tem vindo a diminuir de 2010, “este decréscimo revela, por um lado, que morrem mais pessoas do que aquelas que nascem e, por outro, que tem havido mais indivíduos a sair do país do que a entrar”.

## CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois de realizada a intervenção, é imprescindível verificar se os objetivos traçados no início do projeto foram atingidos ou não. Contudo, mas não menos importante, é também importante verificar se houve alguma mudança nos comportamentos e atitudes das crianças e jovens, os principais sucessos do projeto, o que poderia ter melhorado, quais os obstáculos ao longo deste meu percurso e realizar uma reflexão final dos resultados obtidos após a intervenção.

O principal objetivo da intervenção realizada consistia em prevenir e implementar hábitos alimentares, de sono, de higiene e de consumo de tabaco nas crianças do Projeto Geração Tecla, da Juventude da Cruz Vermelha – Delegação de Braga.

Quanto aos objetivos específicos, estes consistiam em melhorar a qualidade de vida das crianças, assim como, prevenir comportamentos de risco, caracterizar a evolução dos conhecimentos das crianças sobre a alimentação saudável, higiene pessoal, consumo de tabaco e a importância do sono, promover escolhas saudáveis para a saúde, promover experiências de aprendizagem significativas e melhorar o nível de conhecimento dos pais relativamente aos malefícios do consumo de tabaco. Para estes objetivos, a formação, foi uma boa estratégia de intervenção. Em cada sessão realizada com as crianças e jovens, testei os conhecimentos adquiridos, onde pude observar, que a maior parte das crianças assimilava os principais conceitos-chave das diferentes temáticas em cada sessão.

Como já foi referido, o primeiro objetivo consistia em melhorar os hábitos alimentares das crianças. Para isso, foi realizada uma sessão, onde as crianças tinham que compreender a constituição da roda dos alimentos, identificar os alimentos presentes na roda, conhecer as porções diárias e recomendadas dos vários tipos de alimentos. Inicialmente esta atividade não correu como planeado porque as crianças não queriam participar, tendo que a dividir em dois dias. No primeiro dia, foi realizada a criação da roda dos alimentos e no dia seguinte foi abordado teoricamente todos os pontos relacionados com a alimentação saudável e a roda dos alimentos.

Noutro objetivo inicialmente definido, pretendia incentivar à promoção, proteção e recuperação de hábitos de higiene pessoal, principalmente no que diz respeito à higiene oral, incentivando-as a conhecer e a cuidar do próprio corpo; compreender que a boa saúde está relacionada com a higiene, procurando mudanças nas atitudes das crianças como forma de prevenção a doenças; ensinar e estimular hábitos de higiene pessoais; favorecer a autoestima da criança; identificar e demonstrar a utilização dos objetos de higiene corporal e valorizar atitudes

relacionadas ao bem-estar individual e coletivo. Deste modo, realizei uma atividade de mímica onde cada criança teria que representar através de gestos de mímica o que estava escrito no papel (um ato de higiene pessoal) para que as outras crianças que estavam a ver os gestos adivinhassem, e de seguida debatíamos sobre esse mesmo ato. Com esta atividade, notei que houve uma maior participação e envolvimento das crianças, pois acharam a atividade muito engraçada e dinâmica.

No que diz respeito à temática do consumo de tabaco, tinha como principal objetivo sensibilizar e orientar para os malefícios do tabaco; sensibilizar para o não consumo do tabaco; incentivar e orientar para estilos de vida saudáveis e conscientizar que o consumo de tabaco afeta a própria saúde, assim como de quem rodeia o fumador. Para esta temática, adotei uma sessão onde continha uma parte prática e outra parte teórica onde expliquei o que era o tabaco e como é que ele era constituído, quais as consequências de fumar, onde demonstrei algumas doenças relacionadas com o consumo de tabaco e de seguida realizei uma atividade, denominada de garrafa fumadora. Nesta sessão, não houve qualquer tipo de entrave para a realização da mesma, uma vez que era um tema que os cativou, e muitos ficaram surpreendidos com o resultado da atividade prática, uma vez que não sabiam como é que os pulmões ficavam quando uma pessoa fuma.

Relativamente ao tema da importância do sono, teve como finalidades advertir para os bons hábitos de sono; mostrar quais as consequências dos maus hábitos de sono para uma criança e entender quais os hábitos de sono que cada uma das crianças deve modificar. Para este tema, realizei uma sessão onde fiz uma breve abordagem teórica e de seguida apresentei dois vídeos para no final realizar um debate com as crianças. Apesar de ter realizado esta atividade com poucas crianças, uma vez que poucas compareceram na instituição, foi uma sessão bem-sucedida, pois deu para trabalhar com as crianças, onde as que estavam presentes participaram sem haver barulhos e confusões.

A sessão das bebidas açucaradas, tinha como objetivos conscientizar para o facto de que os refrigerantes e bebidas açucaradas são prejudiciais para saúde; incentivar o consumo de água e compreender a sua importância; compreender os perigos do consumo excessivo de açúcar; conhecer as quantidades de açúcar presentes em algumas bebidas e calcular a quantidade de açúcar e o valor calórico de determinadas bebidas. Esta sessão foi dividida em duas, uma vez que para o dia em que a sessão estava programada apenas estavam duas crianças na instituição. No

primeiro dia, apenas fiz dois jogos denominados de “bowling de latas” e “atira às latas” e no dia seguinte, uma vez que estavam mais crianças presentes fiz a abordagem teórica do tema.

Por último, e para envolver e sensibilizar os pais, elaborei um panfleto sobre os malefícios do tabaco para que as crianças entregassem aos pais, uma vez que alguns deles fumavam dentro de casa. Alguns pais leram o panfleto e acharam interessante, enquanto outros não deram qualquer importância.

Em suma, os resultados da intervenção foram positivos, pois mostraram que houve algumas mudanças de comportamentos e atitudes das crianças nas diferentes temáticas abordadas ao longo do projeto. Na minha opinião, estes tipos de projetos deveriam ser mais valorizados nas instituições, de forma a dar continuidade na formação destas crianças, evitando que estas adquiram comportamentos de risco, fornecendo-lhes instrumentos para que no futuro adotem comportamentos e hábitos saudáveis. Penso que nas instituições não dão grande valor a quem vai desenvolver estes projetos, visto que estamos lá por um curto período de tempo, o que faz com que não haja uma continuidade na formação das crianças, culminando no regresso dos maus hábitos de sono, de higiene e alimentação, e podendo até começarem a fumar.

Com a realização deste estágio, notei que há uma grande necessidade de apostar na educação para a saúde, uma vez que educar para a saúde consiste em dotar as crianças e jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os façam tomar decisões adequadas à sua saúde, assim como a saúde dos que os rodeiam.

As dificuldades sentidas ao longo do desenvolvimento do estágio prenderam-se maioritariamente com as ausências das crianças e jovens inscritos na JCV. Foi notado que, durante período de férias escolares das crianças e jovens, existiu uma ausência de crianças na Juventude da Cruz Vermelha, aquando da marcação das atividades programadas no âmbito do estágio curricular – quer realizadas por mim quer pela outra colega -, o que dificultou, em parte, parte da investigação a desenvolver, na medida em que não existia uma amostra significativa. Deste modo e, de forma a combater este problema, foram remarcadas as datas das cujas atividades para que houvesse uma participação mais ativa e dinâmica dos jovens da JCV.

Findado o estágio, a nível pessoal, penso ter desenvolvido um trabalho conciso e concreto, onde, de forma detalhada, consegui aprofundar as temáticas que eram relevantes e importantes para o desenvolvimento do presente projeto. Tendo em consideração as dificuldades sentidas (descritas em cima), penso que a existência extra de motivação e ambição para um trabalho rico em observações e conclusões (do presente relatório), foram fulcrais para o desenvolvimento deste

tema. Quer a criatividade em desenvolver as atividades ao longo dos dias bem como a persistência em que as mesmas fossem bem-sucedidas e que fossem de forma igualitária alvo de tratamento, foram importantes, para mim enquanto investigadora. As críticas e a ajuda constante por parte do orientador da Universidade do Minho foram também importantes para a continuação do presente estágio uma vez que, partindo das abordagens do mesmo, eu fui-me moldando e adaptando às diferentes situações e contextos da JCV. A forma como me era explicado determinado contexto e forma de abordagem de trabalho – pelo orientador – ajudaram-me no sentido de uma maior persistência e posição firme perante às dificuldades sentidas e notadas ao longo dos dias. De forma geral, a oportunidade em desenvolver um trabalho tão específico e detalhado foi fulcral para o desenvolvimento de competências e de um acréscimo de uma bagagem literária e metodológica – na medida em que a diversidade de abordagens práticas me permitiram diferentes ângulos de análise das atividades. Penso que o trabalho desenvolvido ao longo dos meses foi significativo e interessante quer para os jovens/crianças quer para os pais, uma vez que – tendo em conta o exemplo do tabaco - aos mesmos foi-lhes demonstrado tanto os malefícios do tabaco como as consequências que o mesmo pode ter tanto nas próprias vidas como na dos restantes. E, embora não existisse qualquer base específica na área de Educação para a Saúde, penso que a intervenção e trabalho desenvolvidos foram suficientes para a resposta à complexidade que o tema da presente investigação abarca.

A nível institucional, o trabalho pedagógico desenvolvido na JCV, embora árduo e difícil de concretizar, foi recompensador e alvo de uma maior dedicação prática. Senti, do mesmo modo, que as crianças ficaram com uma ideia diferente da que tinham vindo inicialmente (antes das atividades desenvolvidas) e, nesse sentido, a existência de um maior interesse e a apreciação positiva por parte dos mesmos ao fim das atividades realizadas foram do mesmo modo importantes. Sabendo, de antemão, que as temáticas de hábitos alimentares, hábitos de sono, higiene pessoal e consumo do tabaco, são recorrentemente abordadas nas instituições escolares – penso que as mesmas não são explicadas ao público-alvo com a devida abordagem – algo mais simples, concreto e conciso. Senti, do mesmo modo (ao longo do desenvolvimento da investigação), que as instituições educacionais desvalorizam em parte estas temáticas uma vez que as mesmas não tomam posição central nem existe um local destinado para o exercício destes temas.

A nível profissional e de conhecimento na área de especialização, a realização da presente investigação melhorou as minhas competências metodológicas e profissionais enquanto

formadora, uma vez que, foi necessário a preparação, desenvolvimento e posterior avaliação das atividades de formação. Por conseguinte é necessária a identificação das diferentes pedagogias a adotar para os diferentes contextos. Penso que este estágio me deu uma melhor preparação para o mercado profissional – no seio da formação – tendo em conta que este é um mercado deveras competitivo e aliciante ao nível da Educação. Por conseguinte é uma forma de colocar em prática todo o conhecimento teórico adquirido ao longo dos anos de Licenciatura e posterior Mestrado. A tomada de decisões e a posterior reflexão e análise das práticas adotadas tornou-me capaz de tomar iniciativa perante as diferentes posições da vida quotidiana. Enquanto profissional considero importante a inovação, criatividade e empenho demonstrados ao longo deste percurso, na medida em que é uma competência fulcral para um melhor desenvolvimento profissional (futuro). O aprofundar de saberes na área da supervisão da formação permitiu-me uma diferente visão sobre o plano de atividades desenvolvido – tendo em conta que, para que o processo de supervisão seja bem-sucedido, o supervisor precisa também de alcançar as diferentes vertentes do trabalho, com objetivos definidos à priori e de forma concreta.

Em suma, considero ter respondido a todos os objetivos a que me propus no início desta investigação, nomeadamente a prevenção e implementação de hábitos alimentares, de sono, de higiene e de não consumo de tabaco nas crianças do Projeto Geração Tecla, da Juventude da Cruz Vermelha – Delegação de Braga. Para investigações futuras, sugiro que sejam implementadas diferentes formas de abordagens práticas, de modo a obter uma maior diversidade de metodologias práticas para o exercício e compreensão das temáticas envolventes neste estudo.

## BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, I. & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica. Uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem (2ªed.)*. Coimbra: Almedina.
- Azevedo, M.F.C. (2011). *Supervisão da formação: um caminho a percorrer no acompanhamento da avaliação*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Escola de Educação, Braga, Portugal.
- Coutinho, C. C (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Costa, C. O. (2012). *Educação para a saúde versus promoção da saúde: mudança concetual inocente?* In Remoalo, P. C. & Nogueira, H. G. (Eds). CEHUM: Edições Colibri.
- Costa, D.P.S. (2011). *Obesidade Infantil, Atividade Física e Hábitos Alimentares e de Vida Saudáveis: diferenças entre grupos*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Braga, Portugal
- Cunha, M. J. R. & Guimarães, F. (2011). *Contributos do 1º ciclo do ensino básico para a promoção da saúde oral em Portugal: uma primeira análise dos manuais escolares (1990-2010)*. Universidade do Minho: Centro de investigação em estudos da criança (CIEC).
- GUERRA, I. (2002) *Fundamentos e processos de uma sociologia da ação*. O planeamento em Ciências Sociais. Cascais: Editora Principia.
- Lanza, F. Silva; C. N.; Junior, J. W. A. N.; Almeida, V. E. O. & Bustos, V. S. M. (2017), *Pesquisas em ciências sociais e humanas: introduções metodológicas*. Coleção Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais: Universidade Estadual de Londrina.
- Melo, M. F. (2013). Propostas metodológicas e aplicabilidade do paradigma qualitativo de análise. *Cics Contextos*. Sem volume, nº7, pp.1-14
- Nunes, E. (2006). Consumo de Tabaco. Efeitos na Saúde. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. Nº22, 225, pp.225-244
- Oliveira, A., Albuquerque, C., Carvalho, G., Sendin, P., Silva, M. (2009). Determinantes da Obesidade na Adolescência. Atas do V Seminário Internacional/ II Ibero Americano de Educação Física, Lazer e Saúde. Universidade dos Açores
- Oliveira, A. O., Garcia, T., R., Sá, L., D. (2003). Aspetos valorizados por profissionais de enfermagem na higiene pessoal e na higiene corporal do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 56, núm. 5, pp. 479-483.
- Peres, E. (1994). Saber comer para melhore viver. *Versão atualizada de alimentação saudável*. (2ª ed.) Lisboa: Editorial Caminho
- Precioso, J. & Macedo, M. (2004). Bases científicas para a prevenção do consumo de tabaco na escola. *O Professor*. nº84, III Série, pp.13-21

- Pucci, S. H. M. (2013). *Sono, morbidade psicológica, funcionamento familiar, competências sociais e estilos de vida em adolescentes*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Braga, Portugal
- Rodrigues, V.; Carvalho, A.; Gonçalves, A. & Carvalho, G. (2007). *Situações de Risco para a Saúde de Jovens Adolescentes*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro: Escola Superior de Educação.
- Sá-Chaves, I. (1997). *Percursos de formação e desenvolvimento profissional*. Porto: Porto Editora.
- Sá-Chaves, I. (2009). *Portfolios reflexivos: estratégia de formação e de supervisão*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Sanchezm, R. P.; Mathias, A.; Itokazu, T.; Lima, R. S. & Andrade, M. M. M. (s.d.) *Sono e saúde: uma exposição didática itinerante*.
- Santos, J. (1983). *A Saúde pela Alimentação*. Porto: Avis.
- Santos, M. O. G. (2012). *Texto de apoio sobre o diagnóstico em processos de intervenção social e desenvolvimento local*. Évora: Universidade de Évora.
- Sousa, J. F. R. P. (2014). *(Des)Adequação nutricional dos lanches escolares: um estudo numa turma do 2º ano do 1º ciclo do Ensino Básico*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal.
- Torre, M. M. (2017). *Ação transformadora na supervisão entre pares: um exercício de supervisão horizontal*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal.
- Turrioni, A. P. S.; Salomão; F. G. D.; Monti, J. F. C.; Vazquez, F. L.; Cortellazzi, K. L. & Pereira, A. C. (2012). Avaliação das ações de educação na saúde bucal de adolescentes dentro da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7); pp. 1841-1848.
- Vasconcelos, R. Matta, M. L.; Pordeus, I. A. & Paiva, S. M. (2001). Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. *Rev Fac Odontol São José dos Campos*, v.4, n.3, pp. 43-51
- Vasconcelos, V. M., Martins, M. C., Valdês, M. T. M. & Frota, M. A. (2008). Educação em saúde na escola: estratégia em enfermagem na prevenção da desnutrição infantil. *Cienc Cuid Saude*, 7(3), pp. 355-362
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise sociológica*, v.20, nº4, pp.611-624
- Quivy, R. & Campnhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Editora Gradiva

## WEBGRAFIA

Cruz Vermelha de Braga (s.d.). Acedido em outubro 4, 2017. Disponível em <http://braga.cruzvermelha.pt/cvp/historia/568-breve-historial.html>

Cruz Vermelha de Braga (s.d.). Acedido em outubro 4, 2017. Disponível em <http://braga.cruzvermelha.pt/quem-somos/delegacao-local/missao.html>

Juventude da Cruz Vermelha de Braga (s.d.). Acedido em outubro 4, 2017. Disponível em <http://jcvbraga.net/pt/a-juventude>

Juventude da Cruz Vermelha de Braga (s.d.). Acedido em outubro 4, 2017. Disponível em <http://jcvbraga.net/pt/projectos>

Cruz Vermelha (s.d.). Acedido em outubro 4, 2017. Disponível em <http://www.cruzvermelha.pt/movimento-internacional/princ%C3%ADpios-fundamentais.html>

# APÊNCIDES

## Apêndice 1 – Primeiro questionário aplicado aos formandos

Questionário 1

PERGUNTAS RESPOSTAS 20

Seção 1 de 5

### Implementação e avaliação de um programa para a melhoria dos estilos de vida das Crianças do Projeto Geração Tecla

Hábitos Alimentares, Sono, Higiene e Consumo de Tabaco

Idade \*

Texto de resposta curta

ENVIAR

Questionário 1

PERGUNTAS RESPOSTAS 20

Sexo \*

Masculino

Feminino

Ano de escolaridade \*

Texto de resposta curta

ENVIAR

Questionário 1

PERGUNTAS RESPOSTAS 20

Qual o grau de escolaridade dos teus pais? \*

Nunca estudou

Até ao 4º ano de escolaridade (1º ciclo)

Até ao 6º ano de escolaridade (2º ciclo)

Até ao 9º ano de escolaridade (3º ciclo)

Até ao 12º ano de escolaridade (Ensino Secundário)

Conclui o ensino superior

Não sei

ENVIAR

← Questionário 1 ☆

PERGUNTAS RESPOSTAS 20

Conclui o ensino superior  
 Não sei

Qual a profissão dos teu pai? \*

Texto de resposta longa

Qual a profissão da tua mãe? \*

Texto de resposta longa

Após a secção 1 Continuar para a secção seguinte

ENVIAR

← Questionário 1 ☆

PERGUNTAS RESPOSTAS 20

Após a secção 1 Continuar para a secção seguinte

Secção 2 de 5

## Higiene

Descrição (opcional)

Durante a semana com que frequência costumavas lavar os dentes? \*

Mais do que uma vez por dia  
 Uma vez por dia  
 Pelo menos uma vez por semana, mas não todos os dias  
 Raramente/Nunca

ENVIAR

← Questionário 1 ☆

PERGUNTAS RESPOSTAS 20

Raramente/Nunca

Já alguma vez foste a um dentista?

Sim  
 Não

...

Se sim, com que frequência costumavas ir ao dentista?

Uma vez por ano  
 Duas vezes por ano  
 Mais de duas vezes por ano  
 Apenas quando tenho problemas dentários (dores de dentes...)

ENVIAR

← Questionário 1 ☆

PERGUNTAS RESPOSTAS 20

Mais de duas vezes por ano

Apenas quando tenho problemas dentários (dores de dentes...)

Sabes quais são os problemas que podem surgir devido à falta de uma boa higiene oral diária? \*

Sim

Não

...

Se sim, indica alguns problemas dentários que conheças.

Texto de resposta longa

Após a secção 2 Continuar para a secção seguinte

ENVIAR

+

Tr

+

▶

≡

← Questionário 1 ☆

PERGUNTAS RESPOSTAS 20

Secção 3 de 5

Sono

Descrição (opcional)

Num dia normal de aulas a que horas costumavas deitar-te? \*

Texto de resposta curta

E a que horas costumavas levantar-te?

Texto de resposta curta

Após a secção 3 Continuar para a secção seguinte

ENVIAR

+

Tr

+

▶

≡

?

← Questionário 1 ☆

PERGUNTAS RESPOSTAS 20

Após a secção 3 Continuar para a secção seguinte

Secção 4 de 5

Hábitos Alimentares

Descrição (opcional)

...

ENVIAR

+

Tr

+

▶

≡

← Questionário 1 ☆

PERGUNTAS RESPOSTAS 20

Descrição (opcional)

...

**Durante uma semana normal, quantas vezes fazes as seguintes refeições? \***

	Todos os dias	6 a 4 dias por semana	3 a 1 dia por semana	Nunca
Pequeno Almoço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lanche a meio da ma...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Almoço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lanche a meio da tarde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jantar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ceia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ENVIAR

← Questionário 1 ☆

PERGUNTAS RESPOSTAS 20

**Com que frequência consumes as seguintes bebidas? \***

	Mais do que 1 ve...	1 vez por dia	Algumas vezes p...	Raramente	Nunca
Café	<input type="radio"/>				
Água	<input type="radio"/>				
Leite	<input type="radio"/>				
Coca-cola ou outr...	<input type="radio"/>				
Sumo natural (de ...	<input type="radio"/>				

ENVIAR

← Questionário 1 ☆

PERGUNTAS RESPOSTAS 20

**Com que frequência consumes os seguintes alimentos? \***

	Mais do que 1 ve...	1 vez por dia	Algumas vezes p...	Raramente	Nunca
Carne vermelha (v...	<input type="radio"/>				
Carnes brancas (f...	<input type="radio"/>				
Peixe	<input type="radio"/>				
Hambúrguer, cac...	<input type="radio"/>				
Vegetais crus	<input type="radio"/>				
Vegetais Cozinha...	<input type="radio"/>				
Massas/arroz	<input type="radio"/>				
Batatas fritas de ...	<input type="radio"/>				
Batatas fritas feit...	<input type="radio"/>				

ENVIAR

← Questionário 1 ☆

PERGUNTAS RESPOSTAS 20

Batatas fritas feit...	<input type="radio"/>				
Pão de centeio ou...	<input type="radio"/>				
Chocolates ou gol...	<input type="radio"/>				
Bolos	<input type="radio"/>				
Fruta	<input type="radio"/>				
Sopa	<input type="radio"/>				
Lacticínios	<input type="radio"/>				

ENVIAR

← Questionário 1 ☆

PERGUNTAS RESPOSTAS 20

Com que frequência consumes alimentos confeccionados das seguintes formas? \*

	Mais do que 1 ve...	1 vez por dia	Algumas vezes p...	Raramente	Nunca
Fritos	<input type="radio"/>				
Cozidos	<input type="radio"/>				
Grelhados	<input type="radio"/>				
Estufados	<input type="radio"/>				
Assados	<input type="radio"/>				
Fast-food	<input type="radio"/>				

ENVIAR

← Questionário 1 ☆

PERGUNTAS RESPOSTAS 20

Com que frequência costumamos praticar exercício físico nos teus tempos livres? \*

- Todos os dias
- 4 a 6 vezes por semana
- 2 a 3 vezes por semana
- 1 vez por semana
- 1 vez por mês
- Nunca

ENVIAR

← Questionário 1 ☆

PERGUNTAS RESPOSTAS 20

1 vez por mês

Nunca

Se praticas algum desporto indica qual. \*

Texto de resposta curta

Após a secção 4 Continuar para a secção seguinte

ENVIAR

← Questionário 1 ☆

PERGUNTAS RESPOSTAS 20

Secção 5 de 5

### Consumo de Tabaco

Descrição (opcional)

Alguma vez fumaste tabaco (nem que tenha sido uma passa)? \*

Sim

Não

Que idade tinhas quando fumaste pela primeira vez?

Texto de resposta curta

ENVIAR

← Questionário 1 ☆

PERGUNTAS RESPOSTAS 20

Atualmente fumas? \*

Todos os dias

Pelo menos um cigarro por semana, mas não um por dia

Já fumei, mas deixei de fumar

Não fumo

ENVIAR

← Questionário 1 ☆

PERGUNTAS RESPOSTAS 20

Ao seguintes pessoas fumam? \*

	Fuma	Não fuma	Não sei	Não tenho
Pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irmão(ã)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Namorado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ENVIAR

← Questionário 1 ☆

PERGUNTAS RESPOSTAS 20

As seguintes pessoas fumam no interior da casa onde vives? \*

	Fuma	Não fuma	Não sei	Não tenho
Pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irmão(ã)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outra pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Consumo de Bebidas Alcoólicas

Descrição (opcional)

← Questionário 1 ☆

PERGUNTAS RESPOSTAS 20

Já alguma vez experimentaste bebidas alcoólicas?

Sim

Não

...

Hoje em dia, com que frequência bebes bebidas com álcool, incluindo as vezes em que bebes pequenas quantidades? \*

	Todos os dias ou...	Pelo menos uma ...	Pelo menos uma ...	Algumas vezes p...	Nunca
Cerveja	<input type="checkbox"/>				
Vinho ou Champa...	<input type="checkbox"/>				
Bebidas alcoólica...	<input type="checkbox"/>				
Bebidas destilada...	<input type="checkbox"/>				

...

Pensa nos últimos 30 dias. Quantas vezes bebeste 5 ou mais bebidas alcoólicas na mesma ocasião (numa tarde ou numa noite)? \*

Nenhuma vez

1 vez

2 vezes

3 a 5 vezes

6 a 9 vezes

10 ou mais vezes

:::

Quantas vezes já ficaste bêbado/a por teres bebido bebidas com álcool (por exemplo, sentir dificuldade em andar, ter dificuldade em falar, vomitar, não te lembrares do que aconteceu)? \*

	0 vezes	1-2 vezes	3-5 vezes	6-9 vezes	10-19 vezes	20-39 vezes	40 vezes ou...
Ao longo da ...	<input type="checkbox"/>						
Nos últimos ...	<input type="checkbox"/>						
Nos últimos ...	<input type="checkbox"/>						
Na última se...	<input type="checkbox"/>						

O que achas que vai acontecer no futuro, em relação a consumir álcool? \*

	Sim	Talvez sim	Não sei	Talvez não	Não
Tencionas beber r...	<input type="checkbox"/>				
Tencionas beber r...	<input type="checkbox"/>				

## Apêndice 2 – Segundo questionário aplicado aos formandos

**Implementação e avaliação de um programa para a melhoria dos estilos de vida das Crianças do Projeto Geração Tecla**

\*Obrigatório

**Idade \***  
A sua resposta \_\_\_\_\_

**Sexo \***

Feminino

Masculino

**Durante a semana com que frequência costumas lavar os dentes? \***

Mais do que uma vez por dia

Uma vez por dia

Pelo menos uma vez por semana, mas não todos os dias

Raramente/Nunca

Sabes quais são os problemas que podem surgir devido à falta de uma boa higiene oral diária? Se sim, indica quais. \*

A sua resposta \_\_\_\_\_

**Num dia normal de aulas, a que horas costumas deitar-te? \***

A sua resposta \_\_\_\_\_

**E a que horas te costumas levantar? \***

A sua resposta \_\_\_\_\_

Sabes quais são os problemas que podem surgir se tiveres maus hábitos de sono? Se sim, indica alguns. \*

A sua resposta \_\_\_\_\_

**Durante uma semana normal, quantas vezes fazes as seguintes refeições? \***

	Todos os dias	6 a 4 dias por semana	3 a 1 dia por semana	Nunca
Pequeno-almoço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lanche a meio da manhã	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Almoço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lanche a meio da tarde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jantar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ceia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência consumes as seguintes bebidas? \*

	Mais do que uma vez por dia	1 vez por dia	Algumas vezes por semana	Raramente	Nunca
Café	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coca-cola ou outras bebidas açucaradas e gaseificadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sumo natural (de laranja ou outras frutas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência consumes os seguintes alimentos? \*

	Mais do que 1 vez por dia	1 vez por dia	Algumas vezes por semana	Raramente	Nunca
Carne vermelha (vaca, vitela...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carnes brancas (frango, peru...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peixe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hambúrguer, cachorro ou salsicha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vegetais crus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vegetais cozinhados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massas/arroz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Batatas fritas de pacote	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Batatas fritas feitas em casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pão de centeio ou integral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chocolates ou guloseimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bolos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fruta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sopa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lactínios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência consumes alimentos confeccionados das seguintes formas? \*

	Mais do que 1 vez por dia	1 vez por dia	Algumas vezes por semana	Raramente	Nunca
Fritos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cozidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grelhados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estufados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fast-Food	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Alguma vez fumaste tabaco (nem que tenha sido uma passa)? \*

- Sim
- Não

**Atualmente fumas? \***

- Todos os dias
- Pelo menos um cigarro por semana, mas não todos os dias
- Já fumei, mas deixei de fumar
- Não fumo

**Se fumas, quantos cigarros fumas por dia? \***

A sua resposta \_\_\_\_\_

**As seguintes pessoas fumam? \***

	Fuma	Não fuma	Não sei	Não tenho
Pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irmão(ã)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Namorado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**As seguintes pessoas fumam no interior da casa onde vives? \***

	Fuma	Não fuma	Não sei	Não tenho
Pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irmão(ã)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outra pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Já alguma vez experimentaste bebidas alcoólicas?**

- Sim
- Não

**Pensa nos últimos 30 dias. Quantas vezes bebeste 5 ou mais bebidas alcoólicas na mesma ocasião (numa tarde ou numa noite)? \***

- Nenhuma vez
- 1 vez
- 2 vezes
- 3 a 5 vezes
- 6 a 9 vezes
- 10 ou mais vezes

shots)

Quantas vezes já ficaste bêbado/a por teres bebido bebidas com álcool (por

Das atividades que realizaste ao longo do ano (bebidas açucaradas, garrafa fumadora, visualização do site de tabaco, mimica, roda dos alimentos, visualização e discussão do vídeo sobre o sono), achas que contribuíram de forma positiva para melhorar os teus hábitos de educação para a saúde? Se sim, porquê? \*

A sua resposta

Depois de teres entregue os panfletos sobre o consumo de tabaco aos teus pais, notas-te se houve alguma mudança de atitudes por parte deles? Se sim, indica quais foram as mudanças. \*

A sua resposta

Quais foram as atividades que mais gostaste?

A sua resposta

Quais foram as atividades que menos gostaste? \*

A sua resposta

**SUBMITER**

### Apêndice 3 – Atividade Roda dos Alimentos



## DIVISÃO DA RODA DOS ALIMENTOS

- **Cereais, derivados e tubérculos** – arroz, massas, pão
- **Hortícolas** – alface, brócolos, cebola, cenoura, couve, pepino, pimentos, tomate
- **Frutas** – naanás, banana, cereja, laranja, maçã, manga, melancia, melão, meloa
- **Laticínios** – leite, iogurtes, queijos
- **Carnes, peixe e ovos** – carne vermelha (de vaca, porco, carneiro); carne branca (frango, peru e coelho); peixes, ovos...
- **Gorduras e óleos** – azeite, outros óleos vegetais (amendoim, soja, girassol, milho, palma), margarinas, cremes vegetais para barrar, manteiga, banha, natas.



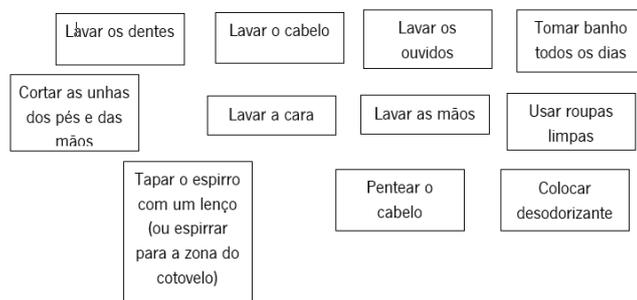
## ATIVIDADE



## FOLHETO EXPLICATIVO

[Roda dos alimentos folheto explicativo.pdf](#)

## Apêndice 4 – Atividade da Mímica



# Higiene pessoal

A sua Importância

## O que é a higiene pessoal?

- A higiene pessoal é tudo o que está relacionado com o cuidado corporal.
- Não se refere só a tomar banho e escovar os dentes; é também zelar pela saúde.

## Como cuidar da higiene pessoal?

---

- Tomar banho diariamente;
- Cortar as unhas e mantê-las limpas;
- Lavar as mãos constantemente;
- Escovar os dentes depois das refeições;
- Dormir, pelo menos, oito horas.



## Doenças que podem surgir devido à falta de higiene pessoal

---

- Doenças de pele;
- Contaminação por bactérias;
- Cáries dentárias.

## Cuidados a ter na higiene oral

---

- Lavar os dentes pelos menos 2 vezes ao dia
- Utilizar fio dentário
- Utilizar elixir oral
- Lavar a língua
- Ir regularmente a um dentista



## Doenças causadas devido à falta de higiene oral

---



### CÁRIES

Surgem a partir dos resíduos de alimentos que permanecem em contato com os dentes, atraindo bactérias e causando produção de ácidos que podem destruir as estruturas dos dentes.



### MAU HÁLITO/HALITOSE

Está relacionado à má higiene bucal, à boca seca e à ingestão de determinados alimentos, como molhos picantes. Geralmente esse problema agrava-se no período da manhã, devido à menor produção de saliva durante o período do sono.



## AFTAS

Apesar de não existir uma causa específica para o aparecimento de aftas, é sabido que a má higiene bucal pode contribuir para seu surgimento e dificultar a cura. Os ferimentos na mucosa da boca têm cor branca e avermelhadas ao redor e costumam causar dor e desconforto, especialmente na hora da alimentação.



## GENGIVITE

A gengivite surge quando existe acumulação de placa bacteriana, causando inflamação da gengiva, que pode resultar em vermelhidão, inchaço e sangramentos. Se a placa bacteriana não for removida, começa a ficar dura, formando o tártaro, que se adere ao dente e pode destruir as estruturas que sustentam os dentes.



---

# Consumo de Tabaco

---

OS MALEFÍCIOS DO CONSUMO DE TABACO

## O que é o Tabaco?

---

- Tabaco é um produto agrícola processado a partir das folhas de plantas do género *Nicotiana*.
- É consumido através de cigarro, charuto, cachimbo, rapé, narguilé, charro ou fumo mascado.



## Constituição do tabaco

---

❖ Nicotina - a aceleração do ritmo cardíaco (taquicardia); o aumento da pressão arterial; a constrição (estreitamento) dos pequenos vasos sanguíneos debaixo da pele e o aumento da adesividade das plaquetas do sangue o que facilita a formação de trombos.

Esta substância é principal causadora de dependência física, em relação ao tabaco, nos fumadores.



---

❖ Monóxido de carbono - é a substância mais prejudicial para uma gravidez, uma vez que reduz a quantidade de oxigénio que é transportado para o feto, provocando anomalias no seu crescimento.

Este composto também está relacionado com a formação de depósitos de gordura nas paredes das artérias. Com este procedimento as artérias podem ficar bloqueadas, provocando doenças no coração (como por exemplo, enfarte), ou até mesmo outros problemas relacionados com a circulação. Reduz a capacidade do sangue transportar oxigénio, o que vai afetar todas as células e órgãos do corpo especialmente o coração.



---

❖ Alcatrão - recebe o conjunto de partículas sólidas de reduzidíssimas dimensões presentes no fumo do cigarro e que ficam retidas num filtro especial. Este composto é uma mistura de várias substâncias diferentes e que é muito prejudicial para a saúde, sendo muitas delas cancerígenas.

Quando o alcatrão fica alojado nos pulmões dificulta as trocas gasosas entre os pulmões e o sangue fazendo com que o fumador tenha uma menor capacidade de respiração do que um não fumador.



---

❖ As substâncias irritantes que constituem o fumo do tabaco provocam o aumento da produção do muco e danificam os “pequenos cílios” (espécie de “cabelos”) que revestem as vias respiratórias e que ajudam a remover as impurezas e as bactérias.





## CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DO TABACO

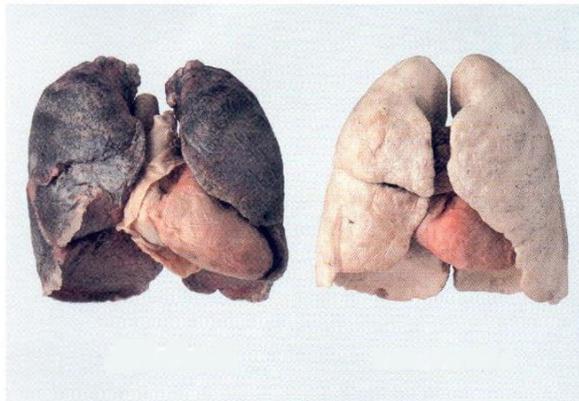


RISCO DE  
DOENÇAS  
PULMONARES

Bronquites  
Asma



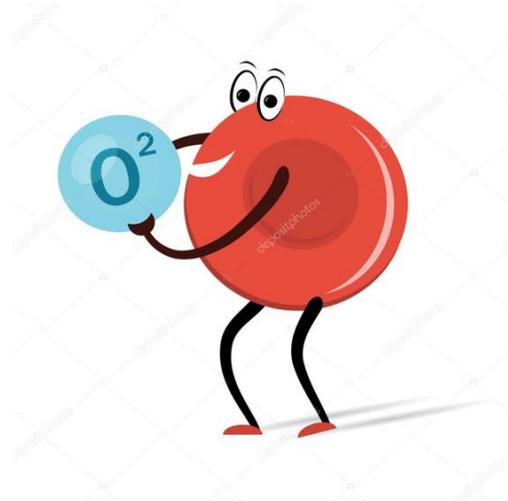
CANCRO DO  
PULMÃO



AUMENTO DO  
RITMO CARDÍACO,  
DA FREQUÊNCIA  
RESPIRATÓRIA E  
DA TENSÃO  
ARTERIAL



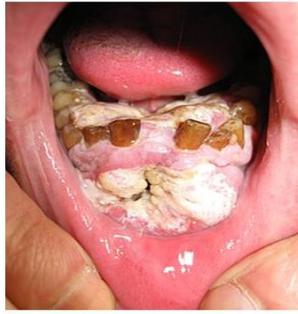
Diminui a  
quantidade de  
oxigénio que  
chega às células



Cancro do  
estômago



Cancro da boca e língua



DOENÇAS DENTÁRIAS



RISO DE ABORTO OU PARTO PREMATURO



# Atividade

---

GARRAFA FUMADORA E VISUALIZAÇÃO DO SITE TABACCO BODY

<http://tobaccobody.fi/en.php>



## PREJUÍZOS PARA A SAÚDE DEVIDO À FALTA DE SONO

- Afeta o equilíbrio, a atenção e a memória;
- Aumenta o cansaço físico;
- Envelhece a pele precocemente;
- Deixa o raciocínio mais lento.



## QUANTAS HORAS DEVO DORMIR POR DIA?



- Mais importante que dormir muitas horas, é a qualidade do sono.
- Não adianta dormir 8 horas se não for de qualidade.
- Para saber se a quantidade de horas que dorme é suficiente, basta reparar como acorda pela manhã.

## PREJUÍZOS PARA A SAÚDE DEVIDO À FALTA DE SONO

- Causa sensação de sonolência e dor de cabeça;
- O organismo fica sujeito a doenças como obesidade, hipertensão e diabetes;
- Altera o humor e causa irritabilidade;
- Deixa a aparência com ar de cansaço e causa olheiras.

## DICAS PARA DORMIR MELHOR

- Praticar exercício físico;
- Investir num colchão de qualidade e utilizar travesseiros adequados.
- Dormir num local confortável, fresco, escuro e silencioso.
- Fazer uma refeição leve antes de dormir:
- Ter uma rotina diária para dormir e acordar, inclusive nos fins-de-semana.
- Evitar bebidas alcoólicas à noite.

## BENEFÍCIOS DE UMA BOA NOITE DE SONO



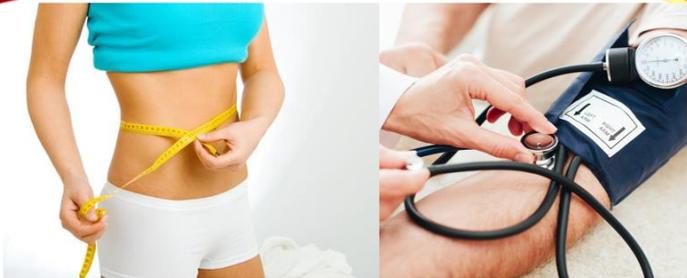
Acordar com bom humor,  
descansado e com os  
músculos renovados.





Tem um ótimo desempenho físico e mental e energia para desempenhar as tarefas do dia

Ter um sono regular e com qualidade evita doenças como: obesidade, hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e depressão



## ATIVIDADE

VISUALIZAÇÃO DE UM VÍDEO E DEBATE

QUAL A IMPORTÂNCIA DO SONO?  
COMO FUNCIONA O NOSSO CÉREBRO?

- <https://www.youtube.com/watch?v=7JruNSjlenU>
- <https://www.youtube.com/watch?v=HYYKpxFrbtw>

# Bebidas Açucaradas

OS MALEFÍCIOS DO AÇÚCAR



## O que é o açúcar?

Há diferentes tipos de açúcar e também os seus efeitos no organismo são distintos.

Os açúcares são hidratos de carbono simples, são constituídos por uma ou duas unidades, nomeadamente a glicose, frutose (açúcar da fruta), lactose, sacarose (açúcar mais comum), galactose (açúcar do leite) e maltose (açúcar dos cereais).

Os que utilizamos no dia-a-dia para adoçar, falamos do açúcar branco, o amarelo e o mascavado.



## Açúcar branco, amarelo e mascavado

O açúcar branco é o menos natural, uma vez que sofre um processo químico de refinação que lhe retira o melão e origina a perda de vitaminas e nutrientes. É o que provoca um maior estrago no organismo, desregulando os níveis de açúcar no sangue, como causa muitas doenças cardiovasculares.

Já o açúcar amarelo, embora também passe por um processo de refinação, consegue manter parte do melão e, com isso, algumas vitaminas e minerais.

O açúcar mascavado é o que mantém a forma original e a sua cor acastanhada, uma vez que é obtido sem ser sujeito a qualquer processo de refinação. Este reserva alguns micronutrientes, como magnésio, cálcio, fósforo e potássio, e ainda apresenta um valor energético ligeiramente inferior aos restantes tipos de açúcar.

## Onde está o açúcar?

Alimentos doces: bolos, refrigerantes, bolachas, chocolates.

Bebidas: refrigerantes, águas aromatizadas (p. ex.: pleno), sumos, néctares, bebidas energéticas.

Comidas: produtos embalados e prontos a comer (bolachas, cereais, molhos como o *ketchup*, carnes frias, salsichas, pão, hambúrgueres, pizzas, batatas fritas e até em comida para bebés.



## Quanto açúcar devemos consumir por dia?

5% do total de calorias ingeridas ao longo do dia.

Esta percentagem de calorias corresponde a cerca de 25 gramas de açúcar, qualquer coisa como seis colheres de chá de açúcar.



## Consequências do consumo exagerado de açúcar



## Estrias, celulite e rugas

---



## Diabetes

---



## Obesidade

---



## Alzheimer

---



## Colesterol Alto

---



## Cáries Dentárias

---



## Miopia

---



## Prisão de ventre

---



## Diabetes

Diabetes é uma doença crónica, onde a quantidade de glicose no sangue é muito elevada porque o pâncreas não produz qualquer insulina ou não produz insulina suficiente, para ajudar a glicose a entrar nas células do corpo; ou a insulina que é produzida não funciona adequadamente.



## Tipos de Diabetes

❖ Diabetes Tipo 1 – É o tipo de diabetes mais frequente em crianças e jovens. As células do pâncreas deixam de produzir insulina (devido a um processo de destruição das mesmas).

❖ Diabetes Tipo 2 – ocorre habitualmente na idade adulta e está associada ao excesso de peso e à vida sedentária.

### Sintomas da Diabetes tipo 1

Muita sede mas a boca permanece seca



Aumento do apetite

Urina em excesso

Cansaço rápido, Fraqueza

Emagrecimento sem causa aparente

### Sintomas da Diabetes tipo 2

Perda de peso

Visão turva, embaçada

Infeções frequentes

Fome exagerada

Formigamento nos pés

Má cicatrização das feridas



## Doenças Associadas à Diabetes

- ❖ Doenças Cardiovasculares;
- ❖ Doenças de Pele;
- ❖ Doenças Renais;
- ❖ Lesões oculares;
- ❖ Lesões neurológicas e problemas nos pés;
- ❖ Problemas dentários.



## Obesidade

A obesidade é o acumular de gordura no corpo causado quase sempre por um consumo excessivo de calorias na alimentação, superior ao valor usado pelo organismo para a sua manutenção e realização das atividades do dia a dia.



# Principais causas da obesidade

- ❖ Inatividade;
- ❖ Dieta não saudável e hábitos alimentares.



## Cáries Dentária

É uma doença que afeta quase 90% da população. É provocada pela ação de determinadas bactérias que podem originar a destruição parcial ou total do dente.

A presença dessas bactérias na boca, associada a uma alimentação inadequada e a uma higiene oral deficiente, facilita o aparecimento de cáries.



## Como aparecem as Cáries Dentárias?

Quando os alimentos que contêm hidratos de carbono, como os doces, bolos, chocolates, gomas, etc., são ingeridos, as bactérias cariogénicas vão decompô-los e originar ácidos que provocam a dissolução do conteúdo mineral dos dentes e consequentemente o aparecimento de lesões de cárie.



## Cuidados a ter para evitar as Cáries!

---

- ❖ Efetuar uma higiene oral diária correta (escovar os dentes pelo menos duas vezes ao dia, principalmente após as refeições);
- ❖ A escovagem noturna é a mais importante e não se deve ingerir mais alimentos após a escovagem;
- ❖ Passar o fio dentário entre os dentes pelo menos uma vez por dia (à noite);
- ❖ Ingerir refeições nutricionalmente equilibradas;
- ❖ Visitar o seu médico dentista regularmente.



## ATIVIDADE

---



Apêndice 9 – Incentiva! (folheto informativo para as crianças e jovens darem aos pais)

**OS ESTUDOS REVELAM QUE...**

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o consumo de tabaco, na Europa, é responsável por um milhão e 200 mil mortes anuais, número que tende a aumentar para os 2 milhões. Em Portugal, o consumo de tabaco atinge cerca de 20 a 26% da população.

Em todo o mundo, por ano, morrem 5,4 milhões de pessoas devido ao consumo de tabaco!



QUANDO FUMA DENTRO DE CASA, PENSE NO EXEMPLO QUE ESTÁ A DAR AO SEU FILHO.

E NÃO SE ESQUEÇA QUE ELE ESTÁ A RESPIRAR O FUMO DO SEU CIGARRO...

LEMBRE-SE, QUANDO FUMA, O SEU FILHO TAMBÉM ESTÁ A FUMAR



MEGALÃO AO CONSUMO DE TABACO!

**Não ao Consumo de Tabaco!**



**Não fume dentro de casa!**  
Prejudica a sua saúde e de quem vive na sua casa!



**Tabaco é um** produto agrícola processado a partir das folhas de plantas do género Nicotiana. É consumido como uma droga recreativa sob a forma de cigarro, charuto, cachimbo, rapé, narguilé, charro ou fumo mascado. É usado



**CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE TABACO**

Os fumadores têm, em média, menos dez anos de vida do que os não fumadores, pois as substâncias do fumo do tabaco afetam alguns órgãos importantes, ao mesmo tempo que tornam o organismo mais frágil em relação a uma série de doenças.

O consumo de tabaco pode causar:

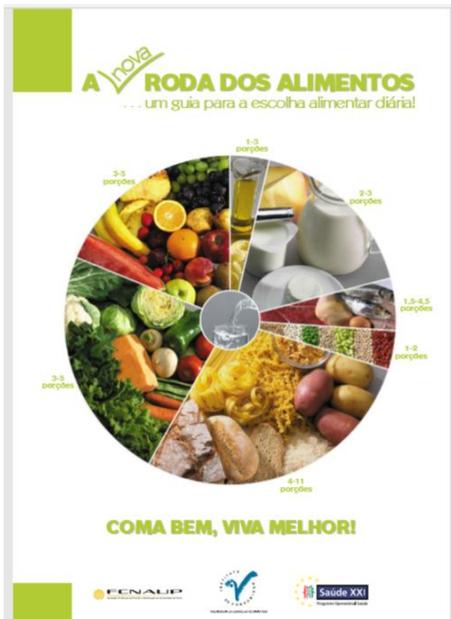
- ⇒ Impotência sexual;
- ⇒ Complicações na gravidez;
- ⇒ Infecções respiratórias;
- ⇒ Problemas dentários;
- ⇒ Cancro do pulmão;
- ⇒ Problemas cardíacos;
- ⇒ Entre outros.



Proteja a sua saúde, a saúde de quem os rodeia, e principalmente a do seu filho.  
Penso no Futuro!

# ANEXOS

## Anexo 1 – Folheto informativo da roda dos alimentos



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

### Como se utiliza?

Diariamente devem comer-se porções de todos os grupos de alimentos. O número de porções recomendado depende das necessidades energéticas individuais. As crianças de 1 a 3 anos devem guiar-se pelos limites inferiores e os homens activos e os rapazes adolescentes pelos limites superiores; e restante população deve orientar-se pelos valores intermédios.



\* As equivalências alimentares apresentadas dependem por vezes de outros factores de nutrientes. O teor energético de carbono - nos grupos dos cereais e derivados, tubérculos, oleos, nozes e castanhas - e no grupo dos lactínios (que inclui também as leites em pó) de acordo com o valor de cálcio (300mg), carne, peixe e ovo (de acordo com o teor de proteína) e no grupo de frutos e óleos (10g).  
\*\* Os valores limites inferiores e máximos das porções aqui recomendadas foram calculados para os valores energéticos de 1500kcal a 2000kcal, sendo a quantidade intermédia correspondente a um plano alimentar de 2200kcal.  
\*\*\* A quantidade de consumo de consumo é controlada, com excepção de crianças e adolescentes, que necessitam de 3 porções.

### A não esquecer ...

**BEBIDAS**

Embora a água seja a melhor bebida para satisfazer a sede, pode também recomendar-se a **outras bebidas que não contenham adição de açúcar, álcool ou cafeína**. Os sumos de fruta naturais e os chás sem cafeína (camomila, cidreira, limão, tilia...) são exemplos destas bebidas.

O café e alguns chás e refrigerantes contêm **cafeína**, substância estimulante cuja ingestão deve ser **limitada a um máximo de 300mg por dia**. No caso de crianças e adolescentes o seu consumo está desaconselhado.

Bevora misturada de café/leite doce*	
1 Café cheio	100
1 Café médio	110
1 Café curto	104
1 Refrigerante de Coca	40
1 Chávena de chá	30
1 Descafeinado	2

As bebidas alcoólicas contêm por definição **álcool etílico ou etanol**. O seu consumo é **totalmente desaconselhado a crianças, jovens, grávidas e aleitadas**. Com **moderação, e a acompanhar as refeições**, os adultos podem consumi-las sem risco.

Bevora (grau alcoólico)	Quantidade máxima admitida (em porções)	Bevora (grau alcoólico)	Quantidade máxima admitida (em porções)
Cerveja (5%)	3 copos (no imperial)	2 copos (no imperial)	1 copo (no imperial)
Vinho (12%)	2 copos (no imperial)	1 copo (no imperial)	1/2 de copo
Whisky (40%)	1/3 de copo	1/5 de copo	

**AÇÚCAR E PRODUTOS AÇUCARADOS**

Refrigerantes, bolos, chocolates, compotas, rebuçados e outros doces são exemplos de alimentos especialmente ricos em açúcar. O consumo deste tipo de alimentos deve ser feito, preferencialmente, **no final das refeições**, e a sua ingestão não deve ser diária mas sim restrita a **ocasiões festivas**.

A **leitura cuidadosa dos rótulos** é fundamental na selecção de alimentos com reduzido teor em açúcares. Sob a designação de açúcares engloba-se, por exemplo, **saccharose** (usar especiarias: **glúcoses, dextróses, frutoses, maltose, lactose, açúcar invertido, mel, melão, xarope** de ...)

**SAL E PRODUTOS SALGADOS**

A quantidade de **sal** (quimicamente designado por cloreto de **sódio** - NaCl) ingerida por dia deve ser **inferior a 5g**. A melhor forma de satisfazer esta recomendação é **moderar** não só o **consumo de produtos salgados** (por ex: produtos de salchicharia/charcutaria, alimentos enlatados, batatas frites, aperitivos, ...) mas também a utilização de **sal em natureza**.

A **leitura atenta dos rótulos** é fundamental na selecção de alimentos com reduzido teor de sal e sódio. O termo **sódio isolado** ou em **combinação com outras palavras** (por ex: cloreto de sódio) é utilizado para descrever a fonte de sódio presente no alimento.

A substituição do sal por **ervas aromáticas** (alho, estragão, salsinha, coentro, estrogaço, hortelã, louro, orégãos, salsa, ...) e **especiarias** (capim, baunilha, canela, cardo, colorau, noz-moscada, ...) na preparação e confecção de alimentos é uma boa forma de adicionar sabor e reagir a cor aos alimentos.

**MANTER UM PESO SAUDÁVEL ...**

**Seguir as recomendações da nova Roda dos Alimentos e praticar Actividade Física moderada e regular** é fundamental para a obtenção de um peso corporal saudável.

Um simples teste de **tal** com duração de pelo menos 20 minutos realizado diariamente é um bom exemplo de **actividade física moderada e regular**.

Na população adulta, o **Índice de Massa Corporal (IMC)** é uma medida que permite avaliar a adequação entre peso e altura.

IMC = $\frac{\text{Peso (kg)}}{[\text{Altura (m)}]^2}$	Se IMC ...
	< 18,5 = baixo peso
	18,5 - 24,9 = peso normal
	25,0 - 29,9 = excesso de peso
	> 30,0 = obesidade

## O que é?

A Roda dos Alimentos é uma **imagem ou representação gráfica** que ajuda a **escolher e a combinar os alimentos** que deverão fazer parte da **alimentação diária**.

É um símbolo em forma de círculo que se divide em **segmentos de diferentes tamanhos** que se designam por Grupos e que reúnem alimentos com propriedades nutricionais semelhantes.

A Roda dos Alimentos Portuguesa foi criada já em 1977 para a Campanha de Educação Alimentar "Saber comer é saber viver". A evolução dos conhecimentos científicos e as diversas alterações na situação alimentar portuguesa conduziram à necessidade da sua reestruturação.

A **nova Roda dos Alimentos** agora apresentada mantém o seu formato original, pois este é já facilmente identificado e associa-se ao prato vulgarmente utilizado. Por outro lado, e ao contrário da pirâmide, o círculo não hierarquiza os alimentos mas atribui-lhes igual importância.

A **subdivisão de alguns dos anteriores grupos e o estabelecimento de porções diárias equivalentes** constituem as principais alterações implementadas neste novo guia.



## Como é constituída?

A nova Roda dos Alimentos é composta por **7 grupos de alimentos** de diferentes dimensões, os quais indicam a proporção de peso com que cada um deles deve estar presente na alimentação diária:

Cereais e derivados, tubérculos – 28%  
Hortícolas – 23%  
Fruta – 20%  
Lacteícos – 18%  
Carnes, pescado e ovos – 5%  
Leguminosas – 4%  
Gorduras e óleos – 2%

A **água**, não possuindo um grupo próprio, está também representada em todos eles, pois faz parte da constituição de quase todos os alimentos. Sendo a água imprescindível à vida, é fundamental que se beba em abundância diariamente. As necessidades de água podem variar entre **1,5 e 3 litros** por dia.

**Cada um dos grupos** apresenta funções e características nutricionais específicas, pelo que todos eles devem estar presentes na alimentação diária, não devendo ser substituídos entre si.

**Dentro de cada grupo** estão reunidos alimentos nutricionalmente semelhantes, podendo e devendo ser regularmente substituídos uns pelos outros de modo a assegurar a necessária variedade.



## O que nos ensina?

De uma forma simples, a nova Roda dos Alimentos transmite as orientações para uma **Alimentação Saudável**. Isto é, uma alimentação:

- **completa** - comer alimentos de cada grupo e beber água diariamente;
- **equilibrada** - comer maior quantidade de alimentos pertencentes aos grupos de maior dimensão e menor quantidade dos que se encontram nos grupos de menor dimensão, de forma a ingerir o número de porções recomendado; e
- **variada** - comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando diariamente, semanalmente e nas diferentes épocas do ano.



ACNE  
ARM HAIRS  
BLOOD VESSELS  
BREATH ODOR  
FACE  
FACIAL HAIR  
GENITALIA  
HAIR  
**LUNG CANCER**  
LUNGS  
MOUTH  
NAILS  
PREGNANCY  
STOMACH  
STRESS  
WEIGHT GAIN  
WRINKLES

**SMOKER**

The unpleasant dark lump there is lung cancer. Smoking causes nine out of ten lung cancer cases. The risk of getting lung cancer increases the earlier you start to smoke, the longer you smoke and the more you smoke.



**NON-SMOKER**

Congratulations, non-smoker! The risk of you getting lung cancer is small.



## Anexo 3 – Declaração da Cruz Vermelha Portuguesa



### Delegação de Braga

Av. 31 de Janeiro, 317  
4715-052 BRAGA  
Tels.: (+351) 253 208 870/79  
Fax: (+351) 253 208 871  
E-mail: [dbraga@cruzvermelha.org.pt](mailto:dbraga@cruzvermelha.org.pt)

### Declaração

Eu, Tânia Marisa Fernandes Gomes, Coordenadora da Juventude Cruz Vermelha, da Delegação de Braga da Cruz Vermelha Portuguesa declaro autorizar a aluna Ana Carolina Braga Monteiro a associar o nome da Instituição no seu relatório de Estágio profissionalizante no âmbito do Mestrado em Mediação Educação e Supervisão da Formação pela Universidade do Minho.

Por ser verdade e a pedido da interessada, passou-se a presente declaração que vai devidamente assinada e autenticada.

Braga, 29 de Novembro de 2017

Coordenadora da Juventude Cruz Vermelha

Braga

(Tânia Marisa Fernandes Gomes)  
Delegação de Braga

[www.cruzvermelha.pt](http://www.cruzvermelha.pt)