

Cláudia de Sá Dias

Participação dos alunos de Enfermagem numa equipa multidisciplinar:

Projecto de Ambulatório de Saúde Oral e Pública

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade das Ciências da Saúde

Porto, 2009

Cláudia de Sá Dias

Participação dos alunos de Enfermagem numa equipa multidisciplinar:

Projecto de Ambulatório de Saúde Oral e Pública

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade das Ciências da Saúde

Porto, 2009

Cláudia de Sá Dias

Participação dos alunos de Enfermagem numa equipa multidisciplinar:

Projecto de Ambulatório de Saúde Oral e Pública

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade das Ciências da Saúde

Porto, 2009

Cláudia de Sá Dias

Participação dos alunos de Enfermagem numa equipa multidisciplinar:

Projecto de Ambulatório de Saúde Oral e Pública

Cláudia de Sá Dias

Cláudia de Sá Dias

**“Projecto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau de licenciatura
em Enfermagem”**

Sumário

Esta investigação propôs analisar os dados obtidos no inquérito elaborado pelos alunos de Enfermagem integrado no Projecto de Ambulatório de Saúde Oral e Pública numa amostra de adolescentes.

O estudo realizado trata-se de uma análise retrospectiva, descritiva e de natureza transversal. Os dados estatísticos que serviram de suporte para a investigação, foram os inquéritos utilizados pelo Projecto de Ambulatório de Saúde Pública e Oral amostra de adolescentes.

Da amostra do estudo averiguou-se que 53,1% dos adolescentes são do sexo masculino e 46,9% são do sexo feminino; constatou-se uma maior prevalência de excesso de peso e obesidade no sexo masculino do que no sexo feminino; em relação à alimentação pode-se apurar que 91,4% dos adolescentes não fazem dieta e 8,6% fazem dieta, ou seja praticam uma alimentação saudável; e 46% dos adolescentes que apresentam excesso de peso e os que são obesos não praticam exercício físico.

Em suma, é fundamental apostar na promoção da saúde e na prevenção da doença através de sessões de sensibilização direccionadas aos pais e aos adolescentes, para que no futuro, haja uma redução do número de casos de adolescentes de risco.

Dedico este Projecto de Graduação a todos aqueles, que tornaram possível a realização
do que até hoje alcancei.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer à Orientadora desta monografia, a Senhora Enfermeira Maria Filomena Cardoso, a quem fico grata pela constante disponibilidade, paciência, apoio, confiança e sabedoria, que me permitiram levar a termo este trabalho.

À Universidade Fernando Pessoa, que me acolheu e me deu a oportunidade de concretizar esta Licenciatura.

À Sara Martins e a Rita Machado pela disponibilidade e paciência

A todos aqueles que directa ou indirectamente me ajudaram a elaborar esta monografia.

Índice

INTRODUÇÃO.....	12
I. FASE CONCEPTUAL.....	15
1.1 Enfermagem.....	15
1. Enfermagem na Comunidade.....	18
2. O Enfermeiro na Equipa Multidisciplinar.....	20
1.2 Promoção da Saúde.....	22
1.3 Adolescência.....	24
1.4 Actividade Física.....	27
1.5 Sedentarismo.....	29
1.6 Alimentação saudável.....	30
1.7 Comportamentos Alimentares incorrectos.....	33
1.8 Descrição do Projecto de Ambulatório de Saúde Oral e Pública.....	34
1.8.1. Valências do Projecto.....	35
II. FASE METEDOLÒGICA.....	37
1. Princípios éticos.....	37
2. Tipo de estudo.....	38
3. População e Amostra.....	39
4. Variáveis.....	40
5. Instrumento de Colheita de Dados.....	40
6. Tratamento Estatístico.....	40
III. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	42
IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	63
V. CONCLUSÃO.....	68
VI. BIBLIOGRAFIA.....	70
ANEXOS.....	78

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Distribuição da amostra de acordo com o sexo.....	42
Gráfico 2. Distribuição da frequência da faixa etária.....	43
Gráfico 3. Distribuição da frequência da amostra do peso.....	44
Gráfico 4. Distribuição da frequência amostra pela altura.	45
Gráfico 5. Distribuição da amostra quanto ao jejum.	48
Gráfico 6. Distribuição da frequência da amostra para a regularidade de consultas o Médicas.....	49
Gráfico 7. Distribuição da amostra quanto á utilização de medicação.....	51
Gráfico 8. Distribuição da amostra quanto ao tipo de alimentação.....	52
Gráfico 9. Distribuição da amostra quanto à prática de exercício físico.	53
Gráfico 10. Distribuição da amostra quanto ao consumo de tabaco.....	55
Gráfico 11. Distribuição da amostra quanto ao consumo de bebidas alcoólicas.....	56
Gráfico 12. Distribuição da frequência da amostra quanto ao Colesterol Total dos adolescentes.....	58
Gráfico 13. Distribuição da frequência da amostra quanto á Glicemia.....	58

Índice de Quadros

Quadro 1. Distribuição da amostra por sexo.	42
Quadro 2. Distribuição da amostra pela faixa etária.	43
Quadro 3. Distribuição da amostra do peso.	45
Quadro 4. Distribuição da amostra pela altura.	46
Quadro 5. Distribuição da amostra pelo IMC.	46
Quadro 6. Distribuição Frequência da amostra de IMC para o sexo Masculino	47
Quadro 7. Distribuição da amostra pelo IMC.	47
Quadro 8. Distribuição da frequência da amostra do IMC no sexo feminino.....	48
Quadro 9. Distribuição da amostra quanto ao jejum.....	49
Quadro 10. Distribuição da frequência da amostra quanto à regularidade de consultar o Médico.	50
Quadro 11. Distribuição da frequência da amostra quanto à utilização de medicação.	51
Quadro 12. Distribuição da frequência quanto ao tipo de alimentação.	52
Quadro 13. Distribuição da frequência amostra quanto á prática do exercício físico... ..	53
Quadro 14. Relação entre o excesso peso e obesidade com a prática de exercício físico.	54
Quadro 15. Frequência da amostra quanto ao consumo do tabaco.	55
Quadro 16. Distribuição da frequência da amostra pelo consumo de bebidas alcoólicas.	56
Quadro 17. Distribuição da amostra quanto ao Colesterol Total dos adolescentes.	57
Quadro 18. Distribuição da amostra quanto à Glicemia	59
Quadro 19 Distribuição da amostra de acordo com os valores da Pressão arterial sistólica para o sexo masculino.	60
Quadro 20. Distribuição amostra de acordo com os valores da Pressão arterial diastólica para o sexo masculino.	61
Quadro 21. Distribuição amostra de acordo com os valores da Pressão arterial sistólica para o sexo feminino.....	62
Quadro 22. Distribuição amostra de acordo com os valores da Pressão arterial diastólica para o sexo feminino	62

Siglas:

IMC – Índice de Massa Corporal.

PASOP – Projecto de Ambulatório de Saúde Oral e Pública

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

UFP – Universidade Fernando Pessoa

Abreviaturas:

m – Metros

mmHg – Milímetros de mercúrio

mg/ dl – Miligrama por decilitro

Nº - Número

n – número de indivíduos

p. página

pp. páginas

P. – Percentil

PA – Pressão arterial

Kg – Kilograma

INTRODUÇÃO

No âmbito da disciplina de Projecto de Graduação da Licenciatura em Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, em que nos foi proposta a elaboração de um trabalho de investigação.

A investigação em Enfermagem assume actualmente, um papel ambicioso e recomendável para a aquisição e solidificação de conhecimentos.

O objectivo deste trabalho é a participação dos alunos de Enfermagem na equipa multidisciplinar: Projecto de Ambulatório de Saúde Oral e Pública.

A selecção do tema, deve-se ao desafio proposto de efectuar a análise dos dados já colhidos pelo PASOP. Assim como aluna de Enfermagem, optei por um estudo realizado por alunos do mesmo curso, tendo por base uma amostra de adolescentes. Esta amostra foi escolhida devido á extrema importância de reeducar estilos de vida, o mais precocemente.

Objectivo deste estudo:

- Analisar dados obtidos pelos alunos de Enfermagem numa amostra de adolescentes que recorreram ao rastreio efectuado pelo Projecto de Ambulatório de Saúde Oral e Pública. Indirectamente procuramos também compreender o âmbito do trabalho dos alunos de Enfermagem em equipa multidisciplinar.

Para atingir os objectivos propostos, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre: Enfermagem englobando a Enfermagem na Comunidade e o Enfermeiro na equipa multidisciplinar; promoção da Saúde; Adolescência; Actividade Física; Sedentarismo; Alimentação Saudável; comportamentos alimentares incorrectos e a Descrição do PASOP. O instrumento de colheita de dados utilizados foi um Inquérito do Projecto

Participação dos alunos de Enfermagem numa equipa multidisciplinar: Projecto de Ambulatório de Saúde Oral e Pública

Ambulatório de Saúde e Oral e Pública, da Universidade Fernando Pessoa, que já foi aplicado a uma amostra de adolescentes numa escola.

A amostra é constituída por 81 adolescentes com a respectiva autorização dos Encarregados de Educação da Escola Profissional Infante Henrique, que estiveram presentes no rastreio efectuado pelo PASOP nos dias 27 e 29 de Novembro de 2007

A informação recolhida e tratada utilizando o programa Statistical Package for Social Sciences 17.0 e Microsoft® Excel versão 2007.

As dificuldades na elaboração deste trabalho devem-se à inexperiência do investigador nesta área, pelo que foram motivo de aprendizagem. Todos os esforços durante a investigação foram de forma a atingir todos os objectivos e expectativas iniciais.

A Enfermagem tem inerente a si, vários propósitos que não se devem descuidar, entre eles a fomentação de estilos de vida saudáveis, a cooperação entre uma equipa multidisciplinar com o objectivo da formulação e desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença.

Pretende-se alertar para a importância da intervenção do Enfermeiro em relação à população, que muitas vezes necessita que a sua saúde seja defendida. Assim o Enfermeiro deverá assumir o papel de alertar a comunidade de forma a promover a saúde e evitar que todo um conjunto de doenças se instalem e se desenvolvam.

De salientar a extrema importância da presença do Enfermeiro na relação com os adolescentes, pois estes necessitam que a sua saúde seja preservada e incentivada, e do acompanhamento dos seus educadores, assim como pessoas significativas desta faixa etária, de modo a alertar a necessidade de promover a saúde e evitar que um conjunto de doenças se instale e se desenvolva.

Participação dos alunos de Enfermagem numa equipa multidisciplinar: Projecto de Ambulatório de Saúde
Oral e Pública

O tempo de elaboração deste projecto foi particularmente extenso, pois exigiu de certo modo um desgaste por parte do investigador. Para a realização do projecto de graduação foram utilizados os dados já colhidos pelo PASOP da UFP.

De modo a facilitar a consulta e consequente compreensão deste estudo, encontra-se estruturado em quatro partes: a fundamentação teórica, a fase metodológica, a análise de resultados e a sua discussão e conclusão.

I. FASE CONCEPTUAL

1. Enquadramento Teórico

Segundo Fortin, “O suporte teórico, resulta de um ponderado empenho na revisão da literatura existente, que se revela pertinente à luz da investigação a efectuar” (1999, p.74).

1.1 Enfermagem

A história da Enfermagem profissional inicia-se com Florence Nightingale, foi esta que considerou as enfermeiras, como mulheres escolarizadas, quando não tinham nenhum tipo de escolarização e não trabalhavam no serviço público. Após ter cuidado dos feridos da Guerra da Crimeia (1854-1856), fundou uma escola de Enfermagem no St. Tomas Hospital em Londres, foi marcado o nascimento da Enfermagem moderna (Tomey e Alligood, 2002).

A Enfermagem, desde as suas origens, está ligada à noção de cuidar, noção esta que se refere à prestação de cuidados e que está relacionada também com a noção de sobrevivência dos indivíduos. É, portanto, uma carreira que não deve ser abraçada como qualquer outra, voltada para o serviço próprio e para a auto-satisfação, já que é orientada para o outro, é uma profissão de serviço, em que a pessoa dá muito mais do que recebe (Nogueira, 1990).

Em Portugal, a Enfermagem teve um percurso semelhante ao verificado noutros países, estando ligado à mulher que ajuda e ao progresso e à prática da medicina. Desde a Idade Média até ao século XIX, este papel era relacionado à mulher consagrada, às regras conventuais que ditavam também comportamentos (Collière, 1999). A Enfermagem no século XXI conduz aos direitos, autonomia, potencial e poder para se transformar e ser o criador, com os mesmos ideais, para ir além do pensamento médico Oriental (Watson, 2002).

De acordo com Carrondo (2006), o perfil do Enfermeiro tem evoluído ao longo dos tempos, segundo modelos de formação estabelecidos por contextos sociais, históricos e culturais. Numa fase inicial, a prática dos cuidados assentava no modelo religioso. A assistência era prestada sob os ideais do cristianismo (fraternidade, serviço, caridade e auto-sacrifício) e consistia em cuidados de higiene, preparação de chás e alimentos, lavagem de roupas e cuidados com o ambiente, com características semelhantes aos cuidados domésticos prestados pela mulher nas famílias, às crianças e doentes (Carrondo, 2006).

A enfermeira empenhada na independência, tendo em vista a manutenção e o restabelecimento da independência do doente quanto à satisfação das suas necessidades específicas e que resultam das necessidades básicas de qualquer ser humano (Adam, 1997).

Entende-se que a Enfermagem é uma profissão cuja intenção é responder especificamente às necessidades de saúde (Nunes *et al*, 2005). Nos últimos anos, teve uma evolução, quer ao nível da formação de base, quer no que concerna à complexidade e dignificação do seu exercício profissional, que torna confiado a reconhecer o valor do papel do Enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde, bem como no que diz respeito à qualidade da prestação de cuidados de saúde (Decreto de lei 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º104/98, de 2 de Abril).

O Exercício Profissional da Enfermagem concentra-se na relação interpessoal entre um Enfermeiro e uma pessoa ou um grupo, como famílias ou comunidade. Quer o Enfermeiro quer as pessoas que necessitam dos cuidados de Enfermagem, possuem valores, crenças e desejos da origem individual, sendo originadas pelas condições ambientais em que vivem e se desenvolvem (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

O Enfermeiro reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem gerais a indivíduos, família e comunidade, aos três níveis de prevenção e é atribuído aos profissionais que tenham a habilitação reconhecida para tal (Sousa, 2008).

O profissional de Enfermagem é prestador de cuidados, educador e investigador. Intervêm em situações de saúde e doença, de forma independente e como membro da equipa de saúde. A Enfermagem é como profissão consolidada, sendo o profissional consciente pela sua actuação (Filipe, 2007).

Os cuidados de Enfermagem referem-se prioritariamente ao auxílio das pessoas na sua adaptação aos processos de saúde e doença que as atingem e, posteriormente, perfazem a actuação dos profissionais na resolução dos problemas de saúde das pessoas (Vieira, 2007).

O seu papel na sociedade é contribuir para que os indivíduos, as famílias e os grupos atinjam o seu potencial de saúde, independentemente do contexto onde vivem, trabalham e têm actividades de lazer, exercendo quatro funções principais: prestar e gerir cuidados de Enfermagem aos indivíduos, família, grupos e comunidade, tanto ao nível da promoção da saúde, como aos três níveis de prevenção da doença; actuar como membro eficaz da equipa de saúde e da sociedade; educar o pessoal de saúde, os doentes e suas famílias; desenvolver a prática de Enfermagem através da reflexão crítica e da investigação (Carrondo, 2006).

A Enfermagem caracteriza-se por um processo constante de desenvolvimento, de inumeráveis conceitos, modelos e teorias específicos que constituindo uma base de conhecimentos próprios e singulares conduz a uma afirmação clara e única da sua autonomia profissional (Araújo, 2008).

O Enfermeiro exerce a sua prática profissional em meio hospitalar ou comunitário, junto de crianças, adolescentes, adultos e idosos, tendo em consideração as suas características psicológicas, sociais, económicas e culturais. Sendo um profissional da saúde, tem como principal missão contribuir para o desenvolvimento das pessoas e comunidades, como sujeitos intervenientes e cooperantes no que respeita à elevação do nível de bem-estar (Carrondo, 2006). É um profissional com um saber próprio, numa equipa multidisciplinar e na sociedade, participando no processo de decisão relativo ao quadro jurídico e político da sua profissão. Assim, assume a responsabilidade pelo seu

próprio desempenho no exercício da profissão, em consonância com a evolução científica e a experiência adquirida, é independente na sua área de competência, reconhecendo os limites das suas funções e da sua competência (Carrondo, 2006).

O objectivo da Enfermagem é ajudar as pessoas atingir um nível superior de harmonia entre o corpo, a mente e a alma, o que origina na pessoa cuidada um maior auto-conhecimento, auto-cuidado, maior respeito por si própria, ou seja, uma participação activa e indispensável no seu próprio processo de cura (Gouveia, 2001).

A Enfermagem em Portugal é hoje reconhecida social e profissionalmente como uma profissão que se impôs de forma decisiva nos últimos vinte anos (Correia et al., 2001).

É hoje considerada:

“Profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que está integrado, de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros)

Ainda segundo o REPE o Enfermeiro é um,

“Profissional habilitado com curso de Enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe confere competência científica, técnica e humana reconhecida para prestar cuidados de Enfermagem gerais a indivíduos, família, grupos e comunidade, aos níveis de prevenção primária, secundária e terciária”.

1. Enfermagem na Comunidade

Esta é uma prática centrada na comunidade, promovendo hábitos de vida saudáveis, contribuindo para a prevenção da doença e as suas consequências mais incapacitantes, dando importância à informação de saúde, ao contexto social, económico e político e ao

desenvolvimento de novos conhecimentos sobre os determinantes da saúde na comunidade (Correia et al., 2001).

Baseia-se numa síntese do conhecimento da saúde pública e da Enfermagem. A saúde, promoção da saúde e a comunidade são a principal estrutura de vários níveis para a prática de Enfermagem comunitária, estando ligados entre si (Stanhope e Lancaster, 1999).

É uma prática continuada e integrante que se dirige a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e desenvolve-se em locais distintos da comunidade. É um serviço centrado em famílias, que respeita e incentiva a independência e o direito dos indivíduos e famílias a tomarem as suas decisões e a assumirem as suas responsabilidades em matéria de saúde até onde forem capazes de o fazerem. (Correia et al., 2001)

O papel do Enfermeiro na comunidade consiste em proporcionar autonomia, criar com sabedoria a oportunidade, reforçando crenças e capacidades, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem, fomentando, a partir do ceio familiar, a reprodução e herança de modelos comportamentais e experiências de saúde individuais, num processo de crescimento e desenvolvimento. (Correia et al., 2001).

A sua prática é de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, responsabilizando-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias (Correia et al., 2001).

O objectivo da Enfermagem comunitária é promover e preservar a saúde da população. Pressupõe-se a preocupação com os problemas de saúde de uma forma global, procurando as causas e as soluções prováveis de diversos problemas individuais de saúde, no interior da família e da comunidade (Oliveira et al., 2004), não estando limitada a um grupo etário (Stanhope e Lancaster, 1999)

Assim, o exercício orientado para a comunidade, a prestação de cuidados de Enfermagem fomenta o desenvolvimento de aptidões pessoais dos seus membros para o auto-cuidado e o auto-controlo em aspectos do bem-estar social e da saúde de vida diária (Carta de Ottawa).

A promoção da saúde na comunidade implica modelos que pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e o realce dos estilos de vida saudáveis (Oliveira et al., 2004).

Assim,

“(...) o Enfermeiro deverá identificar os recursos existentes que respondam às necessidades dos indivíduos na continuidade dos cuidados, na interdisciplinaridade, na articulação de cuidados e no desenvolvimento de programas que promovam a saúde da comunidade.” (Oliveira et al., 2004)

As suas intervenções visam prevenir situações de risco relacionadas com os cuidados de saúde primários.

2. O Enfermeiro na Equipa Multidisciplinar

Segundo Carrondo (2006), o Enfermeiro integra uma equipa de saúde multidisciplinar e estabelece uma rede de colaboradores, com outros profissionais de saúde e outros ramos da comunidade, coopera na formação, apoia e supervisiona pessoal auxiliar, avalia, planifica e presta cuidados de Enfermagem em diversas situações, com a participação de indivíduos e da comunidade e colabora na gestão e na investigação.

Os Enfermeiros estão inseridos num âmbito de intervenção multidisciplinar onde actuam em interdependência com outros profissionais de saúde (Regio, 2008) sendo, dentro de uma equipa, o elemento que melhor conhece as pessoas, os seus hábitos e estilos de vida, resultante dos motivos que orientam a formação em Enfermagem e pelas frequentes oportunidades de contacto durante a prestação de cuidados de proximidade

(Carrondo, 2006). Também desempenham funções autónomas, as acções definidas como processo de tomada de decisão da sua responsabilidade (Regio, 2008).

A qualidade da intervenção do Enfermeiro na equipa multidisciplinar contribui para atingir a promoção da saúde e a prevenção da doença. O Enfermeiro poderá ser encontrado nas escolas, na rua, em lares estabelecendo contacto, colhendo dados, avaliando necessidades e prestando cuidados de saúde (Stanhope e Lencaster, 1999).

Rodrigues et al. (2005) atribuem aos Enfermeiros um papel importante entre o grupo de profissionais que contribuem para a eficácia da educação para a saúde, “considerando a sua predisposição histórica para o apoio às pessoas e comunidades bem como a sua experiência educativa resultante da arte de cuidar, quer numa perspectiva curativa quer preventiva”.

Também Carvalho e Carvalho (2006) dão grande importância ao papel do Enfermeiro que, na prática da sua actividade em cuidados de saúde primários, promove a autonomia e o direito à tomada de decisão, procura apoiar as famílias no desenvolvimento de capacidades para o desempenho adequado e eficaz das suas funções, reconhece as necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades e desenvolve estratégias promotoras de saúde, actuando em conjunto com outros parceiros em equipa multidisciplinar.

A presença do Enfermeiro é aconselhável em situações que necessitam ou de intervenções de Enfermagem ou da sua colaboração com outros profissionais de saúde. Também se aconselha em todas as situações exteriores aos cuidados de Enfermagem, para as quais os seus conhecimentos são necessários (Moreira, 1995).

Lima (2005) e Trota (2001) referem que os Enfermeiros têm necessariamente de fazer aconselhamento à prática de actividade física regular. Podem ainda informar acerca dos recursos disponíveis na comunidade, e saber quem precisa de maiores exames físicos antes de iniciar programas de actividade física (Trota, 2001). A Enfermagem sempre esteve envolvida na prática de actividade física (Lima 2005).

A intervenção da Enfermagem na escola é de extrema importância pela sua contribuição humanitária, preventiva e educativa para a saúde das crianças e adolescentes (Stanhope e Lancaster, 1999). Devem ser incentivadas acções de prevenção de doenças e promoção da saúde, onde professores e profissionais de saúde desenvolvam um trabalho multidisciplinar, com a finalidade de cuidar as próprias alterações físicas, as quais podem trazer prejuízos no equilíbrio biopsicosocial e na aprendizagem (Souza, s.d). A escola é um bom local para a educação nutricional, que tenciona melhorar hábitos alimentares, orientar para a realização de prática desportiva e a realização de caminhadas (Fernandes e Vargas, 2007; Buss, 2000). Na promoção da saúde é essencial que toda a comunidade educativa participe de forma activa na identificação de necessidades de saúde e dos factores que a influenciam (Bacatum, 2005).

1.2 Promoção da Saúde

A promoção da saúde visa aumentar a capacidade dos indivíduos e comunidades para controlar e melhorar a qualidade de vida e saúde. O indivíduo ou o grupo, para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, deve estar apto para identificar e satisfazer a suas necessidades, adaptando-se (Carta de Ottawa, 1986). Assim, saúde é “como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (Declaração Alma-Ata, 1978).

Ottawa (1986) define promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para actuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.

De acordo com a Carta de Ottawa, 1986: “A saúde é um recurso da maior importância para o desenvolvimento social, económico e pessoal e uma dimensão importante da qualidade de vida”.

A promoção da saúde abrange procedimentos que ajudam a prevenir doenças e a proteger a saúde. Esta promoção da saúde bem como o fornecimento do cuidado primário de saúde são funções vitais de Enfermagem (Ribeiro, 2004).

Segundo Candeias (1997), a promoção da saúde é uma combinação entre determinantes da saúde com os factores genéticos, ambientais, estilos de vida com as suas diversas intervenções. É educacional no âmbito da educação para a saúde e ambiental referindo-se a circunstâncias sociais, políticas, económicas, relacionadas com o comportamento humano, que visam atingir acções e condições de vida que conduzem à saúde.

A carta de Ottawa (1986) estabelece um marco no que diz respeito à promoção da saúde visando, que o seu desenvolvimento se realiza na vida quotidiana, na escola, no trabalho e nos locais de lazer através das acções individuais e colectivas que levam à tomada de decisão e ao controlo consciente das próprias vidas, assegurando assim que a sociedade tenha a possibilidade de atingir um bom nível de saúde.

De acordo com Candeias (1997), a promoção em saúde inclui sempre a educação em saúde, visando a mudança do comportamento organizacional, enquanto que, a educação em saúde procura desencadear mudança de comportamento a nível individual, sendo capazes de beneficiar a saúde de camadas maiores da população.

Numa perspectiva de promoção da saúde, os profissionais de saúde dirigem a sua acção para a dimensão saudável dos indivíduos, orientando-os para uma atitude positiva que conduz à adopção de estilos de vida saudáveis (Rodrigues et al., 2005). Estes serviços requerem a participação activa dos utentes não podendo ser desenvolvidos, apenas, pelos prestadores de cuidados de saúde (Sorensen e Luckman, 1998).

Segundo Marek et al. (2003) a promoção da Saúde e a prevenção são conceitos que, em grande medida coincidem e ambas desempenham papel fundamental estilos de vida saudáveis.

A prevenção é de âmbito mais lato, dividindo-se em três tipos (Marek et al. , 2003):

Prevenção primária – a maioria das actividades, consideradas componentes da promoção da Saúde, que ajuda o indivíduo a atingir o seu máximo potencial da Saúde, actividades que se destinam a prevenir a ocorrência de determinadas doenças.

Participação dos alunos de Enfermagem numa equipa multidisciplinar: Projecto de Ambulatório de Saúde Oral e Pública

Prevenção secundária – centra-se na detecção precoce de doenças e no seu tratamento, de forma imediata e eficaz, limitando a gravidade e a incapacidade associadas.

Prevenção terciária – orienta-se para a reabilitação, depois de um episódio de doença ou traumatismo. Tem-se tornado o alvo mais significativo das actividades de promoção da saúde.

Segundo o Marek et al (2003) a promoção da saúde é um processo de estimular a informação, influenciar atitudes e identificar alternativas, de modo que o indivíduo possa fazer a escolha informada de estilos de vida, que o ajudem a alcançar ou manter níveis óptimos de bem-estar físico, mental e emocional.

Na perspectiva de Stanhope e Lancaster (1999, p.266) para promover a saúde dos utentes é necessário ensinar os conceitos de saúde e os conhecimentos para se autocuidarem, de formas facilmente assimiláveis. “A educação para a saúde com uma base teórica forte, permite que os Enfermeiros comunitários eduquem os utentes com êxito.”

“a educação para a saúde é uma parte vital de Enfermagem comunitária (...)porque os Enfermeiros comunitários contactam os utentes com necessidades e capacidades variadas, em situações diversas, estão numa posição chave para fornecer educação para a saúde. (...) os educadores de Enfermagem comunitária aumentam as capacidades dos utentes, ensinando-os a lidarem com os seus próprios processos de saúde mais eficazmente. ” (Stanhope e Lancaster, 1999, p. 266).

Existe em Anexos, os valores de referência para o IMC, Pressão arterial sistólica e diastólica, Glicemia e Colesterol total, para que possamos comparar com os dados obtidos em estudo.

1.3 Adolescência

“Uma das dificuldades do conceito de adolescência advém da delimitação etária deste período, pois existem diferenças entre os contextos culturais, géneros masculino/feminino, meios geográficos, condições socioeconómicas.” (Monteiro e Santos 2002, p. 46)

O conceito de adolescência provoca o reconhecimento das necessidades e características psicológicas, biológicas e sociais próprias do processo de transição que marca a passagem da infância para a idade adulta (Pacheco, 2008). É “ (...) uma época de vida humana marcada por profundas transformações fisiológicas, psicológicas, pulsionais, afectivas, intelectuais e sociais vivenciadas num determinado contexto cultural” (Monteiro e Santos, 2002, p. 46), seguindo determinados padrões gerais, onde as modificações sofridas afectam sucessivamente todos os aspectos de ordem biológica, cognitiva, psicoafectiva, emocional, sexual, social e moral, independentemente da vontade do indivíduo (Papalia et al., 2000).

Segundo Papalia et al. (2001), a adolescência vai desde os 11 ou 12 anos de idade até aos 19 ou 20 anos, o seu início e o seu fim ainda não estão claramente delimitados. A adolescência é considerada como tendo início com o fenómeno biológico a puberdade, no qual o indivíduo atinge a maturação sexual. As modificações físicas da puberdade são o resultado da actividade hormonal, sob a influência do sistema nervoso central, apesar de todos os aspectos do funcionamento fisiológico interajam mutuamente. As alterações físicas mais visíveis são o crescimento físico aumentado e o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários (Whaley & Wong, 1999).

Na rapariga, o primeiro indicativo da puberdade é o crescimento das mamas, depois a modificação dos órgãos genitais e o aparecimento da menarca, o aparecimento em primeiro dos pêlos púbicos seguido dos axilares. No rapaz, a puberdade inicia-se com o aumento do volume dos testículos e o aumento do tamanho do pénis, seguido do aparecimento dos pêlos na zona púbica, axilares e faciais (Braconnier e Marcelli, 2000). Os caracteres sexuais secundários como o crescimento do pénis, das mamas e pêlos púbicos determinam o estágio da maturação sexual (Vitolo, 2003).

Segundo Vitolo (2003), existem cinco estádios de maturação sexual de Tanner, o primeiro estágio varia as idades entre os nove e doze anos e começam aparecer modificações nos caracteres secundários que, normalmente na rapariga, aparece mais cedo que no rapaz. O segundo estágio de maturação sexual é compreendido entre os dez e os doze anos na rapariga, ocorre o estirão pubertário e para os rapazes, inicia-se a puberdade. Entre o terceiro e quarto estágio de maturação sexual, verifica-se alterações

da composição corporal, na maior parte das raparigas tem a menarca, representando o final do intenso crescimento linear, e para o rapaz representa o estirão pubertário. O quinto e último estágio indicam, para ambos os sexos, a finalização do processo de maturação sexual, de grandes modificações corporais e do crescimento linear.

Nesta fase o reconhecimento e a aceitação da nova imagem corporal acarretam conteúdos e limites. A transformação pubertária altera os conteúdos e estes limites. A imagem corporal será a que o adolescente investir como produto do sentimento de que o seu corpo é objecto único de si mesmo. A estabilização progressiva da imagem corporal desemboca no sentimento da identidade. A identidade considera-se adquirida quando a pessoa se consegue identificar de forma permanente com os diferentes sectores da vida, quer se trate da sua sexualidade de adulto, quer das suas relações com o sexo oposto, quer no seu plano individual e social em simultâneo, quer as suas ambições e objectivos profissionais (Braconnier e Marcelli, 2000).

A necessidade do adolescente para estar em grupo responde às necessidades pessoais. Os grupos são uma forma de trocar diversas informações, que cada um poderá ter recolhido em diversas situações, tendo a oportunidade de transmitir aos seus pares. Esta adesão ao grupo responde igualmente a necessidades sociais que permitem ao adolescente sentir-se integrado na sociedade e em específico no grupo de pares que caracteriza esta sociedade (Braconnier e Marcelli, 2000).

Por outro lado:

“ (...) as modificações corporais, o trabalho de descomprometimento da infância, as reorganizações defensivas, os novos sistemas de idealização, as procuras de identificação e as novas formas de adesão ao grupo são características específicas da adolescência” (Braconnier e Marcelli, 2000, p.51).

Nos dias de hoje os adolescentes não seguem um padrão alimentar correcto. As orientações alimentares são frequentemente desvalorizadas, pelos adolescentes, com consequentes hábitos e dietas incorrectas (Barbosa 2004).

Adolescência caracteriza-se assim por uma multiplicidade de condutas, de tentativas e erros, que determinam a socialização e a individualização nesta faixa etária. As incertezas e as flutuações que o adolescente sente quanto aos limites de si mesmo e dos seus actos poderão evoluir num sentido desfavorável surgindo assim algumas situações de conflito irreversíveis. Assim tem-se verificado uma aumento de adolescentes que consomem bebidas alcoólicas e sendo o álcool considerado o seu uso pelo menos uma vez na vida, e é a droga mais consumida em todas as faixas etárias, começando assim entre os dez e os doze anos (Salles, 1998). Entre o álcool o tabaco também uma droga que geralmente é consumida pelas crianças e adolescentes. O comportamento tabágico inicia-se geralmente na adolescência e poucas pessoas se tornam fumadoras depois dos 18 anos (American Academy of Pediatrics, 2001).

1.4 Actividade Física

A actividade física constitui um componente essencial que se valoriza e integra no quotidiano, profundamente ligado a uma vida saudável e com qualidade. No fundo, não é mais do que um padrão de comportamento que influencia, de forma marcada, modos de estar e estilos de vida. É um marcador que especifica a saúde, bem-estar e qualidade de vida. (Veloso, 2005) Pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, que se traduz num aumento de dispêndio de energia (Sánchez, 2001).

A actividade física adequada é aquela que permite exercitar a maior parte dos músculos do organismo, aumenta a frequência cardíaca até 60-80% da sua capacidade máxima (220 - idade em anos), produz transpiração e é praticada pelo menos durante 30 minutos, três dias por semana (Trota et al, 2001).

De acordo com Marques (2005), a actividade física diária ou quase diária, ligeira a moderada proporciona ganhos significantes em saúde. O conceito de actividade física moderada e regular é uma forma de manter a saúde e prevenir doenças. A actividade física regular promove o crescimento e desenvolvimento saudável de crianças e jovens, aumentando a auto-estima, a socialização e a confiança (Kretly, 2006).

Para Sánchez (2001) o estímulo que actua sobre o indivíduo vai incidir directamente sobre os processos de adaptação do organismo provocando diferentes efeitos em função dos factores quantitativos (tipo, intensidade, frequência e duração) e dos factores qualitativos (actividade laboral, tarefas domésticas, Educação Física e actividade de tempos livres) que a constituem.

A actividade física na medida em que pode constituir comportamento representativo de um estilo de vida. Como exemplo, podemos constatar as rotinas diárias das quais a Actividade física faz parte: subir escadas, ir a pé para a escola ou emprego, caminhar, andar de bicicleta, realizar algumas tarefas domésticas, jogar com os amigos, brincar com os filhos entre outros (Veloso, 2005).

A actividade física pode beneficiar o adolescente de duas maneiras (Sallis & Owen, 1999): permite o seu desenvolvimento harmonioso e saudável e, no futuro, salienta os efeitos a longo prazo que o exercício realizado nesta etapa da vida tem na saúde.

A escolha dos exercícios físicos deve ter em conta a idade e o peso, para não gerar lesões e deverá ter uma característica lúdica (Barbosa, 2004).

De acordo com a Direcção Geral de Saúde, recomenda-se um mínimo de trinta minutos diários para a redução do risco de doença cardiovascular, Diabetes *Mellitus*. Se o objectivo é a redução do peso, deverá ser aumentado o tempo diário de actividade física.

Para Barata (1997), as vantagens da actividade física dividem-se em dois grupos: os ganhos em saúde e a melhoria da condição física. Os ganhos em saúde vão auxiliar na prevenção primária ou melhoria do estado de saúde em relação à condição física, vai promover o aumento das capacidades físicas. Mas, de acordo com Mcardle, Katch & Katch (*cit. in Cruz, 2005, p. 55*), sem saúde não é possível melhorar a condição física, assim como, sem condição física e sem capacidade de realizar actividades diárias, não é possível manter um estado de completo bem-estar físico, mental, social ou espiritual.

1.5 Sedentarismo

Nos últimos anos, o sedentarismo caracteriza-se por uma epidemia global. Os níveis de actividade física reduziram drasticamente nos países desenvolvidos, começando esta redução a ser visível de forma mais intensa (Coutinho, s.d).

Define-se como um estilo de vida de quase ausente de actividade física e de gasto de calorias. Traz consigo consequências como diminuição da qualidade de vida, aumentando a doenças crónicas e incapacitantes (Trota et al. 2001).

A necessidade das actividades físicas diárias tem sido gradualmente reduzida, devido à mecanização e automatização do trabalho e do lazer (Kemper, 1994). Ser sedentário não é um comportamento natural, e levará o homem a um menor desenvolvimento em todos os seus domínios mental, psicológico, cognitivo e emocional. Como comportamento vai contra natureza, vai ser factor de doença (Barata 2003).

Segundo Sallis e Owen (1999) os padrões de sedentarismo que se verificam nos adolescentes estão cada vez mais próximos dos reproduzidos pelos adultos, assim como a forma de encarar a actividade física, designadamente os motivos frequentes para não as praticarem.

Para Uehara e Mariosa (2004), uma vida sedentária diminui o gasto energético e promove ganho de peso. O sedentarismo associado a dietas incorrectas e hábitos de vida pouco saudáveis são a principal causa para o aparecimento de doenças como a Hipertensão Arterial, Diabetes *Mellitus*, ansiedade, obesidade, hipercolesterolemia, e enfarte agudo do miocárdio.

De acordo com Barata (2003), Portugal é o país mais sedentário da União Europeia, quer bem termos de actividade física informal quer organizada.

O tempo livre das crianças passa em torno da alimentação, da televisão, do computador; por norma toda actividade da criança no tempo livre é efectuada através de muito pouco desenvolvimento físico (Parizzi e Tassara, 2001).

“(…) a falta de actividade física está cada vez mais apontada como uma das causas do aumento vertiginoso de obesidade e sobrepeso que se verifica em muitos países.” (Angelis, 2003, p.21).

Vitolo (2003) reforça que quando uma criança passa um grande número de horas em frente ao televisor, além de estar sujeita à publicidade sobre *fast-food*, também despende menor energia. A inactividade contribui significativamente para a obesidade.

Os profissionais de saúde devem combater o sedentarismo na infância e na adolescência, estimulando a prática regular de exercício físico no quotidiano e/ou de forma estruturada através das modalidades desportivas, mesmo na presença de doenças, visto serem raras as contra-indicações (Lazzoli, et al., 1998).

1.6 Alimentação saudável

Para Nunes e Breda (2005), a alimentação consiste em obter do ambiente uma série de produtos, naturais ou transformados, que são designados por alimentos, que contêm substâncias químicas denominadas nutrientes. Trata-se de um processo voluntário, determinado por factores cognitivos, sócio-económicos, emocionais, psicológicos, afectivos e culturais.

Segundo Aguiar (2001, p.11) “A alimentação condiciona o desenvolvimento físico, tem influência sobre o desenvolvimento intelectual, interfere na evolução de quase todas as enfermidades, é fundamental para o trabalho.”

Peres (1992, p. 82) refere:

“A alimentação é um factor ambiente que mais interfere na saúde e na duração da vida. O bem-estar proporcionado por uma alimentação resulta do equilíbrio balanceado entre os alimentos, e do ambiente da qualidade higiénica e nutricional dos alimentos e do ambiente emocional das refeições.”

Os hábitos alimentares saudáveis devem ser introduzidos precocemente, uma vez que são muito importantes no estabelecimento das preferências e comportamentos futuros (Gonçalves, 2006). A alimentação é um processo de selecção de alimentos, sendo das preferências, das disponibilidades e da aprendizagem de cada pessoa, permite escolher e distribuir as refeições ao longo do dia, de acordo com os seus hábitos de vida (Nunes e Breda, 2005).

Aragão (2008, p.12): refere:

“A alimentação representa um papel muito importante na vida das pessoas do que pensara anteriormente. Este conhecimento, ao ser generalizado na população pode ajudar a resolver, em termos individuais e colectivos os problemas de certas doenças de origem alimentar e contribui para a melhoria de saúde de que dependem a longevidade e o equilíbrio mental.”

Uma alimentação equilibrada na adolescência, satisfaz o aumento das necessidades nutricionais durante este período, e também reforça os hábitos alimentares para toda a vida (Gonçalves, 2006).

A alimentação implica directamente (Peres, 1994):

- Desenvolvimento intra-uterino e suas consequências imediatas e posteriores para a criança e para o futuro adulto;
- Crescimento, desenvolvimento e maturação durante a infância e adolescência;
- Ritmo de envelhecimento ao longo do ciclo da vida;
- Comportamentos e desenvolvimento intelectual e psico-afectivo;
- Vulnerabilidade para doenças metabólicas e degenerativas

A alimentação saudável é definida por Saldanha (1999) como sendo diversificada e adequada às necessidades do organismo em termos energéticos e de nutrientes essenciais, obtida a partir do consumo de alimentos, tendo em conta a qualidade, a quantidade e modo de confecção dos alimentos.

De acordo com Fernandes (2007, p.20):

“Quanto mais cedo se instituírem hábitos alimentares correctos, maior a probabilidade de que permaneçam na vida futura. Assim, a educação alimentar exige um período longo para uma interiorização dos conhecimentos. (...) A importância do aconselhamento nutricional deve ser inserida nos comportamentos imediatos, concretos e de impacte pessoal.”

Segundo Nunes e Breda (2005), para uma alimentação saudável deve-se escolher alimentos seguros, em matéria de qualidade e higiene, e diversificados de forma a satisfazer as suas necessidades. A variedade na alimentação e a forma de garantir todas as necessidades do organismo em nutrientes e evitar a ingestão de alimentos com substâncias com risco para a saúde, por vezes existentes em alguns alimentos.

Para Correia (2004), alimentação saudável é:

“(...) aporte energético e nutrientes necessários para o crescimento e com composição e paladar também adequados ao seu estágio de desenvolvimento”.

Peres (1994) considera alimentação saudável como forma racional de comer que garante a diversidade de alimentos, a quantidade equilibrada, seleccionados pelo valor nutricional. Alimentação saudável é realizar uma dieta em que todos os dias deverão conter todos os grupos de alimentos, deve-se também diversificar o mais possível dentro de cada categoria nenhuma categoria pode ser dispensada nem ser substituída com um maior consumo de outro.

Uma alimentação saudável concentra-se na diminuição da ingestão de *fast-food* e aperitivos e na realização de uma dieta calórica adaptada para a idade e ao estado de

saúde do adolescente, com a finalidade de este perder o peso indesejado e manter o ideal (Castro e Morgan, 2005).

1.7 Comportamentos Alimentares incorrectos

Na adolescência ocorrem enormes mudanças, passando pela adopção de estilos de vida menos saudáveis influenciados pelo contacto com novas experiências e culturas (Peres, 1994).

A alimentação é um dos factores do meio ambiente que tem maior influência sobre a saúde:

“Em Portugal cometem-se muitos erros alimentares que, mantidos durante muitos anos, são um dos principais factores de risco de numerosas doenças, que vêm aumentando em número e gravidade e atingem, hoje, grandes massas da população” (Aguar, 2001, p.167).

Hoje em dia a oferta de alimentos tornou-se constante em qualquer período do ano. Os alimentos encontram-se disponíveis a qualquer hora do dia e da noite, cada vez mais acessíveis em termos económicos, sendo utilizado um *marketing* bem organizado, com aspecto encantador. São alimentos industrializados, pobres em hidratos de carbono e fibras e ricos em gorduras animais e açúcares refinados (Barbosa, 2004).

Peres refere,

“Em resultado de novos estilos de vida, de horários laborais e escolares desencontrados, de gestão diferente do tempo para afazeres domésticos, e da mudança da natureza dos bens alimentares mais acessíveis, a comida familiar nas sociedades modernas urbanizadas, no que respeita a composição e confecção e ao seu próprio significado, está a modificar-se em resultado do peso das várias condicionantes e da aculturação” (1994, p.209).

Existem vários factores que interferem no consumo alimentar durante a adolescência: imagem corporal, valores e crenças, situação socioeconómica, hábitos alimentares, alimentos consumidos fora de casa, a influência dos *media*, entre outros. A dieta com

grande teor em lípidos, em energia e em hidratos de carbono, são considerados factores de risco para a obesidade e outras doenças crónicas (Barbosa, 2004).

Um grande número de adolescentes não realiza algumas das refeições principais e substituem principalmente o jantar por lanches. Alguns estudos indicam que os adolescentes ingerem pequeno-almoço incompleto num aspecto quantitativo e qualitativo, assim como apresentam uma escassa ingestão de alimentos essenciais como vegetais, fruta, leite e derivados (Barbosa, 2004).

Segundo o mesmo autor, de um modo geral, a selecção é por alimentos com elevado teor em gordura e calorias, pouco nutritivos, e que propicia à ocorrência de uma alimentação desequilibrada e da ingestão de nutrientes em excesso, como: refrigerantes, bebidas com teor de corantes e conservantes e snacks como batatas fritas e outros alimentos ricos em sal e gordura.

Como refere Veigas:

Um em cada sete jovens portugueses, entre os 14 e os 17 anos, sofre de excesso de peso, ou mesmo de obesidade. Os dados resultam de um estudo sobre obesidade e adolescência, realizado pela Associação portuguesa de Obesos e Ex-obesos de Portugal. (2005, p. 49).

Alguns dos hábitos alimentares adquiridos na adolescência podem resultar de um maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, Hipertensão Arterial, Diabetes *Mellitus*, Osteoporose na idade adulta (Barbosa, 2004).

1.8 Descrição do Projecto de Ambulatório de Saúde Oral e Pública.

O PASOP - Projecto Ambulatório de Saúde Oral e Pública assumiu-se uma extensão comunitária da Universidade Fernando Pessoa na área da educação para a saúde (Durães, 2008).

Segundo o mesmo autor a educação para a saúde passa, por incentivar à criação de hábitos de vida saudável, um dos quais é a preocupação com a prevenção dos riscos que possam conduzir à doença. A prevenção desses riscos pressupõe naturalmente uma informação actualizada sobre o estado geral da saúde, através de diagnósticos realizados, designadamente em públicos que, por limitações sociais, culturais e económicas, não têm habitualmente acesso a cuidados de saúde.

O público que habita na zona interior ou que mora nas margens socialmente debilitadas dos meios urbanos foram identificados em autarquias com culturas e hábitos de vida ainda bastante ruralizados e com imagens do envelhecimento marcadas, e em agrupamentos escolares com problemas de dificuldades de aprendizagem e de insucesso (Durães, 2008).

Institucionalmente, o PASOP privilegiou como interlocutores e mediadores da extensão comunitária as instituições de solidariedade social, centros paroquiais, associações, fundações, santas casas da misericórdia, câmaras municipais, juntas de freguesia e outros agrupamentos de escolas, sobretudo básicas (Durães, 2008).

1.8.1. Valências do Projecto

Segundo Durães (2008) o PASOP possui duas unidades móveis devidamente equipadas com consultórios e respectivos meios de diagnóstico, que servem o projecto, realizam rastreios de medicina dentária, identificando necessidades de tratamentos que podem ser realizados nas duas clínicas dentárias da UFP do Porto; fazem-se rastreios para a avaliação de glicemia capilar, nível de colesterol total, tensão arterial, índices de osteoporose, aquisição de disfagias e identificam problemas motores e psicomotores.

Ainda segundo o mesmo autor, nestas acções participam, respectivamente, os alunos de Medicina Dentária, de Análises clínicas e saúde pública, de Enfermagem, de Terapêutica da fala, de Fisioterapia e de Reabilitação psicomotora, enquadrados por docentes e/ou supervisores de estágios clínicos.

Participação dos alunos de Enfermagem numa equipa multidisciplinar: Projecto de Ambulatório de Saúde Oral e Pública

Dispondo de meios adequados para o apoio à investigação clínica de campo naquelas áreas, as duas unidades móveis são também utilizadas para suporte à recolha de dados epidemiológicos (Durães, 2008).

II. FASE METEDOLÓGICA

Este trabalho foi realizado com dados recolhidos pelo PASOP numa amostra de adolescentes da Escola Profissional Infante Henrique.

Para a realização deste projecto de investigação houve a necessidade de proceder à recolha, descrição e análise de dados. Nesta fase foram definidos os aspectos éticos, o tipo de estudo, a população, a amostra, as variáveis, instrumentos de colheita de dados, o tratamento e a análise dos dados. A metodologia é o “Conjunto dos métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, 1999, p.372).

Segundo Fortin (1999, p.131) “(...) a fase metodológica consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação.”

1. Princípios éticos

“A investigação aplicada aos seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdade da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar as disposições necessárias para proteger os direitos e as liberdades das pessoas que participam nas investigações. Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética.” (Fortin, 1999, p.116)

O direito à Autodeterminação: “(...) o sujeito tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação.” (Fortin, 1999, p.116)

O direito à Intimidade: “(...) faz referência à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas.” (Fortin, 1999, p.116)

O direito ao Anonimato e Confidencialidade: “(...) é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador.” (Fortin, 1999, p.117)

O direito à Protecção Contra o Desconforto e Prejuízo: “(...) corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem.” (Fortin, 1999, p.118)

O direito a um Tratamento Justo e Equitativo:

“(...) os sujeitos têm o direito a receber um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a sua participação no estudo (...). Têm o direito a ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para o qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo.” (Fortin, 1999, p.119)

O direito ao Anonimato e Confidencialidade: “(...) é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador.” (Fortin, 1999, p.117)

Os direitos éticos dos inquiridos foram respeitados pela equipa do PASOP no momento da colheita de dados. Nos resultados obtidos os sujeitos não foram identificados.

2. Tipo de estudo

O presente estudo foi desenvolvido através de um método de análise quantitativa, descritivo simples de natureza transversal e retrospectivo.

“O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade.” (Fortin, 1999, p.133)

“O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. (...) Tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos (...).” (Fortin, 1999, p.22)

O presente estudo é quantitativo porque utilizaram dados numéricos para obter informações, descrever e testar relações. É de natureza transversal, quanto ao tempo em que decorre o estudo e os inquéritos foram aplicados num momento único e pré-definido e é retrospectivo porque foca eventos passados (Hicks, 2000).

Segundo Fortin (1999) um estudo descritivo simples permite-nos a aplicação do método científico, não com tanta profundidade e especificidade que na investigação analítica ou experimental. Segundo Fortin (1999, p. 163) “o estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer características desta população ou de uma amostra da mesma.”

3. População e Amostra

Uma população é o “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação.” (Fortin 1999, p.373) A população é constituída pelos adolescentes que frequentam a Escola Profissional Infante Henrique

A amostra é “um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo.” (Fortin, 1999, p.41)

Assim, a amostra é constituída por 81 alunos com a respectiva autorização dos Encarregados de Educação da Escola Profissional Infante Henrique, que estiveram presentes no rastreio efectuado pelo PASOP nos dias 27 e 29 de Novembro de 2007.

4. Variáveis

No estudo científico que se expõe considera-se a existência de variáveis atributo.

As variáveis atributo, que compreendem as características dos elementos que compõem um estudo (Fortin 1999), estão neste contexto específico representadas pelo sexo, idade, peso e altura.

5. Instrumento de Colheita de Dados

Segundo Fortin (1999, p.240) “Os dados podem ser escolhidos de diversas formas junto dos sujeitos.”

Foram utilizados os dados do Projecto Ambulatório de Saúde e Oral e Pública, da Universidade Fernando Pessoa, através de um Inquérito (ANEXO I).

“O questionário que é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mesuráveis. Este ajuda ainda na organização e no controle de dados permitindo colher as informações procuradas de uma forma rigorosa. É um método de colheita de dados no qual as respostas são escritas pelos próprios indivíduos, sem assistência. Este não permite ir a grande profundidade, mas possibilita um melhor controlo dos enviesamentos, pois as informações procuradas são colhidas com rigor.” (Fortin, 1999)

6. Tratamento Estatístico

O tratamento estatístico é a essência da investigação e permite determinar a existência ou não de associação entre as duas variáveis, recorrendo a métodos e meios que permitem provar ou refutar essa associação, sendo necessária a análise e interpretação dos dados recolhidos.

O planeamento prévio e completo da análise nem sempre é possível. No entanto, num levantamento é sempre possível e desejável estabelecer os esquemas básicos de análise.

Após a codificação das respostas, proceder-se-á à análise exploratória e tratamento estatístico dos dados. Os resultados são apresentados por tabelas e gráficos, recorrendo ao *Statistical Package for Social Sciences 17.0* e *Microsoft® Excel versão 2007*.

No tratamento dos dados foi utilizada estatística descritiva no qual se utilizaram frequências absolutas e relativas; como medidas de tendência central utilizaram-se Média (\bar{x}); Moda (Mo) e Mediana (Md). E como medidas de dispersão, calcularam-se Desvio Padrão (s) e Amplitude de variação (AV).

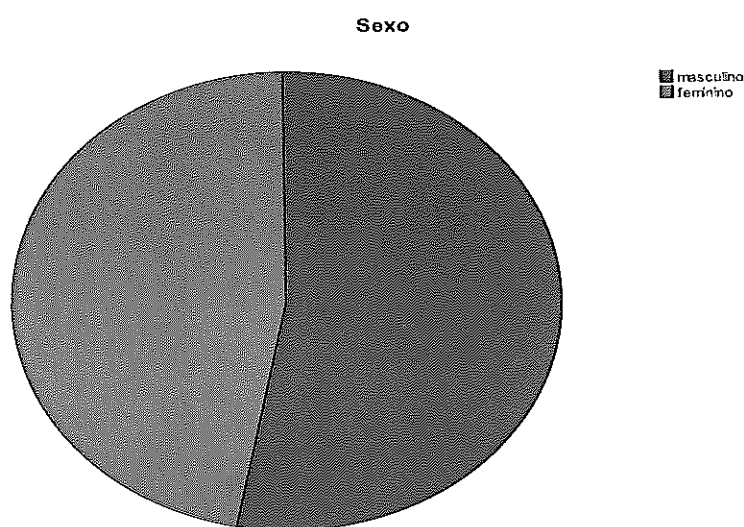
III. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para prosseguirmos o nosso estudo, tornou-se necessário proceder à respectiva apresentação e análise de dados.

Actualmente, o método estatístico é o método mais adequado para interpretar os dados obtidos em estudos deste género. Nesta medida, será utilizada a estatística descritiva, para uma melhor compreensão, através do apuramento e apresentação dos dados em Quadros, quadros e gráficos.

1. Sexo

Gráfico 1. Distribuição da amostra de acordo com o sexo.



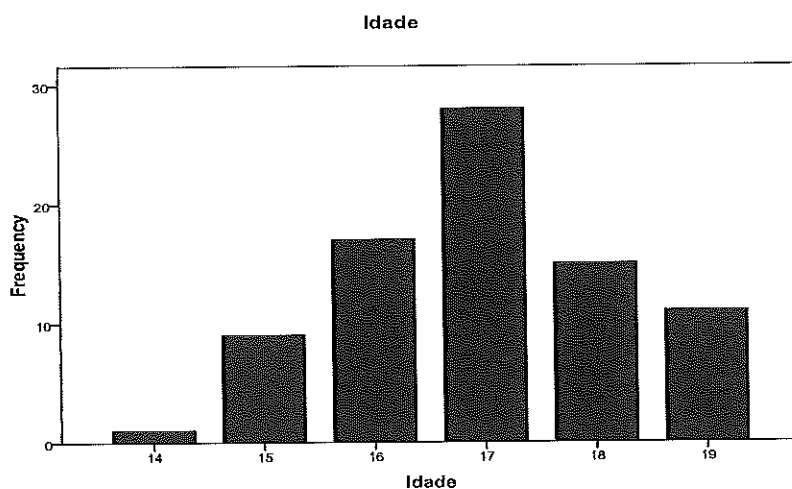
Quadro 1. Distribuição da amostra por sexo.

Sexo	Número de Indivíduos	Percentagem (%)
Masculino	43	53,1
Feminino	38	46,9
Total	81	100

Dos 81 elementos participantes no estudo, 43 são do sexo masculino (53,1%) e 38 são do sexo feminino (46,9%), o que nos leva a constatar, pelos valores apresentados, que, na amostra existe um ligeiro predomínio do sexo masculino relativamente ao feminino.

2. Idade

Gráfico 2. Distribuição da frequência da idade



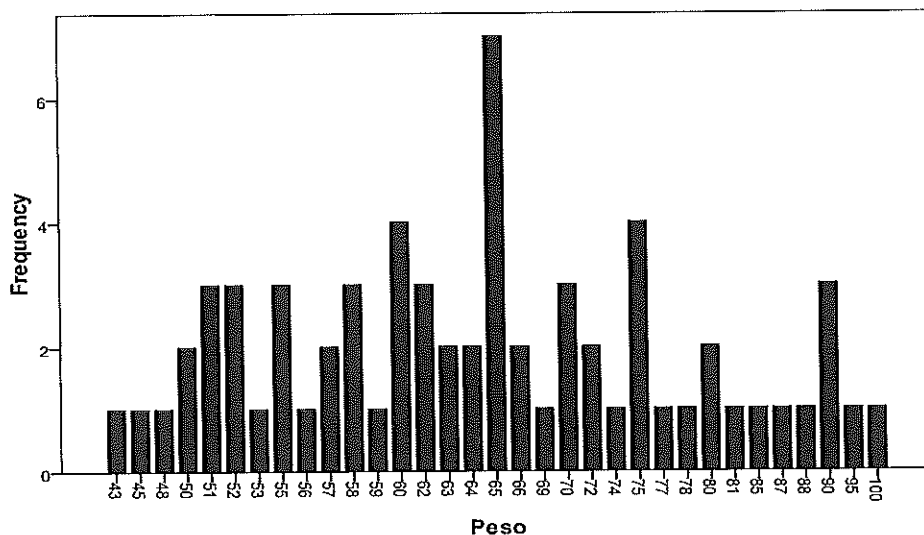
As estatísticas relativas à idade da amostra demonstram que a idade mínima é de 14 anos e a máxima de 19 anos. A média é 16,99. A mediana é 17 anos, o desvio padrão é 1,230 e a moda é 17 anos.

Quadro 2. Distribuição da amostra pela idade.

Média	16,99
Mediana	17,00
Moda	17
Desvio padrão	1,230
Mínimo	14
Máximo	19

3. Peso

Gráfico 3. Distribuição da frequência da amostra do peso.



As estatísticas relativas ao peso da amostra, demonstram que o peso mínimo é de 43 kg e o máximo é 100 kg, correspondendo a uma média de 65,92 kg e um desvio padrão de 12,853 kg. A mediana relativamente à distribuição da amostra de acordo com o peso de 64,50 kg e moda é 65kg.

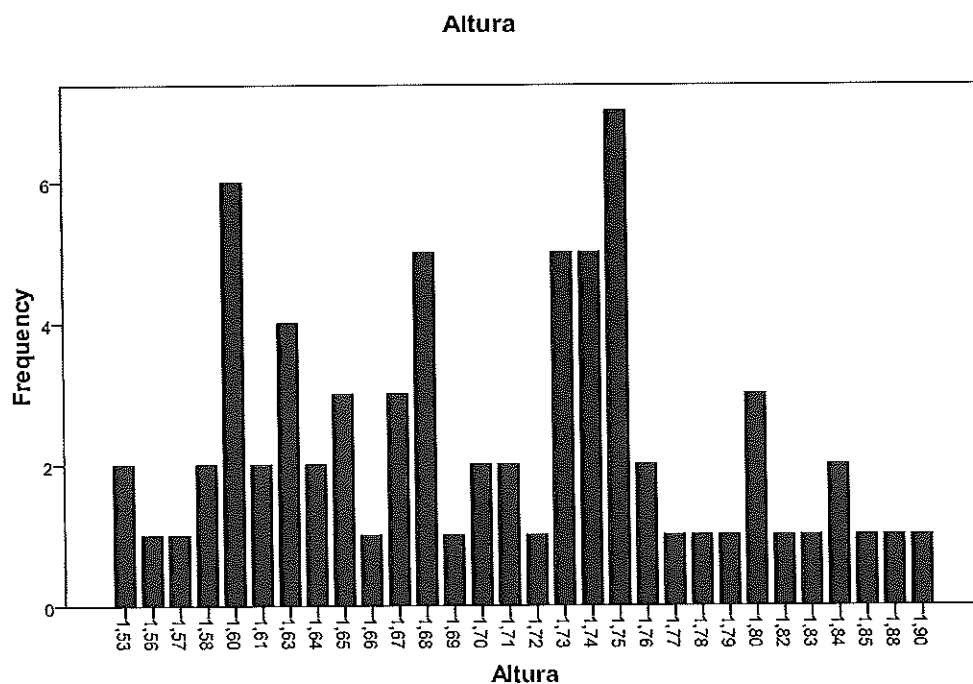
Relativamente ao peso mínimo de 43kg foi averiguado que pertence a uma adolescente do sexo feminino com 15 anos, tendo uma altura de 1,60 m e o seu IMC tem o valor de 16,79, verificando-se assim que esta adolescente apresentava um peso adequado para a idade. Por outro lado o peso máximo de 100 kg pertencente a um adolescente do sexo masculino com idade compreendida de 16 anos tendo uma altura de 1,75m e o seu IMC tem o valor de 32,67, concluindo-se assim que este adolescente se encontra acima do percentil 95 e por isso é considerado Obeso.

Quadro 3. Distribuição da amostra do peso.

Média	65,92
Mediana	64,50
3Moda	65
Desvio padrão	12,853
Mínimo	43
Máximo	100

4. Altura

Gráfico 4. Distribuição da frequência amostra pela altura.



A análise relativa à altura demonstra que a altura mínima é de 1,53 m e a máxima é de 1,90 m, correspondendo-lhes uma média de 1,70 m e um desvio padrão de 0,084 m. Relativamente a este a mediana é de 1,70 m e a moda é 1,75 m.

Quadro 4. Distribuição da amostra pela altura.

Média	1,7006
Mediana	1,7050
Moda	1,75
Desvio padrão	0,08449
Mínimo	1,53
Máximo	1,90

5. Índice de Massa Corporal (IMC)

IMC do sexo Masculino

Em relação ao IMC, importa salientar que o valor mínimo é de 18,52 Kg/m² e o máximo é de 32,65 Kg/m², correspondendo-lhes uma média de 23,3025 Kg/m² e um desvio padrão de 3,46248 Kg/m². A mediana relativamente à distribuição da amostra de acordo com o IMC é 22,8237 Kg/m² e a moda de 19,59 Kg/m².

Quadro 5. Distribuição da amostra pelo IMC.

	IMC (Kg/m²)
Média	23,3025
Mediana	22,8237
Moda	19,59 ¹
Desvio padrão	3,46248
Mínimo	18,52
Máximo	32,65

¹Existem modas múltiplas. É apresentada a de menor valor

Relativamente à análise da seguinte verificou-se que 26 (32%) adolescentes do sexo masculino tem um peso adequado à idade, 5 (6%) tem excesso de peso, 3 (4%) apresentam obesidade e apenas houvera 9 (11%) que não foi possível calcular o IMC, faltando um ou ambos os elementos necessários para o cálculo. Dados comparados e analisados de acordo com o Anexo II.

Quadro 6. Distribuição Frequência da amostra de IMC para o sexo Masculino

IMC	Número de indivíduos	Percentagem
Peso adequado [P. 5 < P. 85]	26	32%
Excesso de peso [P. 85 > P. 95]	5	6%
Obesidade [> P.95]	3	4%
Absentistas	9	11%
Total	43	53%

IMC do sexo feminino.

Em relação ao IMC, importa salientar que o valor mínimo é de 16,80 Kg/m² e o máximo é de 31,93 Kg/m², correspondendo-lhes uma média de 21,9723 Kg/m² e um desvio padrão de 3,54716 Kg/m². A mediana relativamente à distribuição da amostra de acordo com o IMC é 20,70 Kg/m² e a moda de 20,06 Kg/m².

Quadro 7. Distribuição da amostra pelo IMC.

	IMC (Kg/m ²)
Média	21,9723
Mediana	20,7083
Moda	20,06
Desvio padrão	3,54716
Mínimo	16,80
Máximo	31,93

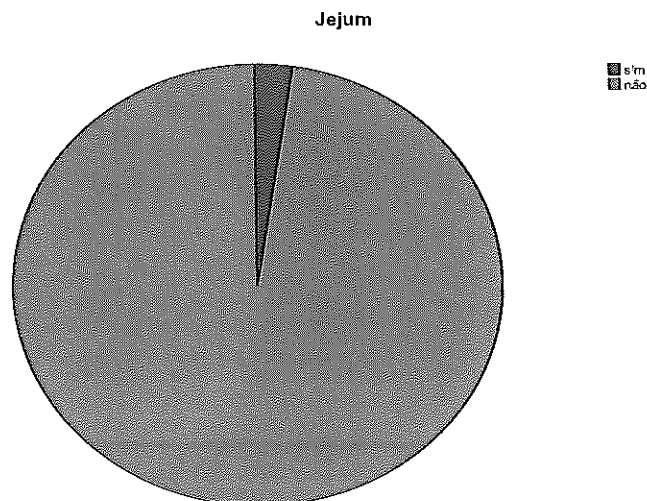
Relativamente à análise da Quadro seguinte verificou-se que 20 (25%) adolescentes apresentam peso adequado para a idade, 4 (5%) apresentam excesso de peso, 1 (1%) adolescente apresenta obesidade e houve 13 (16%) absentistas que não foi possível calcular por falta um ou ambos elementos para efectuar o cálculo do IMC. Dados comparados e analisados de acordo com o Anexo II.

Quadro 8. Distribuição da frequência da amostra do IMC no sexo feminino.

IMC	Número de indivíduos	Percentagem
Peso adequado [P. 5 < P. 85]	20	25%
Excesso de peso [P. 85 > P. 95]	4	5%
Obesidade [> P.95]	1	1%
Absentistas	13	16%
Total	38	47%

6. Jejum

Gráfico 5. Distribuição da amostra quanto ao jejum.



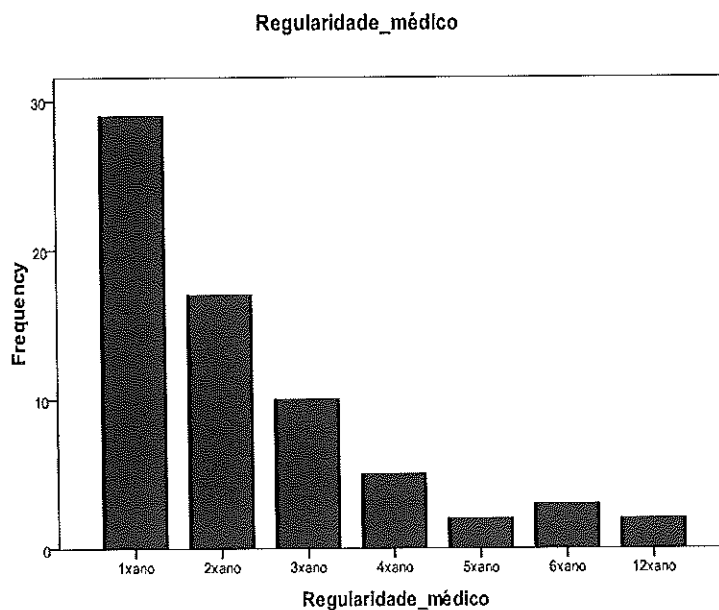
Relativamente ao jejum dos 81 adolescentes, apenas 2 adolescentes (2,5%) se encontrava em jejum. Podendo-se constatar que havia um predomínio de indivíduos que 79 adolescentes (97,5%) não se encontravam em jejum.

Quadro 9. Distribuição da amostra quanto ao jejum.

Jejum	Número de Indivíduos	%
Sim	2	2,5
Não	79	97,5
Total	81	100,0

ANÁLISE DE RESULTADOS

Gráfico 6. Distribuição da frequência da amostra para a regularidade de consultas o Médicas.



Relativamente à regularidade das consultas médicas constatou-se que dos 68 adolescentes que responderam, 29 (35,8%) consultam o médico uma vez por ano, 17 (21,0%) consultam o médico duas vezes por ano, 10 (12,3%) consultam o médico três vezes por ano, 5 (6,2%) consultam o médico 4 vezes por ano, 2 (2,5%) consultam o

Participação dos alunos de Enfermagem numa equipa multidisciplinar: Projecto de Ambulatório de Saúde Oral e Pública

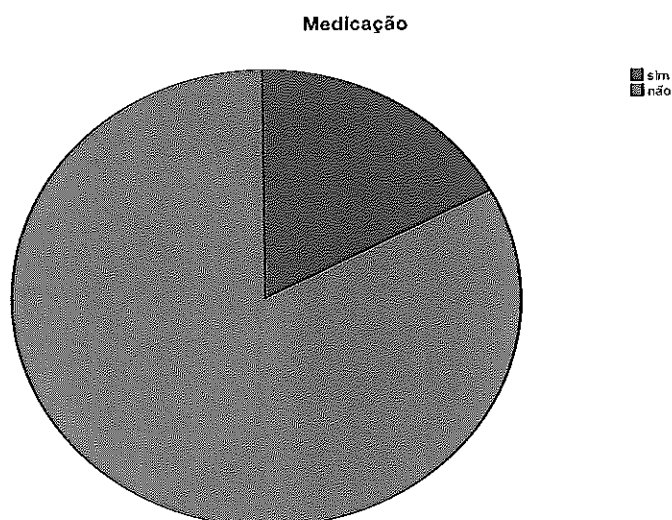
médico cinco vezes por ano, 2 (2,5%) consultam o médico 12 vezes por ano, e 13 não responderam.

Quadro 10. Distribuição da frequência da amostra quanto à regularidade de consultar o Médico.

Regularidade (Ano)	Números de Indivíduos	%
1	29	35,8
2	17	21
3	10	12,3
4	5	6,2
5	2	2,5
6	3	3,7
12	2	2,5
Total	68	84
Absentistas	13	16
Total	81	100

8. Medicação

Gráfico 7. Distribuição da amostra quanto á utilização de medicação.



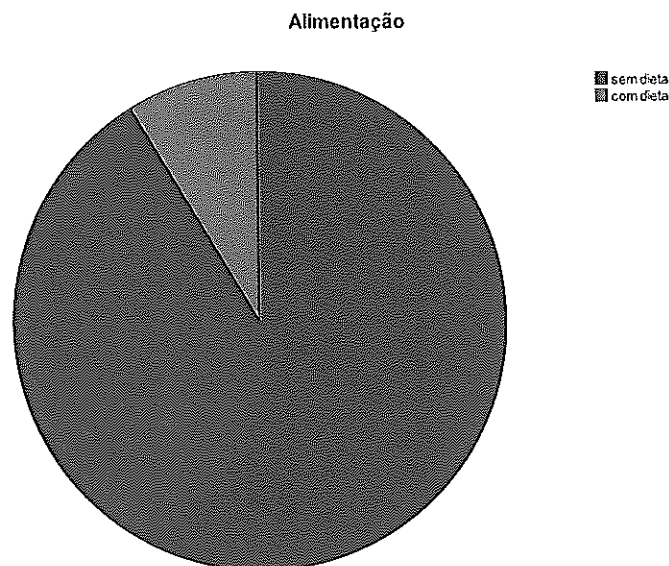
Relativamente ao consumo de medicação pode-se constatar que dos 81 adolescentes, 14 (17,3 %) tomam medicação com regularidade e 67 (82,7%) não tomam medicação. Assim a medicação que estes adolescentes toma na sua maioria são Anti-histamínicos, Broncodilatadores e Contraceptivos orais.

Quadro 11. Distribuição da frequência da amostra quanto à utilização de medicação.

Medicação regularmente	Número de Indivíduos	%
Sim	14	17,3
Não	67	82,7
Total	81	100,0

9. Alimentação

Gráfico 8. Distribuição da amostra quanto ao tipo de alimentação.



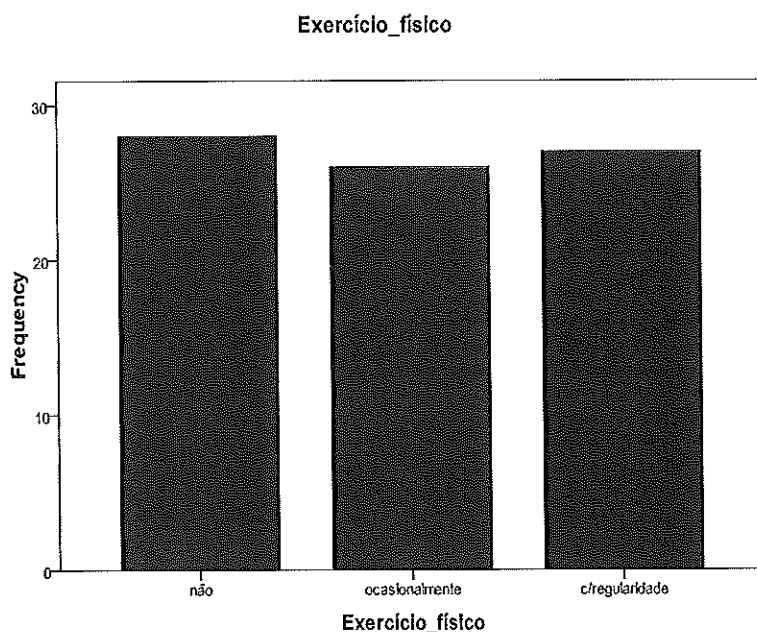
Relativamente à alimentação pode se constatar que 74 dos adolescentes (91,4%), a sua alimentação é efectuada sem dieta e 7 (8,6 %) a sua alimentação é efectuada com dieta. Assim podendo-se constatar que há um predomínio de indivíduos que tem uma alimentação sem dieta.

Quadro 12. Distribuição da frequência quanto ao tipo de alimentação.

Alimentação	Número de Indivíduos	%
Sem dieta	74	91,4
Com dieta	7	8,6
Total	81	100

10. Exercício Físico

Gráfico 9. Distribuição da amostra quanto à prática de exercício físico.



Relativamente à prática de exercício físico averiguou-se que 28 dos adolescentes (34,6%) não praticam actividade física, 26 (32,1%) praticam exercício físico ocasionalmente e 27 (33,3%) praticam exercício com regularidade.

Quadro 13. Distribuição da frequência amostra quanto á prática do exercício físico.

Exercício físico	Número de indivíduos	%
Não	28	34,6
Ocasionalmente	26	32,1
Com regularidade	27	33,3
Total	81	100

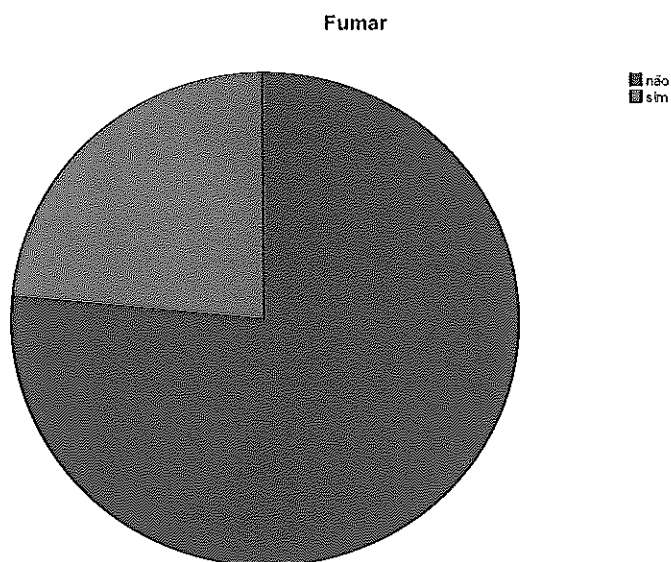
Relativamente aos adolescentes que apresentam excesso de peso e obesidade decidiu-se verificar se estes eram jovens sedentários. Assim com a análise do quadro seguinte verificou-se 4 (31 %) do objecto de estudo não pratica exercício físico, 3 (23%) praticam ocasionalmente e 2 (15%) praticam com regularidade. Dos adolescentes considerados obesos verificou-se que 2 (15%) não praticam exercício e 2 (15%) praticam ocasionalmente exercício físico.

Quadro 14. Relação entre o excesso peso e obesidade com a prática de exercício físico.

n=13	Excesso de Peso	%	Obesidade	%	Total	% Total
Não Praticam	4	31%	2	15%	6	46%
Ocasionalmente	3	23%	2	15%	5	38%
Com Regularidade	2	15%	0	0%	2	15%
Total	9	69%	4	31%		

11. Tabaco

Gráfico 10. Distribuição da amostra quanto ao consumo de tabaco.



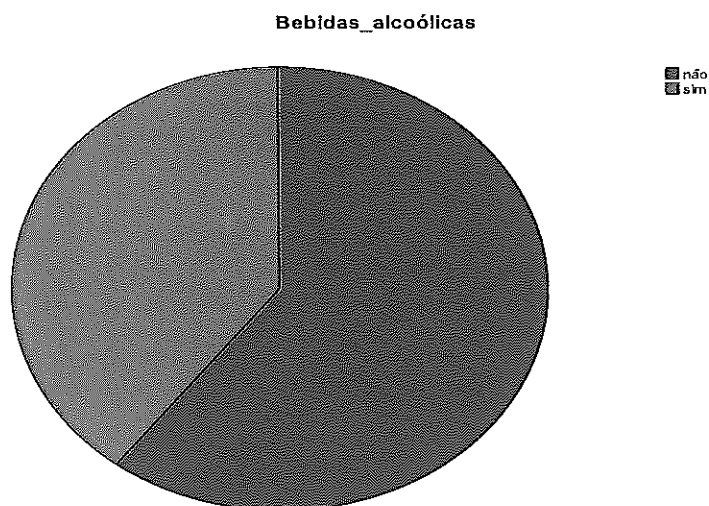
Relativamente a fumar verificou-se que 62 dos adolescentes (76,5%) não fumam e 19 (23,5%) fumam. Podendo-se constatar que há um predomínio de adolescentes que não fumam.

Quadro 15. Frequência da amostra quanto ao consumo do tabaco.

Fumar	Número de indivíduos	%
Não	62	76,5
Sim	19	23,5
Total	81	100

12. Bebidas Alcoólicas.

Gráfico 11. Distribuição da amostra quanto ao consumo de bebidas alcoólicas.



No que diz respeito ao consumo de bebidas alcoólicas concluiu-se que 49 dos adolescentes (60,5%) não consome bebidas alcoólicas e 32 (39,5%) consomem bebidas alcoólicas.

Quadro 16. Distribuição da frequência da amostra pelo consumo de bebidas alcoólicas.

Bebidas alcoólicas	Número de indivíduos	%
Não	49	60,5
Sim	32	39,5
Total	81	100

13. Colesterol Total

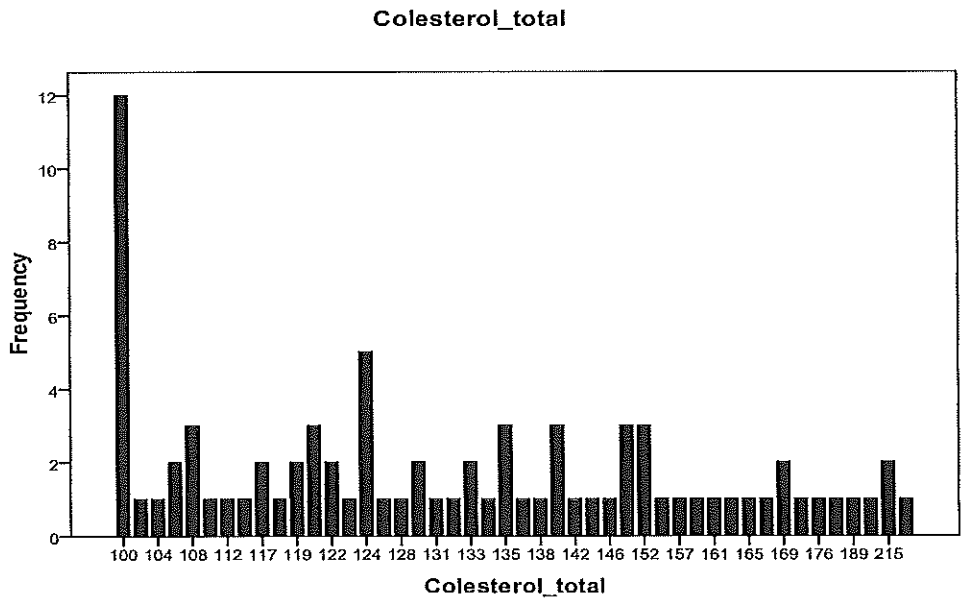
Relativamente à análise do Colesterol total verificou-se que o valor mínimo é de 100 mg/dl e o valor máximo de 296 mg/dl, correspondendo-lhe uma média de 134,88 mg/dl e um desvio padrão de 35,519 mg/dl. A mediana relativamente à distribuição da amostra de Colesterol total é de 134,88 mg/dl.

Quadro 17. Distribuição da amostra quanto ao Colesterol Total dos adolescentes.

	Colesterol Total (mg/dl)
Média	134,88
Mediana	129,00
Moda	100
Desvio padrão	32,519
Mínimo	100
Máximo	296

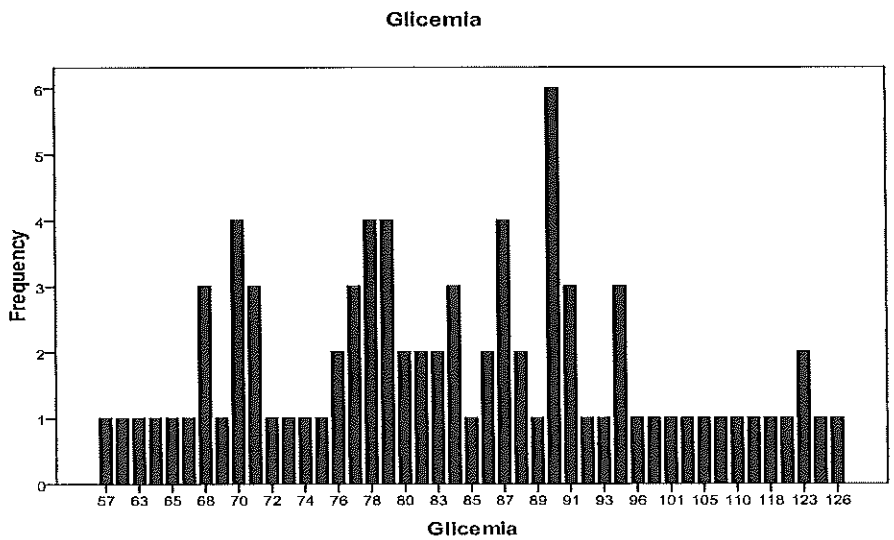
Na análise do gráfico seguinte, verificou-se níveis alterados de Colesterol Total, ou seja acima de 210mg/dl, em 3 adolescentes.

Gráfico 12. Distribuição da frequência da amostra quanto ao Colesterol Total dos adolescentes



14. Glicemia Capilar

Gráfico 13. Distribuição da frequência da amostra quanto à Glicemia capilar.



Os valores de glicemia apenas foram alvo de conclusões a amostra de dois adolescentes que se encontravam e apresentavam valores normais em jejum. Os restantes dados fornecidos não foram válidos para tirar conclusões. Dados comparados e analisados de acordo com os valores de referência em Anexo IV

Relativamente à análise da glicemia verificou-se que o valor mínimo é 57 mg/dl da glicemia dos adolescentes e o valor máximo é de 126 mg/dl. A média é de 85,17 mg/dl, a mediana de 84 mg/dl, a moda é 90 mg/dl e o desvio padrão é de 15,494 mg/dl.

Quadro 18. Distribuição da amostra quanto à Glicemia capilar

	Glicemia
Média	85,17
Mediana	84,00
Moda	90
Desvio padrão	15,494
Mínimo	57
Máximo	126

15. Pressão Arterial

Pressão Arterial Sistólica e Diastólica para o sexo masculino.

Relativamente à pressão arterial verificou-se segundo a Quadro seguinte que apenas há um adolescente com 14 anos e a sua pressão arterial sistólica e diastólica encontra-se dentro dos valores normais para a idade; com 15 anos há 3 (9%) adolescentes com pressão arterial sistólica dentro dos limites normais e apenas 1 (2%) apresenta pressão arterial sistólica com valores anormais, relativamente à pressão arterial diastólica a sua totalidade apresenta valores de normais; com 16 anos há 9 (21%) adolescentes com pressão arterial sistólica dentro dos limites normais e apenas 2 (4%) apresentam pressão arterial sistólica com valores anormais, relativamente à pressão arterial diastólica a sua totalidade apresenta valores normais; com 17 anos há 11 (26%) adolescentes com

pressão arterial sistólica dentro dos limites normais e 2 (5%) apresentam pressão arterial sistólica com valores anormais, relativamente à pressão arterial diastólica a sua totalidade apresenta valores de normais; com 18 anos a pressão arterial sistólica e diastólica dos 6 (14%) adolescentes encontra-se dentro dos valores normais para a idade; com 19 anos há 6 (14%) adolescentes com pressão arterial sistólica dentro dos limites normais e 2 (5%) apresentam pressão arterial sistólica com valores anormais, relativamente à pressão arterial diastólica a sua totalidade apresenta valores de normais.

Quadro 19 Distribuição da amostra de acordo com os valores da Pressão arterial sistólica para o sexo masculino.

n	Valores Normais de PA (mmHg)	Nº de Indivíduos com a PA sistólica normal	%	Nº de Indivíduos com a PA sistólica anormal	%
14	125 a 128	1	2%	0	0%
15	127 a 131	3	7%	1	2%
16	130 a 134	9	21%	2	5%
17	133 a 136	11	26%	2	5%
18	120 a 139	6	14%	0	0%
19	120 a 139	6	14%	2	5%
	Total	36	84%	7	16%

Quadro 20. Distribuição amostra de acordo com os valores da Pressão arterial diastólica para o sexo masculino.

n	Valores Normais de PA (mmHg)	Nº de Indivíduos com a PA diastólica normal	%	Nº de Indivíduos com a PA diastólica anormal	%
14	78 a 82	1	2%	0	0%
15	79 a 83	4	9%	0	0%
16	81 a 85	11	26%	0	0%
17	83 a 87	13	30%	0	0%
18	80 a 89	6	14%	0	0%
19	80 a 89	8	19%	0	0%
	Total	43	100%	0	0%

Pressão Arterial Sistólica e Diastólica para o sexo feminino

Relativamente à pressão arterial verificou-se segundo a Quadro seguinte que aos 15 anos há 4 (11%) adolescentes com pressão arterial sistólica e diastólica dentro dos valores normais para a idade; aos 16 anos há 5 (13%) adolescentes com pressão arterial sistólica dentro dos limites normais e apenas 2 (6%) apresenta pressão arterial sistólica com valores anormais, relativamente à pressão arterial diastólica são 6 (16%) os adolescentes com valores normais para a pressão arterial diastólica e 1 (3%) para os valores anormais da pressão arterial diastólica; aos 17 anos há 13 (34%) adolescentes com pressão arterial sistólica dentro dos limites normais e 2 (6%) apresentam pressão arterial sistólica com valores anormais, relativamente à pressão arterial diastólica a sua totalidade apresenta valores de normais; com 18 anos a pressão arterial sistólica e diastólica dos 9 (24%) adolescentes encontra-se dentro dos valores normais para a idade; aos 19 anos os 3 (8%) adolescentes apresentam valores normais da pressão arterial sistólica e diastólica para a idade.

Quadro 21. Distribuição amostra de acordo com os valores da Pressão arterial sistólica para o sexo feminino

N	Valores Normais de TA (mmHg)	Nº de Indivíduos com a TA sistólica normal	%	Nº de Indivíduos com a Ta sistólica anormal	%
15	122 a 126	4	11%	0	0%
16	125 a 128	5	13%	2	5%
17	125 a 129	13	34%	2	5%
18	120 a 139	9	24%	0	0%
19	120 a 139	3	8%	0	0%
TOTAL		34	89%	4	11%

Quadro 22. Distribuição amostra de acordo com os valores da Pressão arterial diastólica para o sexo feminino

n	Valores Normais de PA (mmHg)	Nº de Indivíduos com a PA diastólica normal	%	Nº de Indivíduos com a PA diastólica anormal	%
15	79 a 83	4	11%	0	0%
16	80 a 84	6	16%	1	3%
17	80 a 84	15	39%	0	0%
18	80 a 89	9	24%	0	0%
19	80 a 89	3	8%	0	0%
TOTAL		37	97%	1	3%

Os dados de comparação existentes para a pressão arterial sistólica e diastólica são apresentados relativamente ao percentil. Como não se fez cálculo de percentis mas sim de IMC, utilizou-se como dado de comparação e análise do Quadro utilizado em Anexo V o percentil 50.

IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após o tratamento estatístico dos dados e da sua respectiva análise, o presente capítulo consiste na discussão reflexão e interpretação dos resultados foram obtidos e, relacionados com a fundamentação teórica.

A interpretação dos dados consiste, fundamentalmente, em estabelecer a ligação entre os resultados obtidos com os outros já conhecidos, sejam derivados de teorias, quer sejam estudos realizados anteriormente.

Caracterizando a amostra verificou-se que os adolescentes têm idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos. A idade predominante dos adolescentes é 17 anos e a menos frequente são 14 anos.

Relativamente aos dados demográficos podemos concluir que, cerca de 53,1% dos adolescentes pertencem ao sexo masculino e 46,9% ao sexo feminino, concluindo assim, que a amostra é constituída maioritariamente por adolescentes do sexo masculino.

Dos resultados obtidos sobre o Peso dos adolescentes verificou-se que obtivemos valores entre os 43Kg e os 100 kg, sendo a média do peso 65,92 kg. Em relação aos resultados obtidos sobre a Altura dos adolescentes verificou-se que esta varia entre 1,53 m e o 1,70 m sendo a média de altura 1,70m.

Dado que tínhamos o peso e a altura dos adolescentes avaliamos o IMC e comparamos com valores de referência que se encontram no Anexo II. Verificamos que tínhamos uma amostra onde 4 podiam ser considerados com obesidade, sendo 4% do sexo masculino e 1% do sexo feminino, verificou-se também 9 adolescentes com excesso de peso dos quais 6% são do sexo masculino e 5% são do sexo feminino.

Como refere Veigas:

“Um em cada sete jovens portugueses, entre os 14 e os 17 anos, sofre de excesso de peso, ou mesmo de obesidade. Os dados resultam de um estudo sobre obesidade e adolescência, realizado pela Associação portuguesa de Obesos e Ex-obesos de Portugal.” (2005, p. 49)

Quanto ao sexo (feminino/ masculino) verificou-se um predomínio de excesso de peso e obesidade no sexo masculino, assim neste grupo existia 6% de adolescentes com excesso de peso e 4% com obesidade. No sexo feminino existiam 5% de adolescentes com excesso peso e 1% com obesidade.

Relativamente ao jejum verificou-se que 97,5 % dos adolescentes não se encontravam em jejum no momento do inquérito e apenas 2,5% permanecia em jejum, sendo um do sexo feminino e outro do sexo masculino. Estes dados como já podemos explicar não permitem uma análise correcta sobre os valores de glicemia.

Estes dados relativos às consultas médicas podem ser indicadores de cuidados com a saúde dado que todos os adolescentes consultavam o médico pelo menos uma vez por ano. Não foi possível retirar conclusões dos 13 adolescentes que não responderam.

Relativamente ao consumo de medicação constatamos que 17,3 % tomam medicação com regularidade 82,7% não tomam medicação. Ainda se pode verificar que na sua maioria os adolescentes que consomem medicação são Anti-histamínicos, Broncodilatadores e Contraceptivos orais.

Como refere Braconnier e Marcelli: “(...) Mas, entre os 15 e os 18 anos, a utilização crescente da contracepção oral parece provocar uma descida na utilização de preservativos.” (2000, p.123).

O consumo de Anti-histaminicos e Broncodilatadores colocou-se a hipótese que seja relativo à presença de uma doença do foro respiratório como exemplo Asma.

Na análise relativa à alimentação pode-se constatar que 91,4% dos adolescentes a sua alimentação é efectuada sem dieta 8,6 % a sua alimentação é efectuada com dieta. A dieta neste inquérito pressupõe-se uma alimentação saudável. Dos adolescentes que praticam uma alimentação à base de dieta verificou-se que não apresentam colesterol elevado, um adolescente apresenta glicemia de 106 mg/dl sendo limite 105 mg/dl e não estando o adolescente em jejum. Um dos adolescentes do sexo feminino apresenta excesso de peso e um do sexo masculino apresenta obesidade e apresentam a pressão arterial sistólica e diastólica dentro dos padrões normais. Quatro dos sete adolescentes que praticam uma alimentação à base de dieta praticam exercício físico com regularidade, um pratica exercício físico ocasionalmente e dois deles não praticam qualquer exercício físico.

Peres refere,

“Em resultado de novos estilos de vida, de horários laborais e escolares desencontrados, de gestão diferente do tempo para afazeres domésticos, e da mudança da natureza dos bens alimentares mais acessíveis, a comida familiar nas sociedades modernas urbanizadas, no que respeita a composição e confecção e ao seu próprio significado, está a modificar-se em resultado do peso das várias condicionantes e da aculturação.” (1994, p.209)

Existem vários factores que interferem no consumo alimentar durante a adolescência: imagem corporal, valores e crenças, situação socioeconómica, hábitos alimentares, alimentos consumidos fora de casa, a influência dos *media*, entre outros. A dieta com grande teor em lípidos, em energia e em hidratos de carbono, são considerados factores de risco para a obesidade e outras doenças crónicas (Barbosa 2004).

Respectivamente à prática de exercício físico constatou-se que 34,6% dos adolescentes não praticam exercício físico, 32,1% praticam ocasionalmente e 33,3 % praticam com regularidade. Ainda relativamente à prática de exercício físico e os adolescentes com excesso de peso ou com obesidade verificou-se que 46% não praticam exercício físico 38 % praticam ocasionalmente e 15 % praticam com regularidade. Por isso pode constatar-se que 46 % dos adolescentes são sedentários.

Assim de acordo com Sallis e Owen (1999) os padrões de sedentarismo que se verificam nos adolescentes estão cada vez mais próximos dos reproduzidos pelos adultos, assim como a forma de encarar a actividade física, designadamente os motivos frequentes para não as praticarem.

E como refere Angelis “(...) a falta de actividade física está cada vez mais apontada como uma das causas do aumento vertiginoso de obesidade e sobrepeso que se verifica em muitos países.” (2003, p.21)

Quanto ao consumo do tabaco verificou-se que 76,5% dos adolescentes não fumam e a percentagem dos adolescentes que fumam é de 23,5%. Assim verificou-se que há um predomínio de adolescentes que não fumam.

Assim segundo American Academy of Pediatrics (2001), o tabaco é também uma droga que geralmente é consumida pelas crianças e adolescentes. O comportamento tabágico inicia-se geralmente na adolescência e poucas pessoas se tornam fumadoras depois dos 18 anos.

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas pode-se contar que 60,5% dos adolescentes não consomem bebidas alcoólicas 39,5% consomem bebidas alcoólicas. Assim na sua grande maioria ao adolescentes não consomem bebidas alcoólicas

Na adolescência ocorrem enormes mudanças, passando pela adopção de estilos de vida menos saudáveis influenciados pelo contacto com novas experiencias e culturas (Peres, 1994).

Relativamente à análise do Colesterol Total verificou-se que o valor mínimo é de 100 mg/dl e o valor máximo apresentado foi de 296 mg/dl, e tendo uma média de 134,88 mg/dl. Assim de acordo com análise dos parâmetros laboratoriais que se encontra em Anexo III foi verificado que três adolescentes apresentavam níveis de Colesterol Total acima de 210 mg/dl dos quais 2 são do sexo feminino e 1 pertence ao sexo masculino.

Dos adolescentes que apresentam o colesterol total alterado verificou-se que estes não apresentam excesso de peso nem obesidade.

Relativamente aos dados sobre os valores normais da pressão arterial estão relacionados com o percentil a que o adolescente se encontra não tendo feito o estudo dos percentis trabalhamos para a análise destes dados com os valores do percentil 50%.

Respectivamente à análise da pressão arterial sistólica e diastólica dos adolescentes verificou-se de acordo com as tabelas em Anexo V que relativamente ao sexo masculino conclui-se que todos os adolescentes na faixa etária de 14 e 18 anos apresentam valores normais de pressão arterial sistólica e diastólica. Igualmente relativamente aos adolescentes do sexo feminino conclui-se que os adolescentes na faixa etária de 15, 18 e 19 anos apresentam todos valores normais para a pressão arterial sistólica e diastólica. Assim nas restantes idades, tanto do sexo masculino como do sexo feminino apesar de apresentarem valores ligeiramente alterados não podemos concluir que apresentam Hipertensão arterial, pois foi apenas avaliada a pressão arterial num momento único e não foi realizada qualquer vigilância.

Para Uehara e Mariosa (2004), o sedentarismo associado a dietas incorrectas e hábitos de vida pouco saudáveis são a principal causa para o aparecimento de doenças como a Hipertensão Arterial, Diabetes *Mellitus*, ansiedade, obesidade, hipercolesterolemia, e enfarte agudo do miocárdio.

CONCLUSÃO

A investigação constitui um papel primordial na aquisição de uma base científica contribuindo para a profissão de Enfermagem como um suporte científico.

Na finalização deste trabalho, seguem-se algumas considerações finais sobre o mesmo, no que se refere à concretização dos objectivos, conclusões e resultados de investigação, metodologia, as dificuldades e limitações na sua realização, sugestões e ao que ele representa.

Este estudo teve como objectivo analisar os dados obtidos pelo Projecto de Ambulatório de Saúde Oral e Pública numa amostra de adolescentes. Indirectamente procuramos também perceber o âmbito do trabalho dos alunos de Enfermagem em equipa multidisciplinar.

O estudo realizado tratou-se de uma análise retrospectiva, descritiva e de natureza transversal. Os dados estatísticos que serviram de suporte para a investigação, foram os inquéritos utilizados pelo Projecto de Ambulatório de Saúde Pública e Oral amostra de adolescentes.

A amostra foi constituída por 81 adolescentes com a respectiva autorização dos Encarregados de Educação da Escola Profissional Infante Henrique, que estiveram presentes no rastreio efectuado pelo PASOP nos dias 27 e 29 de Novembro de 2007

Dos dados colhidos e já analisados e discutidos à luz da revisão bibliográfica concluem que há uma área de trabalho para os Enfermeiros no ensino e prevenção sobre o excesso de peso e obesidade.

A realização deste projecto de graduação exigiu um empenho e esforço grande sendo muito gratificante na medida em que me permitiu um enriquecimento pessoal e profissional, permitindo dar resposta aos objectivos do estudo. De um modo geral foi

atingido o objectivo proposto, tendo a noção de que a investigação constitui uma ferramenta essencial ao trabalho realizado.

Foi um verdadeiro desafio, pelo facto de ter sido o primeiro trabalho de investigação mas também por estar a abordar um projecto que faz parte da Universidade Fernando Pessoa. Despertou-nos o interesse, e pela evidente importância de produzir e realizar campanhas de sensibilização e rastreios nesta faixa etária, no sentido de combater, precocemente, o desenvolvimento de hábitos de vida incorrectos.

Em termos de finalização, é relevante deixar algumas sugestões que possam contribuir para o prosseguimento do estudo desta área, tais como:

- A realização de mais rastreios pelo PASOP na adolescência para que se possam ser detectados precocemente hábitos de vida incorrectos pelos adolescentes e para que se possa detectar precocemente distúrbios na adolescência.
- Os profissionais de saúde devem investir mais na promoção e educação de hábitos de vida saudáveis, no sentido de promoverem aconselhamentos e um atento acompanhamento.
- Aperfeiçoamento do Inquérito utilizado pelo PASOP.

Assim, ao finalizar este trabalho, consideramos ter atingido o objectivo inicialmente proposto.

Apesar das dificuldades sentidas, a elaboração do projecto de graduação foi gratificante, pois permitiu a busca de conhecimentos na área de investigação. Terminando o projecto de graduação ficamos com a esperança que este trabalho possa dar origem a futuras investigações.

V. BIBLIOGRAFIA

Adam, E. (1994). *Ser Enfermeira*. Lisboa. Instituto Piaget.

Aguar, R. (2001). *Manual de Educação Alimentar*. 2ª Edição. Lisboa, Publicações Dom Quixote.

American Academy of Pediatrics. (2001). *Children, adolescents, and television*. *Pediatrics*, 107, 423-426.

Angelis, R. (2003). *Riscos e prevenção da obesidade: Fundamentos fisiológicos e nutricionais para tratamento*. São Paulo, Editora Atheneu.

Aragão, M. J. (2008). *Segredos da Nutrição*. Lisboa, Ed livros Horizonte.

Araújo, N. M. F. (2008). *Acções Autónomas de Enfermagem: Ganhos em Saúde*. Universidade Fernando Pessoa. Porto. Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de Mestre em Ciências Empresariais

Bacatum, C. (2005). A Promoção da Saúde na Escola. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. Nº 4, Outubro/Novembro/Dezembro.

Barata, T e Colaboradores. (1997). *Actividade física e Medicina Moderna*. Editora: Europress.

Barata, T. (2003). *Mexa-se... pela sua Saúde. Guia prático de actividade física e emagrecimento para todos*. Lisboa, Publicações Dom Quixote.

Barbosa, V.L.P. (2004). *Prevenção da obesidade infantil na infância e na adolescência*. Barueri, São Paulo, Editora Manole.

Broconnier, A. Marcelli, D.(2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa. Climepsi.

Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*. 5(1). pp. 163-177.

Candeias, N.M.F. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais, *Revista de Saúde Pública*, Volume 31, número 2, Abril, pp. 110-111.

Carrondo, E. (2006). *Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento da Criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico*. Tese de Doutoramento. Braga, Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho.

Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação: Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde, dos Enfermeiros*. Loures: Lusociência

Castro, A. e Morgan, C. (2005). Obesidade na infância, M. e Zanella, M., (Ed). *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar: Transtornos Alimentares e Obesidade*. São Paulo, Manole.

Collière, F. (1999). *Promover a Vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. 3ª Tiragem. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lidel edições.

Correia, C. Dias, F. Coelho, M. Page, P. Vitorino, P. (2001). Os Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático 2. pp. 76-77.

Correia, P. (2004). Actividade Física na Infância. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Vol.20, nº5.

Participação dos alunos de Enfermagem numa equipa multidisciplinar: Projecto de Ambulatório de Saúde Oral e Pública

Coutinho, W. Etiologia da Obesidade. [Em linha]. Disponível em <<http://www.abeso.org.br/pdf/Etiologia%20e%20Fisiopatologia%20%20Walmir%20Coutinho.pdf>> [Consultado em 3/03/2009].

Cruz, A., G. (2005). *Cronotipo, exercício físico e Imunidade*. Coimbra, Formasau.

Direcção Geral de Saúde. [Em linha]. Disponível em <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007811.pdf>> [Consultado a 20/05/2009]

Divulgar. Competências do Enfermeiro de cuidados gerais. [Em linha]. Disponível em <www.ordemEnfermeiros.pt/images/.../60_CompeticiasEnfCG.pdf> [Consultado em 4/03/2009].

Durães, J. Projecto de Ambulatório de Saúde Oral e Pública [Em linha]. Disponível em <<http://www.ufp.pt>> [Consultado a 15/03/2009]

Educação para a Saúde: Estratégia Global de Alimentação, Actividade Física e Saúde. [Em linha]. Disponível em <<http://www.dgs.pt>> [Consultado em 5/03/2009].

Fernandes, A. (2007). *Guia para uma Educação Alimentar*. Lisboa, Edição Livros Horizonte.

Fernandes, R. e Vargas, S. (2007). O Cuidado de Enfermagem na Obesidade Infantil. *Revista Meio Ambiente Saúde*. 2(1), pp. 273-281.

Filipe, A. L. (2007). Contribuição para o Estudo dos periódicos de Enfermagem. *Revista Percursos*. 5ª Edição, Ano 2 N° 5, pp. 4-16.

Fortin, Marie-Fabienne (1999). *O Processo de Investigação – da Concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Participação dos alunos de Enfermagem numa equipa multidisciplinar: Projecto de Ambulatório de Saúde Oral e Pública

Gonçalves, I. (2006). Hábitos alimentares em adolescentes. *Revista Portuguesa da Clínica Geral*. 22, pp.163-172.

Gouveia, R. C.(2001). *Conceptualizando o Cuidar em Enfermagem. Projecto de investigação*. Coimbra, Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto.

Hicks, C. M. (2006). *Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos*. Concepção de Projectos de Aplicação e Análise. Loures. Lusociência.

Kemper, W. C. (1994). *Glucose, Insulin Concentrations and Obesity in Childhood and Adolescence as Predictor of NIDDM*. Diabetologia. Edição 37.

Kretly V, Faro ACM. (2003) A Enfermagem enquanto ciência no esporte - tendências e perspectivas. *Revista Paulista Enfermagem*. Setembro - Dezembro; 22(3) pp.293-298.

Lazzoli, J. K, *et alii*. (1998). Atividade física e saúde na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, Vol. 4, Nº 4 – Jul/Ago.

Lima, J (2005). Promoção da Actividade Física no Centro de Saúde. *In: Marques, A., Ribeiro, C., Venda, F., Cabral, J., Lima, J., Mota, J., Fernandes, M., Magalhães, M., Vaquinhas, M., Campos, P., Moreira, R. e Brasileiro, V. Saúde, Desporto e Enfermagem*. Coimbra, Formação e Saúde, Lda, pp. 107-116.

Marek, Phipps e Sands. (2003). *Enfermagem Médico-cirúrgica Conceitos e Prática Clínica*. Sexta Edição, Loures Lusociência.

Marques, A., S. (2005). *Saúde, Desporto e Enfermagem*. Coimbra, Formasau.

Monteiro, M., e Santos, M. R. (2002). *Psicologia 2ª parte*. Lisboa, Porto Editora.

Participação dos alunos de Enfermagem numa equipa multidisciplinar: Projecto de Ambulatório de Saúde
Oral e Pública

Moreira, I (1995). *Estudo sobre a Saúde do Idoso no concelho de Vila Pouca de Aguiar – Perspectiva de Enfermagem*. Porto, Faculdade de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Edição autora.

Nunes, E. e Breda, J. (2005). *Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância*. Lisboa. Editor - Direcção Geral de Saúde.

Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Ordem dos Enfermeiros.

Nogueira, M. (1990). *História de Enfermagem*. Porto, edições Salesianas.

Oliveira, I. M. S *et alli*. (2004). *As Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses*. Universidade Católica Portuguesa – Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Organização Mundial de Saúde. (1978). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. A Declaração de Alma-Ata. Lisboa, Direcção Geral de Saúde.

Organização Mundial de Saúde. (1986). “Carta de Ottawa para a promoção da saúde”. Lisboa, Divisão da Educação para a Saúde.

Pacheco, M. (2008). Caracterização do Adolescente. *In: Vitalle, M. e Medeiros, E. (Ed). Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM. Adolescência – Uma Abordagem Ambulatorial*. 1ª Edição. Brasil, Manole.

Papalia, D. E; Olds, S. W; Feldman, R. D. 2001. *O Mundo da Criança*. Lisboa. 8ª Edição. Editora MacGraw-Hill de Portugal.

Papalia, D. E., Olds, S. W., Feldman, R. D. (2000). *Desenvolvimento humano*. 7ª Edição. Porto Alegre, Artmed.

Participação dos alunos de Enfermagem numa equipa multidisciplinar: Projecto de Ambulatório de Saúde
Oral e Pública

Parizzi, M. e Tassara, V. (2001). Obesidade na infância. *In: Fonseca, J. (Ed). Enciclopédia da Saúde: Obesidade e outros distúrbios alimentares*. Rio de Janeiro, Medsi, pp. 279-289.

Peres, E. (1992). *Alimentos e alimentação*. Porto, Artes Gráficas.

Peres, E. (1994). *Saber comer para melhor viver*. 2ª Edição. Lisboa, Biblioteca da Saúde.

Regio, J.(2008) *Enfermeiro*. [Em linha]. Disponível em <http://psicologia.esc-joseregio.pt/wp-content/uploads/2008/10/Enfermeiro.pdf> [Consultado em 3/03/2009]

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto de lei 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º104/98, de 2 de Abril.

Ribeiro, I.M.B.R. (2004). Educação para a saúde nas escolas. O papel dos professores e dos técnicos de saúde, *Enfermagem*. Associação Portuguesa de Enfermagem. Nº 35/36 (2ª serie), Julho - Dezembro. p. 49

Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: Formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.

Saldanha, H. (1999). *Nutrição Clínica*. Porto, Lidel Edições Técnicas.

Salles,L.M.F.(1998).As drogas e o aluno.adolescentes. *In*.Aquino,J(org).*Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo.Summus

Sallis, J. & Owen, N. (1999). *Physical activity and behavioural medicine*.

Sánchez, P. (2001). *Actividad física, condición física y salud*. Sevilha: Wanceulen.

Participação dos alunos de Enfermagem numa equipa multidisciplinar: Projecto de Ambulatório de Saúde Oral e Pública

Saúde Infantil e Juvenil Saúde Infantil e Juvenil [Em linha]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf> [Consultado em 23/05/2009].

Sorensen e Luckmann. (1998). *Enfermagem Fundamental : Abordagem psicofisiológica*. 1ª Edição. Lisboa, Lusodidacta.

Sousa, M. (2008). *Enfermagem em Portugal: 10 anos 1998-2008*. Ordem dos Enfermeiros.

Souza, D. T. Avaliação da Saúde do Escolar de uma Escola Pública de Ensino Fundamental em Fortaleza. [Em linha]. Disponível em <http://200.222.60.171/PDF/avaliacao%20da%20saude.pdf> [Consultado em 3/03/2009].

Stanhope, M. Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde e grupos de famílias e indivíduos*. 4ª Edição. Lisboa. Lusociência.

Tabela de Percentil IMC / Idade para Rapazes. [Em linha]. Disponível em <http://www.cvalsassina.pt/.../TABELADEPERCENTILIMC-RAPAZES.pdf> [Consultado em 24/03/2009].

Tabela de Percentil IMC / Idade para Raparigas. [Em linha]. Disponível em <http://www.cvalsassina.pt/.../TABELADEPERCENTILIMC-RAPAZES.pdf> [Consultado em 24/03/2009].

Tomey, A.M. Alligood, M.(2002).Teorias Enfermagem e a sua obra. modelos e teorias de Enfermagem. 5ª Edição. Loures. Lusociência.

Trota, *et alii.*, (2001). Guia 2 – Guia de Educação para a Saúde sobre a Actividade Física nos tempos livres. *Guias de Educação e Promoção da Saúde*. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.

Participação dos alunos de Enfermagem numa equipa multidisciplinar: Projecto de Ambulatório de Saúde Oral e Pública

Uehara, M. e Mariosa, L. (2005). Etiologia e História Natural. *In*: Claudino, M. e Zanella, M., (Ed). Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: transtornos alimentares e obesidade. São Paulo, Manole, pp. 195-201.

Veloso, M., S., (2005). *Determinantes da actividade física dos adolescentes: estudo de uma população escolar do concelho de Oeiras*. Dissertação de mestrado em Psicologia Desportiva.

Viegas, C. (2005). Jovens gordos são desciminados, *Destak*, 436 (3) p. 4.

Vieira, M. (2007). *Ser Enfermeiro: da compaixão à Proficiência*. Lisboa, Universidade Católica Portuguesa Editora.

Vitolo, M. R. (2003). *Nutrição da Gestação à adolesc ência*. Rio de Janeiro. Reichman & Affonso editores.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Loures, Lusociência.

Whaley & Wong. (1999). *Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

World Health Organization (WHO); International Society of Hipertension (ISH). 2003. World ... (Who/ International Society of Hypertension (ISH) Statement management of Hypertension. *Journal of Hypertension*. 21 . 1983-1992.

ANEXOS

ANEXO I: Instrumento de Colheita de dados

PROJECTO AMBULATORIO DE SAÚDE ORAL E PÚBLICA

INQUÉRITO

ENFERMAGEM

ACÇÃO DE RASTREIO

Local: _____
Data: _____ Hora: _____
N.º do aluno que efectuou o inquérito: _____

UTENTE

Nome: _____
Sexo (F/M): _____ Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____
Está em jejum? Sim Não
Se não o que tomou? _____ Horas: _____
Actividade Profissional: _____
Estado Profissional actual: Activo Reformado
Com que regularidade consulta o Médico: _____
Patologia conhecida: _____
Toma medicação regularmente? Sim Não
Quais? _____
Antecedentes Familiares: _____

Alimentação

Sem dieta Com dieta
Se é com dieta foi opção própria ou indicação médica? _____
Pratica exercicio fisico?
 Não ocasionalmente Com regularidade
Fuma? Não Sim Com que frequência? _____
Bebe bebidas alcoolicas? Não Sim
Com que frequência? _____

RESULTADOS DOS RASTREIOS

Análises Clínicas

Colesterol Total (mg/dL)
Glicemia (mg/dL)

Tensão Arterial

Sistólica (máxima)
Diastólica (mínima)

ANEXO II: Valores de Referência Para o IMC



Assunto: Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil
ACTUALIZAÇÃO DAS CURVAS DE CRESCIMENTO

Nº: 05/DSMIA
DATA: 21/02/06

Para: Todos os estabelecimentos de saúde

Contacto na DGS: Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes

O crescimento é um importante indicador do bem-estar de uma criança ou adolescente. Os factores nele implicados são múltiplos e vão desde a influência genética, factores ambientais (nomeadamente a alimentação), factores de ordem psicológica e um grande leque de doenças. Um atraso estaturó-ponderal pode ser a primeira manifestação de patologias como doença celíaca, doença intestinal inflamatória, infecção urinária, fibrose quística, tubulopatias, infecção VIH, entre outras. Compreende-se, assim, a importância da correcta monitorização da somatometria, nas consultas de vigilância de saúde infantil.

A construção de curvas de crescimento é um processo moroso, que exige elevados recursos humanos e materiais. Por esta razão, muitos países optam pela utilização de curvas internacionais, das quais as do *National Centre for Health and Statistics* (NCHS) são as mais divulgadas. A utilização destes instrumentos permite igualmente uma comparação entre os vários países, como sucede frequentemente em trabalhos científicos e como é pedido por organismos internacionais como a UNICEF ou a OMS.

As curvas do NCHS são utilizadas em Portugal desde 1981. Os dados em que se baseiam são periodicamente actualizados, levando ao desenho de novas curvas. Na edição do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil distribuída no início de 2005, foi incluída a última versão destas curvas, as quais serão igualmente substituídas, na reedição do Programa-Tipo de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (Orientações Técnicas nº 12), previsto para o corrente ano. Nesta revisão, e de acordo com o Programa Nacional de Combate à Obesidade, optou-se por substituir as curvas da relação peso-estatura pelas do índice de massa corporal (IMC), mais adequadas à correcta monitorização do estado de nutrição de cada criança.

O problema do excesso de peso e obesidade, já referido como a pandemia do século XXI, atravessa todos os grupos etários e atinge já, entre nós, números alarmantes. Muitas crianças e adolescentes obesos vão permanecer adultos obesos, antecipando desde logo algumas das complicações outrora só observáveis na idade adulta, como a diabetes tipo II. As curvas do IMC permitem monitorizar o estado de nutrição, identificando não só as crianças e adolescentes já obesos, mas também aqueles em risco de virem a sê-lo. Este desvio é particularmente importante se o afastamento do percentil do IMC ocorrer fora dos períodos de deposição fisiológica de gordura (primeiro ano de vida e pré-puberdade).

A procura duma faixa de peso saudável e o combate ao excesso de peso e obesidade devem ser uma preocupação de todos os profissionais que trabalham com as crianças e suas famílias.

Todas as oportunidades são boas para corrigir hábitos alimentares desequilibrados e promover a actividade física, combatendo o sedentarismo. Regra geral, trata-se de um problema familiar e, como tal, a abordagem de um elemento poderá beneficiar todos os membros da família.

Uma vez que as curvas do IMC apenas fazem parte do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil editado a partir de 2005, se a criança ou jovem possuir um Boletim anterior a esta edição, recomenda-se a determinação do IMC e respectivo percentil, utilizando as curvas constantes desta Circular Normativa.

Definições

$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Estatura (m)}^2}$$

Excesso de peso – IMC entre o percentil 85 e 95 para a idade e sexo

Obesidade – IMC acima do percentil 95 para a idade e sexo

O Director-Geral da Saúde

Francisco George

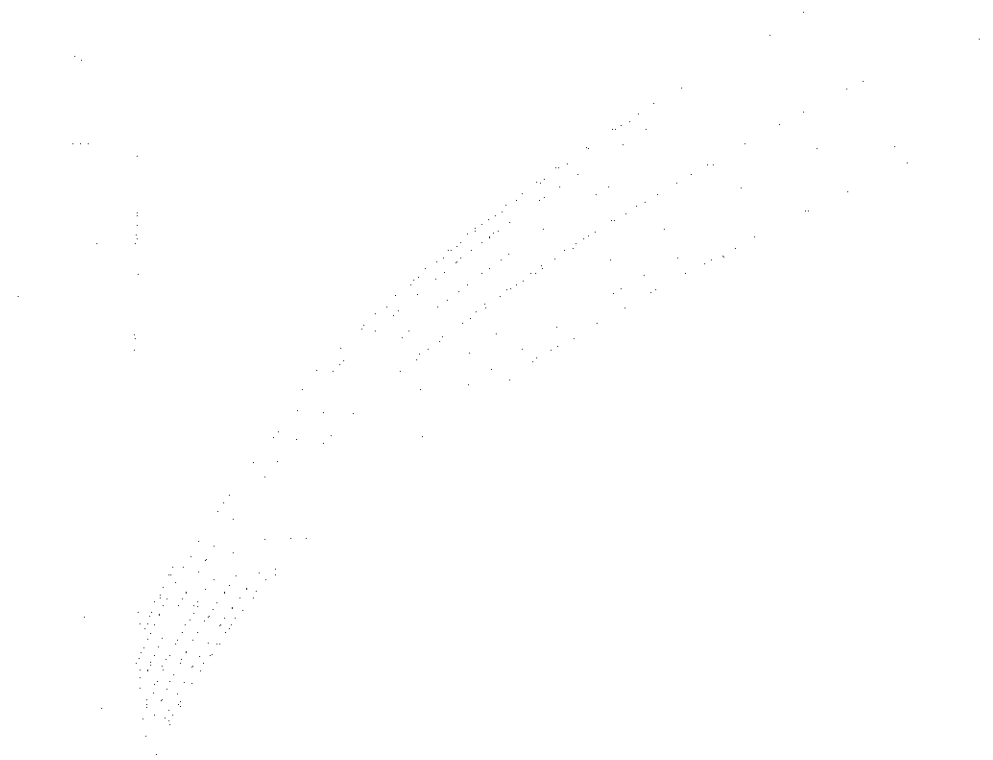
Anexo - Curvas de crescimento para cada sexo:

- Peso e comprimento 0-24 meses
- Perímetro cefálico 0-36 meses
- Peso e estatura 2-20 anos
- Índice de massa corporal 2-20 anos

RAPARIGAS

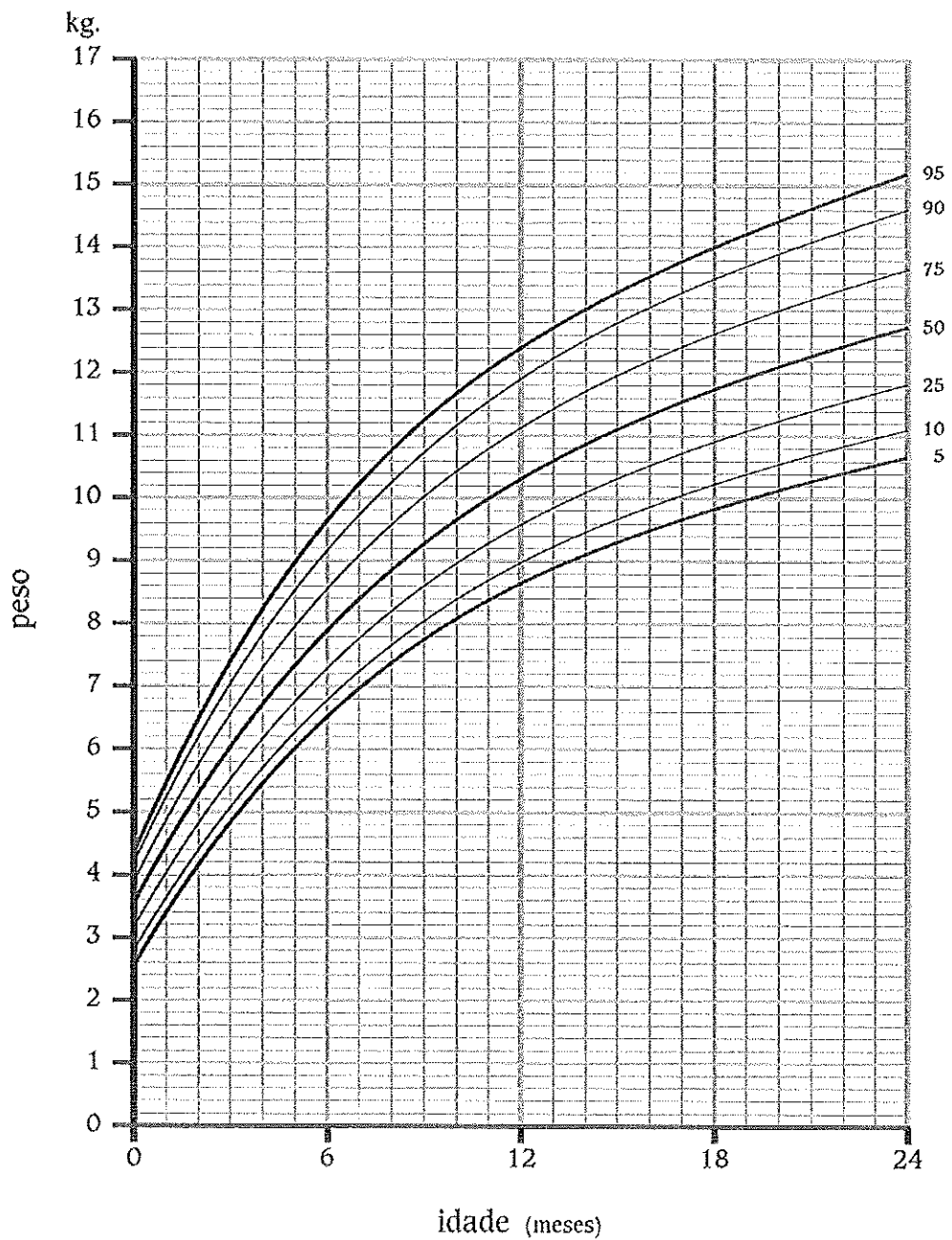


RAPARIGAS



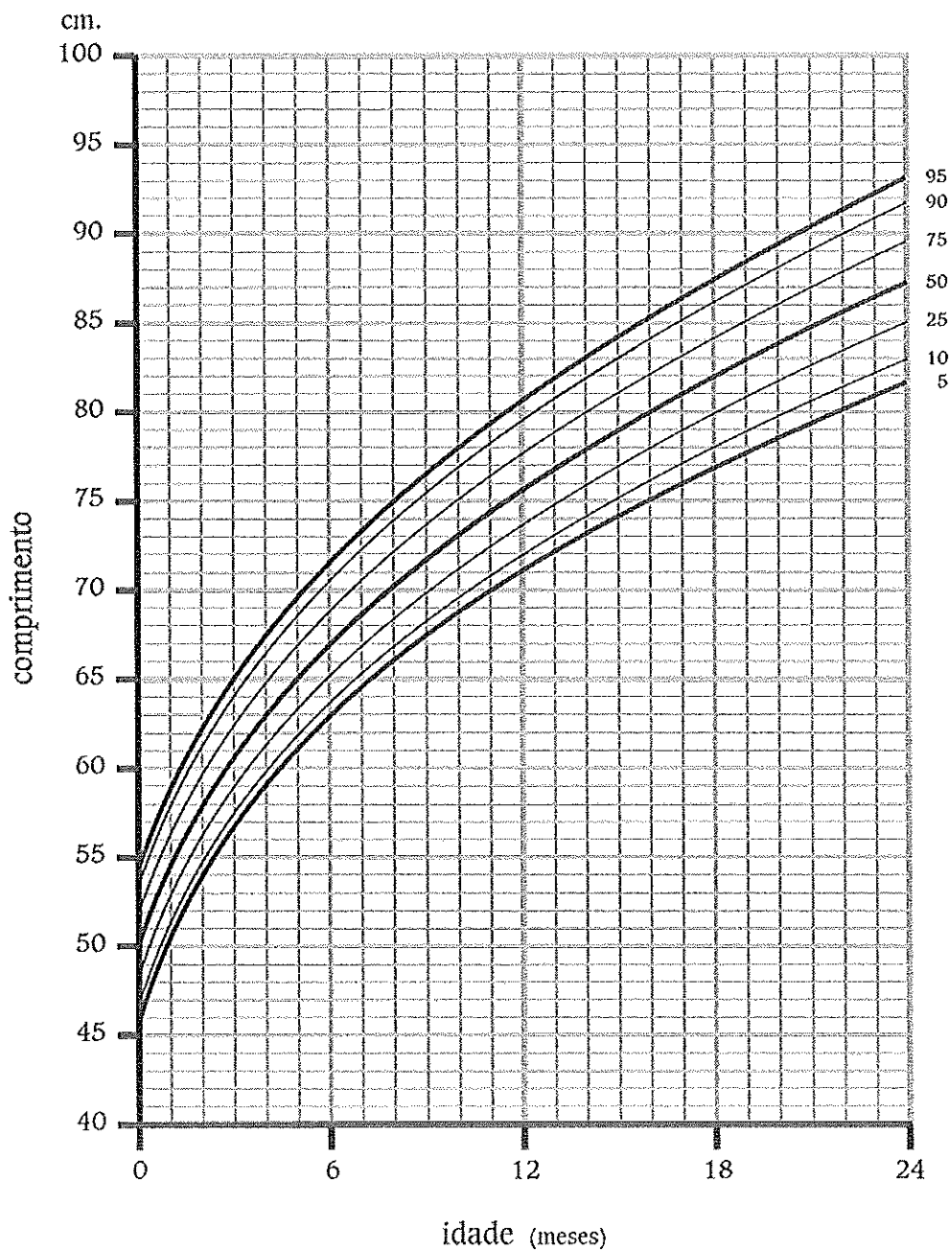
RAPAZES

peso 0-24 meses

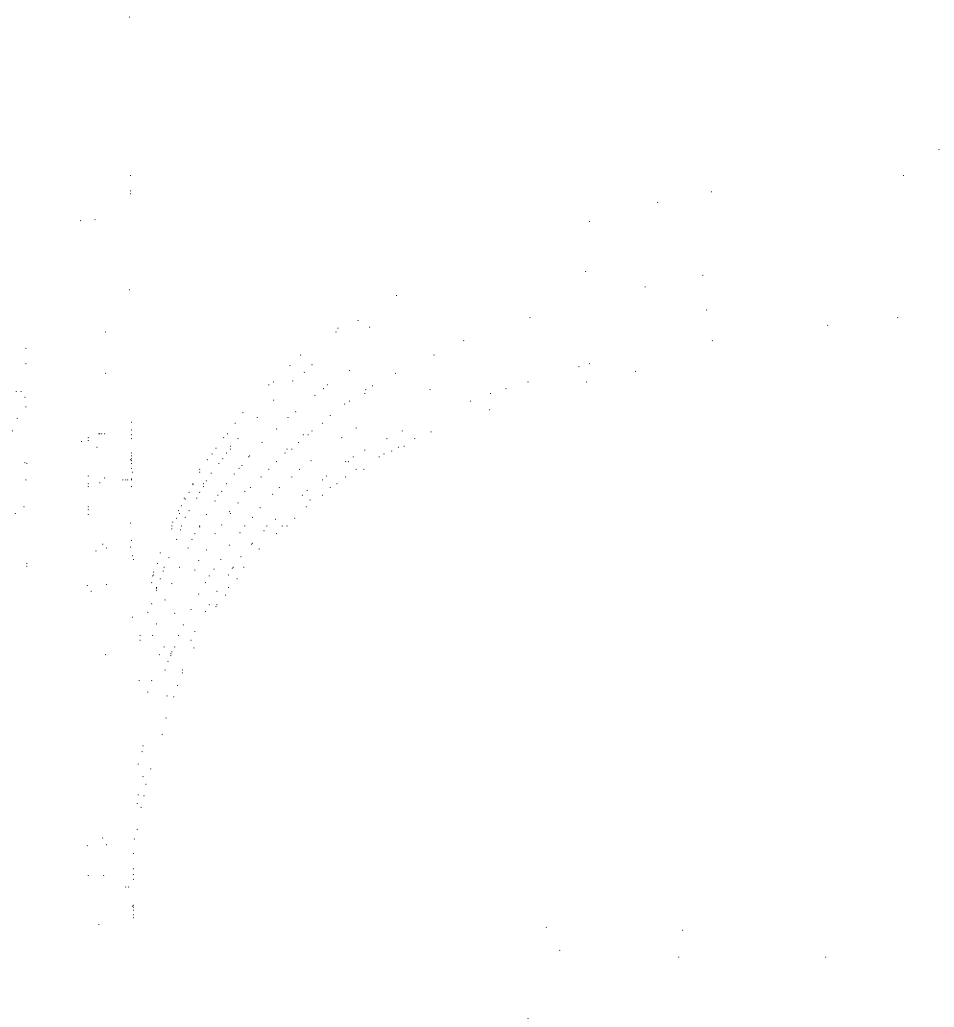


RAPAZES

comprimento 0-24 meses

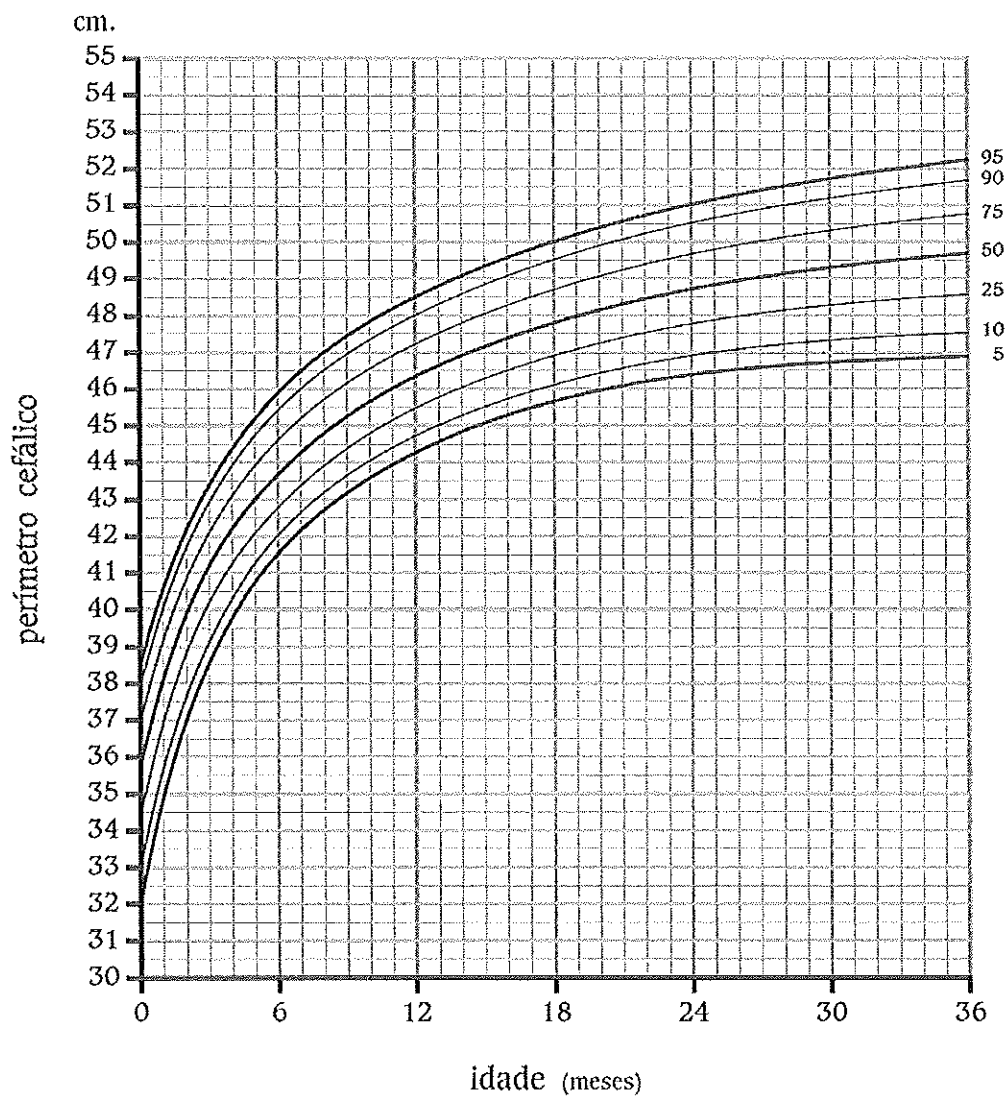


RAPARIGAS



RAPAZES

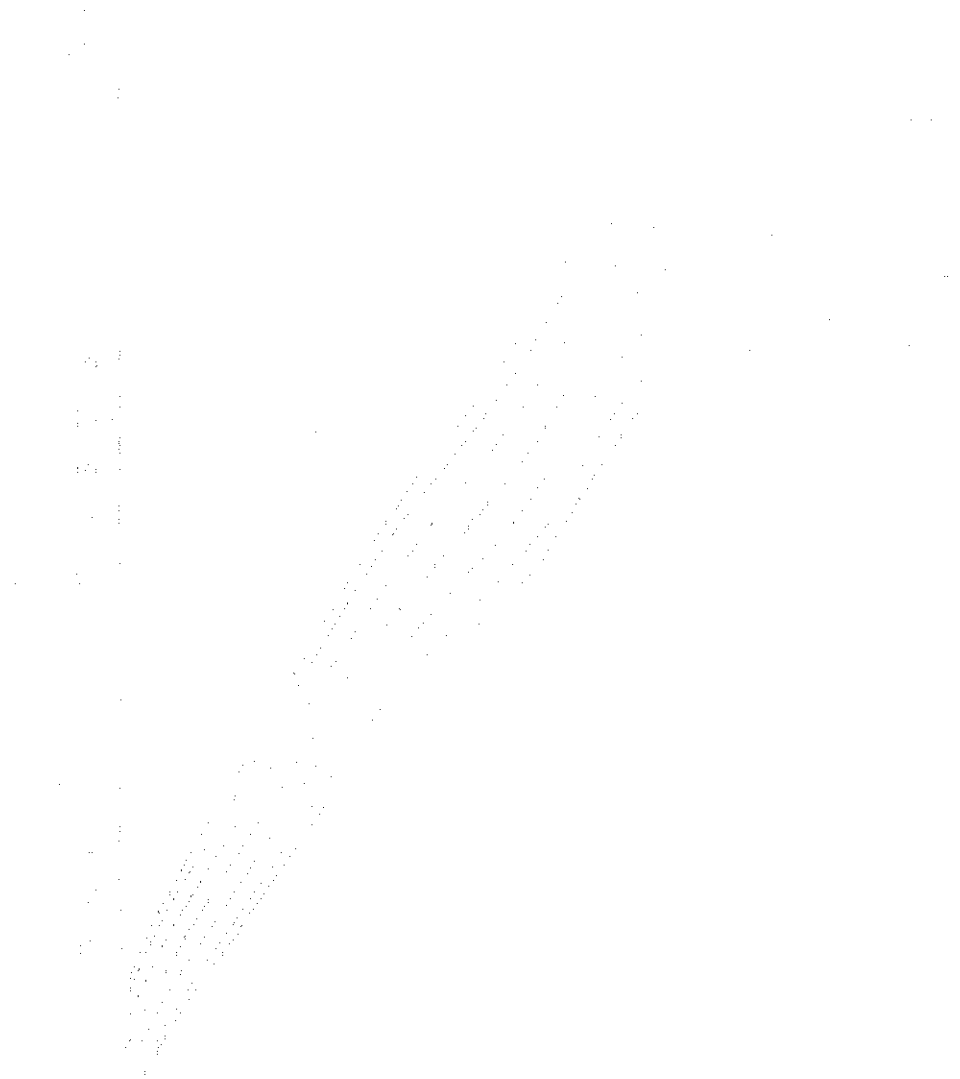
perímetro cefálico 0-36 meses



RAPARIGAS

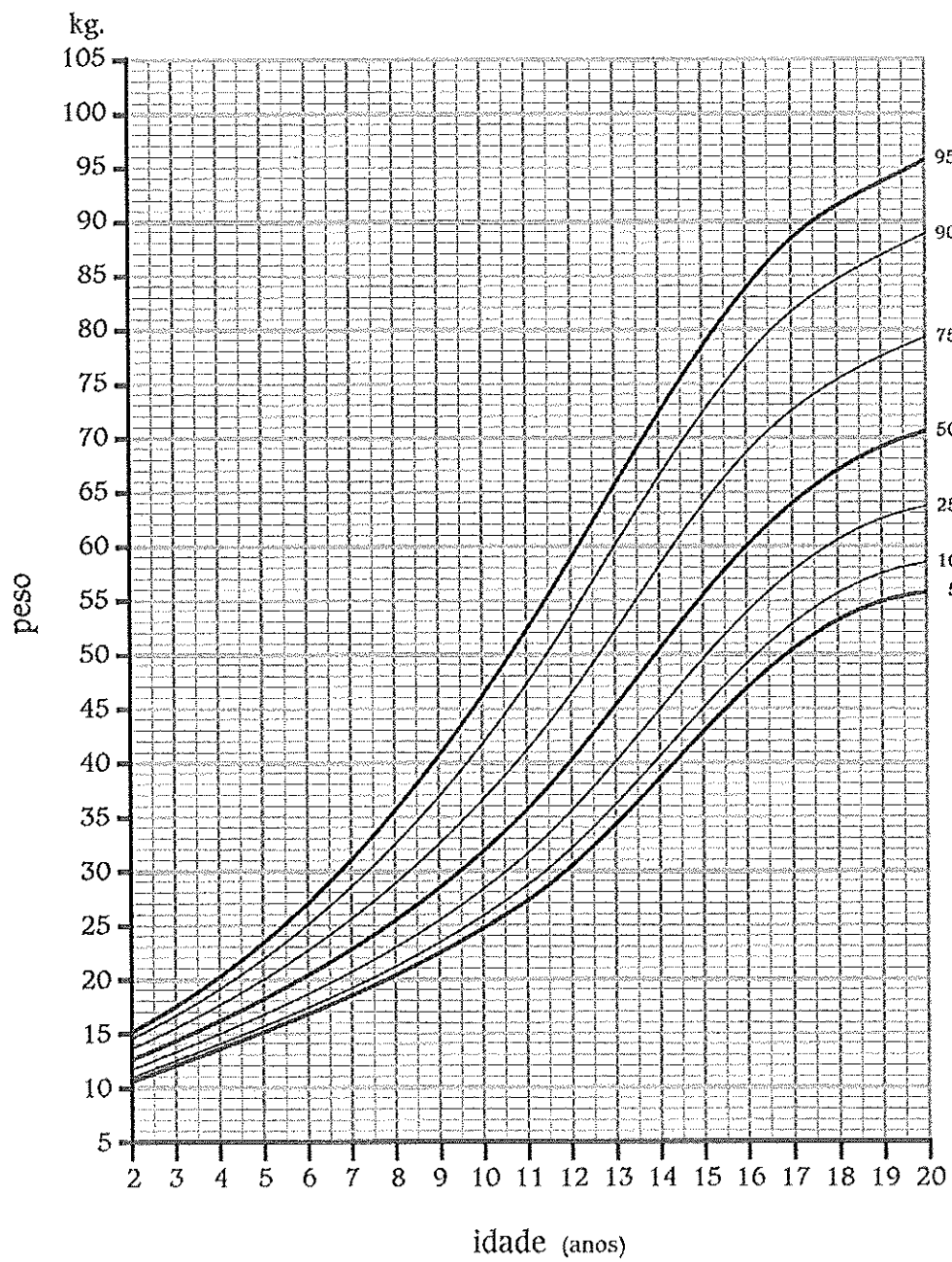


RAPARIGAS



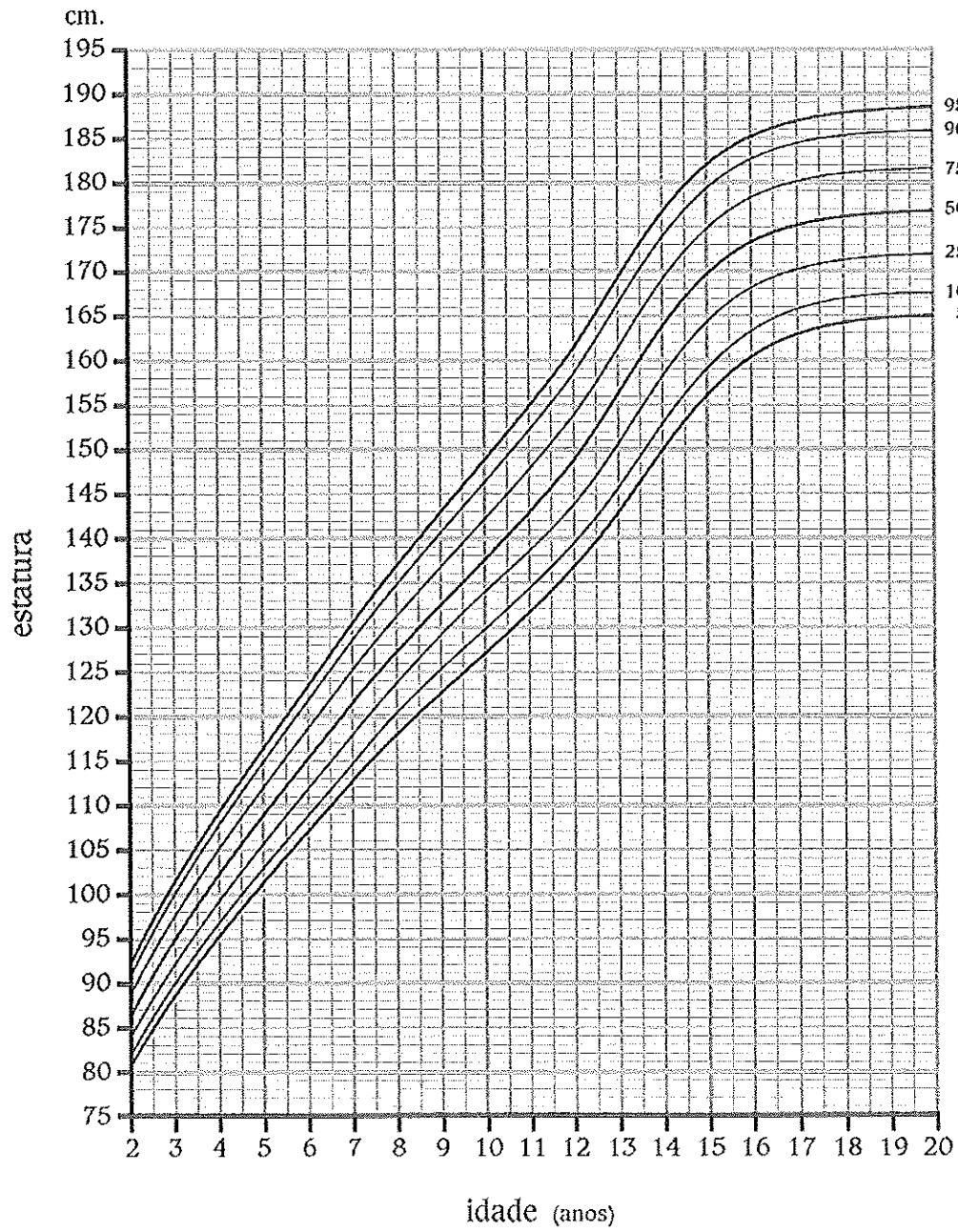
RAPAZES

peso 2-20 anos



RAPAZES

estatura 2-20 anos



RAPARIGAS

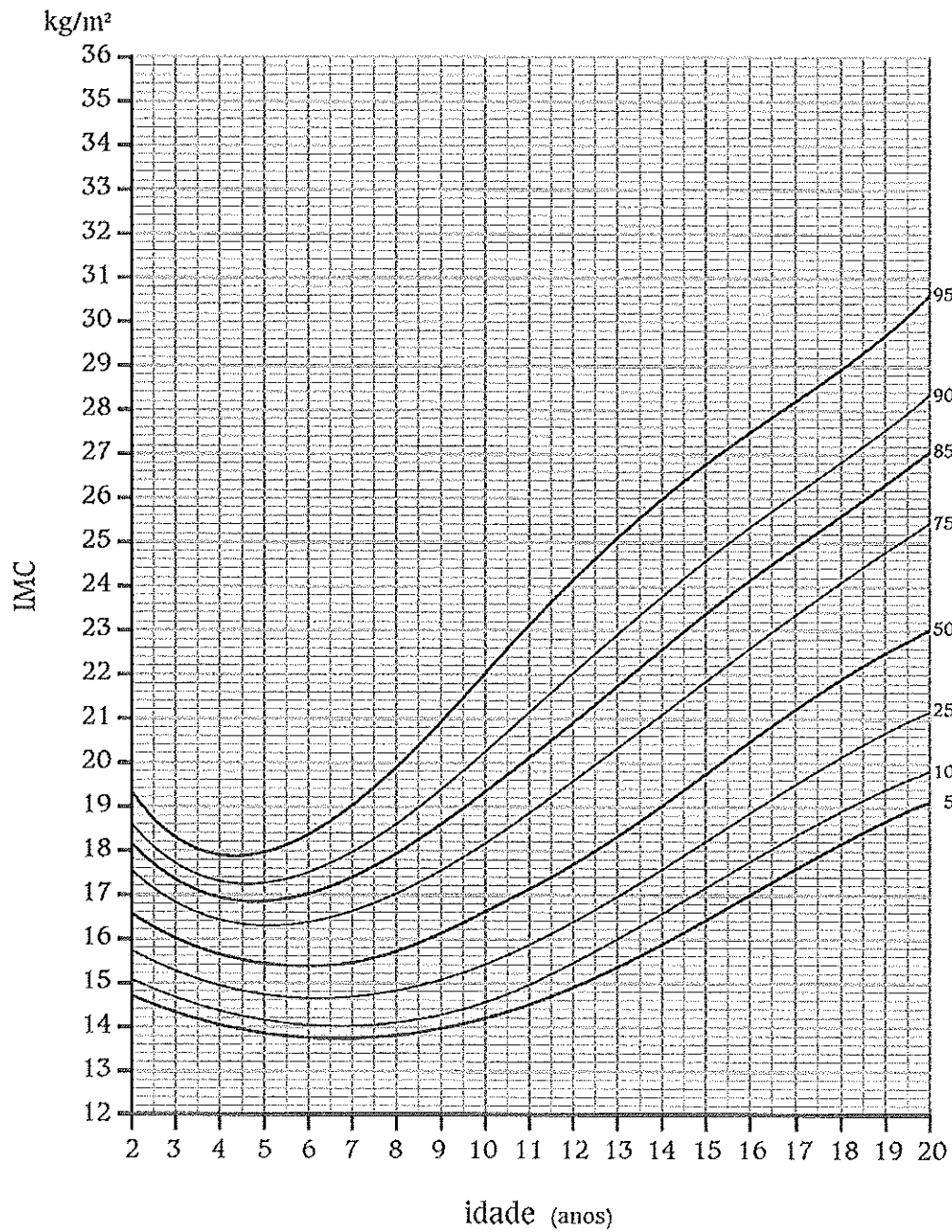


OBESIDADE > percentil 95

EXCESSO DE PESO > percentil 85 e < percentil 95

RAPAZES

índice de massa corporal 2-20 anos



OBESIDADE > percentil 95

EXCESSO DE PESO > percentil 85 e < percentil 95

TABELA DE PERCENTIL IMC / IDADE PARA RAPARIGAS

O Índice de Massa Corporal (IMC) é obtido pela relação $\text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m)}$

A interpretação dos percentis é feita do seguinte modo:

≤ P5 – Baixo Peso

P.5 < P.85 – Peso Adequado

P.85 < P.95 – Risco de Excesso de Peso ¹

≥ P.95 – Excesso de Peso ²

	P3	P5	P10	P25	P50	P75	P85	P90	P95	P97
2	14,2	14,4	14,8	15,6	16,4	17,4	18,0	18,4	19,1	19,6
3	13,8	14,0	14,4	15,0	15,7	16,6	17,2	17,6	18,3	18,7
4	13,6	13,7	14,0	14,6	15,3	16,2	16,8	17,2	18,0	18,6
5	13,3	13,5	13,8	14,4	15,1	16,1	16,8	17,3	18,2	19,0
6	13,2	13,4	13,7	14,4	15,2	16,3	17,1	17,7	18,8	19,7
7	13,2	13,4	13,8	14,5	15,4	16,7	17,6	18,3	19,6	20,7
8	13,3	13,5	13,9	14,7	15,8	17,2	18,3	19,1	20,6	21,9
9	13,5	13,7	14,2	15,1	16,2	17,9	19,1	20,0	21,8	23,2
10	13,7	14,0	14,5	15,5	16,8	18,6	19,9	21,0	22,9	24,5
11	14,1	14,4	14,9	16,0	17,5	19,4	20,8	22,0	24,1	25,9
12	14,5	14,8	15,4	16,5	18,1	20,2	21,7	22,9	25,2	27,1
13	14,9	15,3	15,9	17,1	18,7	21,0	22,5	23,9	26,3	28,3
14	15,4	15,8	16,4	17,6	19,3	21,7	23,3	24,7	27,2	29,4
15	15,9	16,3	16,9	18,2	19,9	22,3	24,0	25,4	28,1	30,4
16	16,4	16,8	17,4	18,7	20,4	22,9	24,6	26,1	28,9	31,3
17	16,8	17,2	17,8	19,1	20,9	23,4	25,2	26,7	29,6	32,2
18	17,2	17,5	18,2	19,5	21,3	23,8	25,7	27,2	30,3	33,0
19	17,4	17,8	18,4	19,7	21,5	24,2	26,1	27,8	31,0	34,0
20	17,5	17,8	18,5	19,8	21,8	24,5	26,5	28,2	31,8	35,0

Fonte: Centers for Disease Control and Prevention (CDC) - Growth Charts (2000)

Segundo a Direcção Geral de Saúde esta variação de Percentil já é considerada Excesso de Peso
 Segundo a Direcção Geral de Saúde esta variação de Percentil já é considerada Obesidade

Senha – Consultoria em Qualidade Alimentar

TABELA DE PERCENTIL IMC / IDADE PARA RAPAZES

O Índice de Massa Corporal (IMC) é obtido pela relação $\text{peso (kg)} / \text{altura (m)}^2$

A interpretação dos percentis é feita do seguinte modo:

$\leq P5$ – Baixo Peso

$P.5 \leq P.85$ – **Peso Adequado**

$P.85 < P.95$ – Risco de Excesso de Peso ¹

$\geq P.95$ – Excesso de Peso ²

	P3	P5	P10	P25	P50	P75	P85	P90	P95	P97
2	14,5	14,7	15,1	15,7	16,6	17,6	18,1	18,6	19,3	19,8
3	14,1	14,3	14,7	15,3	16,0	16,8	17,3	17,6	18,2	18,6
4	13,8	14,0	14,4	14,9	15,6	16,4	16,9	17,2	17,8	18,2
5	13,7	13,8	14,1	14,7	15,4	16,3	16,8	17,2	17,9	18,4
6	13,6	13,8	14,0	14,6	15,4	16,4	17,0	17,5	18,4	19,1
7	13,5	13,7	14,0	14,7	15,5	16,6	17,4	18,0	19,1	20,0
8	13,6	13,8	14,1	14,8	15,8	17,0	17,9	18,6	20,0	21,2
9	13,7	14,0	14,3	15,1	16,2	17,6	18,6	19,4	21,0	22,4
10	14,0	14,2	14,6	15,5	16,6	18,2	19,3	20,3	22,1	23,6
11	14,3	14,6	15,0	15,9	17,2	18,9	20,2	21,2	23,1	24,8
12	14,7	15,0	15,5	16,4	17,8	19,7	21,0	22,1	24,2	26,0
13	15,1	15,5	16,0	17,0	18,5	20,4	21,8	23,0	25,1	27,0
14	15,7	16,0	16,5	17,6	19,2	21,2	22,6	23,8	26,0	27,8
15	16,2	16,6	17,1	18,3	19,9	22,0	23,4	24,6	26,8	28,6
16	16,8	17,1	17,7	18,9	20,6	22,7	24,1	25,3	27,5	29,2
17	17,3	17,7	18,3	19,6	21,2	23,4	24,9	26,1	28,2	29,8
18	17,8	18,2	18,9	20,2	21,9	24,1	25,6	26,8	28,9	30,5
19	18,3	18,7	19,4	20,7	22,5	24,8	26,3	27,5	29,6	31,3
20	18,7	19,1	19,8	21,2	23,0	25,4	27,0	28,3	30,5	32,3

Fonte: Centers for Disease Control and Prevention (CDC) - Growth Charts (2000)

Segundo a Direcção Geral de Saúde esta variação de Percentil já é considerada Excesso de Peso
 Segundo a Direcção Geral de Saúde esta variação de Percentil já é considerada Obesidade

Senha – Consultoria em Qualidade Alimentar

ANEXO III: Valores de Referência para o Colesterol Total

Valores de Referência para o Colesterol Total

Variáveis	Valores
Colesterol Total	Criança: 120 a 200mg/dl Adolescente: 120 a 210 mg/dl (< 170 mg/dl)
HDL Colesterol	0 a 12 anos: 30 a 60 mg/dl 15 a 19 anos: 30 a 70 mg/dl
LDL	0 a 19 anos: 60 a 150 mg/dl

Fonte: Whaley & Wong. (1999). *Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

ANEXO IV: Valores de Referência para a Glicemia Capilar

Valores de Referência para a Glicemia Capilar.

Exame/Amostra	Idade/Sexo/ Referência	Unidades convencionais	Unidades Internacionais (SI)
		Faixas Normais	
Glicose Sérica	Crianças	60-100mg/dl	3,3-5,5 mmol/L
	Adolescentes	70-105mg/dl	3,9-5,8 mmol/L
	Adultos	65-95mg/dl	3,6-5,3 mmol/L

Fonte: Whaley & Wong. (1999). *Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

ANEXO V: Valores de Referência para a Pressão Arterial Sistólica e Diastólica

TABELAS DE TENSÃO ARTERIAL

O presente programa-tipo de vigilância em saúde infantil e juvenil prevê a determinação por rotina da tensão arterial (TA), a partir dos 4 anos de idade.

A medição da TA nas crianças e adolescentes implica a utilização, por parte dos profissionais de saúde, da técnica e dos equipamentos adequados, aspectos que não cabem no âmbito deste documento.

Os valores encontrados deverão ser interpretados segundo as tabelas de percentis, que se apresentam nas páginas seguintes, e onde se entra em linha de conta não só com a idade e o sexo da criança, mas também com o percentil da estatura, determinado previamente nas tabelas próprias.

COMO PROCEDER?

Em relação à TA sistólica ou diastólica:

1. Situar-se nas linhas da idade da criança/adolescente
2. Encontrar a coluna correspondente ao percentil da estatura, previamente determinado
3. Verificar os valores correspondentes aos percentis 90 e 95 da TA e compará-los com os valores obtidos na criança

Definições:

- **Tensão Arterial NORMAL:** TA sistólica e diastólica inferior ao percentil 90 para a idade e sexo.
- **Tensão Arterial NORMAL-ALTA:** TA sistólica ou diastólica entre os percentis 90 e 95 para a idade e o sexo. Recomenda-se vigilância e avaliação de outros factores de risco.
- **HIPERTENSÃO ARTERIAL:** TA sistólica ou diastólica superior ou igual ao percentil 95 para a idade e o sexo, em três ocasiões separadas. A criança deverá ser enviada a uma consulta da especialidade.

TABELA 1
 Valores de Tensão Arterial SISTÓLICA por Percentis de Estatura
 RAPARIGAS 1 A 17 ANOS

Idade (anos)	Percentil Tensão arterial *	Tensão arterial sistólica / percentil estatura mm Hg **								
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%		
1	90	97	98	99	100	102	103	104	107	
	95	101	102	103	104	105	107	107	107	
2	90	99	99	100	102	103	104	105	105	
	95	102	103	104	105	107	107	108	109	
3	90	100	100	102	103	104	105	105	106	
	95	104	104	105	107	108	108	109	110	
4	90	101	102	103	104	106	107	107	108	
	95	105	106	107	108	109	109	111	111	
5	90	103	103	104	106	107	108	108	109	
	95	107	107	108	110	111	111	112	113	
6	90	104	105	106	107	109	109	110	111	
	95	108	109	110	111	112	112	114	114	
7	90	106	107	108	109	110	110	112	112	
	95	110	110	112	113	114	114	115	116	
8	90	108	109	110	111	112	112	113	114	
	95	112	112	113	115	116	116	117	118	
9	90	110	110	112	113	114	114	115	116	
	95	114	114	115	117	118	118	119	120	
10	90	112	112	114	115	116	116	117	118	
	95	116	116	117	119	120	120	121	122	
11	90	114	114	116	117	118	118	119	120	
	95	118	118	119	121	122	122	123	124	
12	90	116	116	118	119	120	120	121	122	
	95	120	120	121	123	124	124	125	126	
13	90	118	118	119	121	122	122	123	124	
	95	121	122	123	125	126	126	127	128	
14	90	119	120	121	122	124	124	125	126	
	95	123	124	125	126	128	128	129	130	
15	90	121	121	122	124	125	125	126	127	
	95	124	125	126	128	129	129	130	131	
16	90	122	122	123	125	126	126	127	128	
	95	125	126	127	128	130	130	131	132	
17	90	122	123	124	125	126	126	128	128	
	95	126	126	127	129	130	130	131	132	

* Percentil de tensão arterial determinada por uma única leitura

** Percentil de estatura determinado nas curvas-padrão de crescimento

TABELA 2
Valores de Tensão Arterial DIASTÓLICA por Percentis de Estatura
RAPARIGAS 1 A 17 ANOS

Idade (anos)	Percentil Tensão arterial *	Tensão arterial diastólica / percentil estatura mm Hg **									
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%			
1	90	53	53	53	54	55	56	56			
	95	57	57	57	58	59	60	60			
2	90	57	57	58	58	59	60	61			
	95	61	61	62	62	63	64	65			
3	90	61	61	61	62	63	63	64			
	95	65	65	65	66	67	67	68			
4	90	63	63	64	65	65	66	67			
	95	67	67	68	69	69	70	71			
5	90	65	66	66	67	68	68	69			
	95	69	70	70	71	72	72	73			
6	90	67	67	68	69	69	70	71			
	95	71	71	72	73	73	74	75			
7	90	69	69	69	70	71	72	72			
	95	73	73	73	74	75	76	76			
8	90	70	70	71	71	72	73	74			
	95	74	74	75	75	76	77	78			
9	90	71	72	72	73	74	74	75			
	95	75	76	76	77	78	78	79			
10	90	73	73	73	74	75	76	76			
	95	77	77	77	78	79	80	80			
11	90	74	74	75	75	76	77	77			
	95	78	78	79	79	80	81	81			
12	90	75	75	76	76	77	78	78			
	95	79	79	80	80	81	82	82			
13	90	76	76	77	78	78	79	80			
	95	80	80	81	82	82	83	84			
14	90	77	77	78	79	79	80	81			
	95	81	81	82	83	83	84	85			
15	90	78	78	79	79	80	81	82			
	95	82	82	83	83	84	85	86			
16	90	79	79	79	80	81	82	82			
	95	83	83	83	84	85	86	86			
17	90	79	79	79	80	81	82	82			
	95	83	83	83	84	85	86	86			

* Percentil de tensão arterial determinada por uma única leitura

** Percentil de estatura determinado nas curvas-padrão de crescimento

TABELA 3
Valores de Tensão Arterial SISTÓLICA por Percentis de Estatura
RAPAZES 1 A 17 ANOS

Idade (anos)	Percentil Tensão arterial *	Tensão arterial sistólica / percentil estatura mm Hg **									
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%			
1	90	94	95	97	98	100	102	102			
	95	98	99	101	102	104	106	106			
2	90	98	99	100	102	104	105	106			
	95	101	102	104	106	108	109	110			
3	90	100	101	103	105	107	108	109			
	95	104	105	107	109	111	112	113			
4	90	102	103	105	107	109	110	111			
	95	106	107	109	111	113	114	115			
5	90	104	105	106	108	110	112	112			
	95	108	109	110	112	114	115	116			
6	90	105	106	108	110	111	113	114			
	95	109	110	112	114	115	117	117			
7	90	106	107	109	111	113	114	115			
	95	110	111	113	115	116	118	119			
8	90	107	108	110	112	114	115	116			
	95	111	112	114	116	118	119	120			
9	90	109	110	112	113	115	117	117			
	95	113	114	116	117	119	121	121			
10	90	110	112	113	115	117	118	119			
	95	114	115	117	119	121	122	123			
11	90	112	113	115	117	119	120	121			
	95	116	117	119	121	123	124	125			
12	90	115	116	117	119	121	123	123			
	95	119	120	121	123	125	126	127			
13	90	117	118	120	122	124	125	126			
	95	121	122	124	126	128	129	130			
14	90	120	121	123	125	126	128	128			
	95	124	125	127	128	130	132	132			
15	90	123	124	125	127	129	131	131			
	95	127	128	129	131	133	134	135			
16	90	125	126	128	130	132	133	134			
	95	129	130	132	134	136	137	138			
17	90	128	129	131	133	134	136	136			
	95	132	133	135	136	138	140	140			

* Percentil de tensão arterial determinada por uma única leitura

** Percentil de estatura determinado nas curvas-padrão de crescimento

TABELA 4
 Valores de Tensão Arterial DIASTÓLICA por Percentis de Estatura
 RAPAZES 1 A 17 ANOS

Idade (anos)	Percentil Tensão arterial *	Tensão arterial diastólica / percentil estatura mm Hg **									
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%			
1	90	50	51	52	53	54	54	55			
	95	55	55	56	57	58	58	59			
2	90	55	55	56	57	58	59	59			
	95	59	59	60	61	62	63	63			
3	90	59	59	60	61	62	63	63			
	95	63	63	64	65	66	67	67			
4	90	62	62	63	64	65	66	66			
	95	66	67	67	68	69	70	71			
5	90	65	65	66	67	68	69	69			
	95	69	70	70	71	72	73	74			
6	90	67	68	69	70	70	71	72			
	95	72	72	73	74	75	76	76			
7	90	69	70	71	72	72	73	74			
	95	74	74	75	76	77	78	78			
8	90	71	71	72	73	74	75	75			
	95	75	76	76	77	78	79	80			
9	90	72	73	73	74	75	76	77			
	95	76	77	78	79	80	80	81			
10	90	73	74	74	75	76	77	78			
	95	77	78	79	80	80	81	82			
11	90	74	74	75	76	77	78	78			
	95	78	79	79	80	81	82	83			
12	90	75	75	76	77	78	78	79			
	95	79	79	80	81	82	83	83			
13	90	75	76	76	77	78	79	80			
	95	79	80	81	82	83	83	84			
14	90	76	76	77	78	79	80	80			
	95	80	81	81	82	83	84	85			
15	90	77	77	78	79	80	81	81			
	95	81	82	83	83	84	85	86			
16	90	79	79	80	81	82	82	83			
	95	83	83	84	85	86	87	87			
17	90	81	81	82	83	84	85	85			
	95	85	85	86	87	88	89	89			

* Percentil de tensão arterial determinada por uma única leitura

** Percentil de estatura determinado nas curvas-padrão de crescimento

Valores de Referência para a Pressão Arterial Sistólica e Diastólica.

TA	Tensão Arterial Sistólica (mmHg)	Tensão Arterial Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	120 – 129	80 – 84
Normal elevada	130 – 139	85 – 89
Hipertensão		
Grau I (ligeira)	140 – 159	90 – 99
Grau II (moderada)	160 – 179	100 – 109
Grau III (Severa)	≥ 180	≥ 110

Valores de referência de Pressão arterial segundo European society of Hypertension (ESH) e a European Society of Cardiology (ESE), são os referidos no quadro (Guidelines Comittee 2003, WHO/ ISH, 2003).

