

SARA CRISTINA CAMACHO DE SOUSA

**A INFLUÊNCIA DA FARMÁCIA COMUNITÁRIA NA
PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS
EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Orientador: Prof. Doutor Luís Monteiro Rodrigues

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde**

Lisboa

2019

SARA CRISTINA CAMACHO DE SOUSA

**A INFLUÊNCIA DA FARMÁCIA COMUNITÁRIA
NA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS
EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas no Curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 22 de Abril de 2019 com o Despacho de Nomeação de Júri nº 98/2019 com a seguinte composição:

Presidente: Prof^ª Doutora Ana Sofia Macedo

Arguente: Prof. Doutor Mário Espada

Orientador: Prof. Doutor Luís Monteiro Rodrigues

Vogais: Prof^ª Ana Mirco (especialista ULHT)

Prof^ª Dulce Santos (especialista ULHT)

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2019

Resumo

A presente monografia aborda a influência da farmácia na prevenção de comportamentos de risco na adolescência, através da promoção da saúde. Esta monografia contempla ainda a importância dos pais na educação para uma vida saudável.

O principal objetivo desta monografia é avaliar o impacto da farmácia, como principal cuidado de saúde primário, no combate a hábitos incorretos de alimentação, atividade física, consumo de álcool e tabaco praticados pela população adolescente.

O papel do farmacêutico revela uma grande importância na evolução do conceito de farmácia, tal como se tem verificado ao longo dos últimos anos. Esta evolução teve em vista uma maior proximidade entre a farmácia e a comunidade, sendo este atualmente, um espaço de primeira linha dedicado à saúde do utente. O contributo do farmacêutico apresenta especial responsabilidade na indicação e aconselhamento, bem como na promoção da saúde, uma vez que tem a vantagem de ter uma grande proximidade com os seus utentes. O desafio ainda se torna mais elevado quando se refere a crianças e adolescentes, uma vez que há necessidade de atuar e intervir precocemente, de modo a minimizar riscos associados aos comportamentos inadequados nesta fase da vida. Existem ainda situações de morbidade e mortalidade, sendo necessário sensibilizar crianças e adolescentes para situações de risco, as suas consequências e prevenção através da promoção da saúde.

A farmácia da atualidade aponta para o desenvolvimento de novas estratégias que visam melhorar a saúde das crianças através da prevenção de doenças e promoção de estilos de vida saudáveis.

Palavras-Chave: Farmácia, Crianças, Adolescentes.

Abstract

The present monograph discusses the influence of pharmacy in the prevention of risk behaviors in adolescence, through the promotion of health. This monograph also considers the importance of parents in education for a healthy life.

The main objective of this monograph is to evaluate the impact of pharmacy, as the main primary health care, in combating incorrect eating habits, physical activity, alcohol and tobacco consumption practiced by the adolescent population.

The role of the pharmacist reveals great importance in the evolution of the concept of pharmacy, as it has been verified in recent years. This evolution had as its aim a greater proximity between the pharmacy and the community, which is currently the first point of help of patients. The contribution of the pharmacist presents special responsibility in the indication and advice, as well as in the promotion of health, since it has the advantage of being very close to its users. The challenge is evermore important when it comes to children and teenagers, since there is a need to act and intervene early, in order to minimize the risks associated with inappropriate behavior in this phase of life. There are also situations of morbidity and mortality, and it is necessary to sensitize children and adolescents to situations of risk, their consequences and prevention through health promotion. Today's pharmacy aims to develop new strategies targeted at improving the health of children by preventing diseases and promoting healthy lifestyles.

Keywords: Pharmacy, Children, Teenagers.

Abreviaturas

AF – Atividade Física

ANF – Associação Nacional das Farmácias

APCOI – Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil

APPLE - A Project Promoting healthy Living for Everyone

APS – Atenção Primária em Saúde

DCV – Doenças Cardiovasculares

DGS – Direção-Geral da Saúde

EPODE - Ensemble Prévenons l' Obésité Des Enfants

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and other Drugs

HBSC - Health Behaviour in School-aged Children

INR - International Normalized Ratio

OF – Ordem dos Farmacêuticos

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEACH - Parenting, Eating and Activity for Child Health

PHS – Project Healthy Schools

PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PNPCT – Programa Nacional para Prevenção e Controlo do Tabagismo

PNS – Plano Nacional de Saúde

POZ – Projeto Obesidade Zero

PS – Promoção da Saúde

RPSGB – Royal Pharmaceutical Society of Great Britain

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRL – Secção Regional de Lisboa

SRSRA – Secção Regional do Sul e Regiões Autónomas da Ordem dos Farmacêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

Índice

1. Introdução.....	6
2. A Farmácia Comunitária	7
2.1. Breve história sobre a farmácia	8
2.2. A Farmácia Comunitária da atualidade	10
3. Conceitos Saúde e Estilos de Vida Saudáveis	11
4. A Família como elemento estruturante no desenvolvimento da criança e do adolescente.....	14
5. Caracterização da Criança à sua Adolescência	15
6. A Saúde das Crianças e dos Adolescentes	16
6.1. Hábitos Alimentares	16
6.2. Prática de atividade Física	26
6.3. Consumo de tabaco e álcool	31
6.3.1. Tabaco	31
6.3.2. Álcool	34
7. Promoção da Saúde / Estilos de Vida Saudáveis.....	35
8. Contributo do Farmacêutico	38
9. Conclusões.....	41
Referências Bibliográficas.....	43

Índice de figuras

Figura 1 - Determinantes da Saúde	13
Figura 2 - Logótipo de Promoção da Saúde criado na Carta de Ottawa	36

1. Introdução

A atividade farmacêutica tem sofrido algumas modificações ao longo dos últimos anos. O farmacêutico ocupa na sociedade um papel indispensável, enquanto membro integrante da saúde pública, uma vez que é na farmácia onde existe uma maior proximidade entre o doente e o farmacêutico. A evolução do conceito de farmácia comunitária em Portugal tem vindo a ser compreendido como sendo um espaço de saúde, em que para além do medicamento e do aconselhamento farmacêutico, prestam-se outros serviços farmacêuticos de enorme relevância para a promoção e educação da saúde.

A Adolescência é caracterizada essencialmente pelas alterações a nível cognitivo, físico e psicossocial que ocorrem principalmente entre a infância e vida adulta. Este período consiste num processo dinâmico de transição em que os jovens estão mais suscetíveis a adquirir hábitos prejudiciais para a própria saúde.

Portugal é considerado um dos países europeus com maior taxa de excesso de peso e obesidade na infância, com valores acima dos 30%.

O sedentarismo na idade jovem representa uma das principais preocupações para a saúde pública. A saúde pública tenha vindo a atribuir um carácter prioritário à necessidade de aumentar a percentagem de jovens que praticam exercício físico regularmente.

Durante o ensino básico e o ensino secundário é onde se verifica uma maior adesão ao consumo de álcool e tabaco. Este facto, provoca consequências para a saúde imediatas e a longo prazo, nomeadamente, aumento da probabilidade desenvolvimento de doenças cardiovasculares, respiratórias, oncológicas e neurológicas na fase adulta.

Face ao panorama que se tem vindo a verificar ao longo dos últimos anos, a população jovem tem vindo a tornar-se um alvo prioritário para intervenção por parte profissão farmacêutica. Através da educação e promoção da saúde, têm sido desenvolvidas atividades de ação e sensibilização com vista a contrariar a tendência crescente de hábitos prejudiciais para a saúde por parte dos jovens. Atualmente, o principal objetivo dos farmacêuticos é reduzir o índice de doenças, como por exemplo a obesidade, resultantes dos maus hábitos adquiridos pelos adolescentes.

Face ao exposto anteriormente, o principal objetivo da presente monografia é avaliar o impacto da farmácia, como principal cuidado de saúde primário, no combate a hábitos incorretos de alimentação, atividade física, consumo de álcool e tabaco praticados pela população adolescente.

2. A Farmácia Comunitária

Definir farmácia enquanto profissão ou até mesmo como ciência é uma tarefa difícil, uma vez que os farmacêuticos desempenham inúmeras funções diversificadas no âmbito da saúde ou em outras áreas, como por exemplo a relação com a química. É indiscutível que a função do farmacêutico ou a grande área de atividade farmacêutica é precisamente no âmbito da saúde e, dentro dele, está interligado, especialmente, os diversos aspetos relacionados com o medicamento.

Segundo Suñé, *“La Farmacia es ciencia y arte del medicamento, entendiendo como a tal la sustancia, que, administrada al organismo, previne, corrige e cura una enfermedad”*.

Esta definição pode ser adotada para o significado genérico da atividade farmacêutica, ou simplesmente, o que se entende por farmácia.

A farmácia engloba, principalmente, tudo o que está relacionado com o medicamento, isto é: desde a investigação ao fabrico, passando por todos os ensaios de controlo de qualidade do produto a ser lançado no mercado, até à conservação, dispensa e fatores relacionados com a administração dos medicamentos. Farmácia assume hoje uma dupla função existencial: profissão e ciência. Segundo Folch, *“La primera para servir en diversos aspectos a todos; la segunda, para hacerlo con eficacia”*.

A atividade farmacêutica tem sofrido algumas modificações no decorrer do século. Ser farmacêutico, hoje, é uma tarefa de grande responsabilidade, e simultaneamente aliciante. O farmacêutico ocupa na sociedade um papel indispensável, enquanto membro integrante da saúde pública, uma vez que é na farmácia onde existe muitas vezes o elo de ligação entre o doente e o farmacêutico. Este é um ponto muito importante no que hoje se entende por farmácia. É na prática um local onde não só existe a preparação do medicamento, bem como o aconselhamento farmacêutico ao

doente, o acompanhamento em casos de doenças crónicas e, uma participação efetiva como membro da saúde pública, tudo isto acompanhado por novas tecnologias de controlo de gestão de stocks, da introdução da informática nas bases de dados, etc., são estes os pontos que definem a nova imagem do farmacêutico. (1)

A evolução do conceito de farmácia comunitária em Portugal tem vindo a ser compreendido como sendo um espaço de saúde, em que para além do medicamento e do aconselhamento farmacêutico, prestam-se outros serviços farmacêuticos, nomeadamente a medição de parâmetros bioquímicos e fisiológicos (tensão arterial, glicémia, colesterol, ácido úrico, INR...), administração de medicamentos e de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação, apoio domiciliário, programas de Cuidados Farmacêuticos e campanhas de informação e educação para a saúde.(2)

2.1. Breve história sobre a farmácia

É difícil determinar o momento em que surge o boticário na Europa Ocidental. Existiam na altura os especieiros que vendiam nas feiras e mercados, mezinhas, drogas medicinais exóticas e especiarias.

Nos séculos XII e XIII, os boticários agrupavam-se aos médicos e especieiros. Um marco importante para a história da Farmácia na idade média acontece em 1240, onde há a separação da Farmácia e Medicina, e legaliza-se a profissão farmacêutica.

A farmácia europeia medieval representa a influência árabe. O seu espaço era pequeno, tipo armazém, e aberto para o mercado. O balcão era voltado para a rua e à noite fechava com uma janela amovível tipo persiana. Os almofarizes, pilões e balanças estavam nos balcões, e por detrás havia prateleiras com potes onde continham os medicamentos simples e compostos. As substâncias terapêuticas eram guardadas em caixas, garrafas e recipientes de cerâmica. Os médicos dessa época receitavam inúmeras substâncias naturais, a maioria de origem vegetal.

Existem nessa época substâncias exóticas, como o corno de unicórnio, a raiz de mandrágora e as pedras preciosas, que conferiam propriedades estranhas e especiais. O corno de unicórnio era um animal mítico, feroz que só poderia ser capturado por uma jovem virgem, de origem nobre. A água ou vinho que eram bebidos em taças no corno

de unicórnio, conferia a proteção da morte por doença, ferimentos graves, fogo e veneno. O farmacêutico substituiu o corno de unicórnio pelo corno de rinoceronte, onde foi utilizado para a decoração das farmácias, tornando-se o símbolo de Farmácia da Europa do Norte. A raiz de mandrágora era utilizada como anestésico e analgésico, sendo muito conhecida por possuir poderes ocultos e utilizada também como afrodisíaco e fármaco contra a esterilidade. As pedras preciosas graças ao seu brilho, cor e raridade eram utilizadas como amuletos para afastar a doença. Eram dotadas de poderes curativos miraculosos.

A medicina e a farmácia medieval eram alimentadas de mitos, magias e crenças. Alcançaram-se importantes conquistas: a separação da profissão médica, o reconhecimento da profissão farmacêutica, o melhoramento ao nível do estabelecimento físico da farmácia, o aparecimento de organizações profissionais farmacêuticas, a introdução das farmacopeias no exercício da profissional e o reforço do papel farmacêutico enquanto agente da saúde pública.

Toda a atividade farmacêutica foi influenciada pelos árabes no nosso território. Existiram os especieiros que praticaram o comércio das especiarias na nossa área em feiras e mercados.

Os primeiros boticários terão surgido em Portugal ainda no século XIII, mas antes destes já existiam os especieiros. Os especieiros, entre os quais encontramos um subgrupo particular, os teriagueiros, ou vendedores de teriaga, aparecem principalmente como vendedores ambulantes de drogas e especiarias. Os boticários e os especieiros coexistiram com estes ainda durante um certo período. (3)

Nas antigas “boticas”, em geral, o farmacêutico pesquisava, manipulava e avaliava novos produtos, a grande maioria de origem animal ou vegetal. Uma das funções era garantir que os medicamentos fossem puros, sem alterações e preparados de acordo com as técnicas adequadas à sua época. Além disso, era responsável pelo aconselhamento sobre o uso correto dos medicamentos magistrais e pela indicação daqueles de venda livre. Essa característica manteve-se até o início do século XX, apenas com as pequenas alterações técnicas que o avanço da química.

Na segunda metade do século XX ficou marcada pela mudança do papel do farmacêutico como profissional da área da saúde. O papel do boticário tradicional foi substituído gradualmente com o avanço da industrialização no setor farmacêutico. (4)

2.2. A Farmácia Comunitária da atualidade

Nos últimos 30 anos, no período de pós-revolução, as farmácias comunitárias obtiveram um crescimento sustentado dirigido para a saúde do doente. Surgiram processos de modernização nas farmácias quer a nível do espaço físico, tecnológico e constante formação dos farmacêuticos que trouxe um enorme prestígio para a farmácia quanto à prestação de cuidados farmacêuticos, permitindo ao setor ganhar confiança e reconhecimento por parte dos cidadãos e do Estado como parte integrante do SNS. (5)

Hoje em dia, as farmácias são cada vez mais a primeira escolha quando há necessidade obter cuidados de saúde. As farmácias estão mais acessíveis geograficamente e com horários adaptados à comunidade. A farmácia pretende sempre oferecer serviços de excelência, apostando assim polivalente e qualificado para que o atendimento seja bem-sucedido.

A farmácia tem um papel incontornável a nível social. O farmacêutico é visto como um parceiro na vida do doente, uma vez que tem um papel importante na educação da saúde do doente, tendo em conta as falhas económicas e do sistema de saúde que possam existir (6).

Nas últimas décadas o papel do farmacêutico na área da Saúde Pública tem sido determinante. O farmacêutico é privilegiado por poder contribuir em áreas como a gestão da terapêutica, administração de medicamentos, determinação de parâmetros, identificação de pessoas em risco, deteção precoce de diversas doenças e promoção de estilos de vida mais saudáveis. O farmacêutico é altamente competente em farmacoterapia, sendo assim determinante o seu papel na promoção do uso responsável do medicamento, em articulação com os restantes profissionais de saúde (7).

Praticamente em todas as farmácias portuguesas e em qualquer dia e hora disponibilizam serviços como, a determinação da pressão arterial, glicémia, colesterol,

índice de massa corporal, débito expiratório máximo instantâneo ou calcular risco cardiovascular, entre muitos outros testes mais recentes que têm vindo progressivamente a ser implementados.

Os farmacêuticos comunitários estão empenhados em disponibilizar cada vez mais serviços essenciais à saúde do utente, quer na vertente preventiva quer na vertente terapêutica (8).

A Associação Nacional de Farmácias (ANF) é uma entidade que apoia as farmácias portuguesas e onde contém 97% de membros associados. Tem por objetivo defender os interesses dos proprietários de farmácia. Esta entidade gera estratégias que visam a melhorar a qualidade e credibilidade das farmácias, disponibilizando informações gratuitas ao doente e criando atividades que dinamizem o profissionalismo dos farmacêuticos e técnicos de farmácia, de modo a fidelizar o cliente (9).

3. Conceitos Saúde e Estilos de Vida Saudáveis

Antes de qualquer temática é importante definir alguns conceitos que irei abordar ao longo deste trabalho para que tenhamos a mesma linha de pensamento dentro dos diferentes interlocutores. De seguida vou abordar os conceitos de “estilos de vida” e “saúde”.

Segundo o livro “*Motricidade Infantil*”, define estilos de vida como sendo “Modos de viver o quotidiano que se refletem na interação entre o indivíduo e o mundo físico e social onde está inserido. Estão ligados, por um lado, aos valores, motivações e oportunidades e, por outro, a questões sociais, económicas e culturais. O autor considera que não há um, mas vários estilos de vida que dependem das características individuais e do grupo social de pertença, e que estes estilos de vida referem-se como sendo “padrões de conduta que caracterizam a forma de viver” (10).

A saúde é uma dimensão importante e sensível para avaliar o desenvolvimento sustentável de um país e representa, a partir do efeito conjugado dos fatores social, económico, político, cultural e físico, o direito humano fundamental que determina imediatamente as condições de vida, o principal motor de desenvolvimento humano e social, aumentando a produtividade do trabalho e o retorno económico para as

pessoas, coletividades e populações, bem como a participação no mercado de trabalho, o que cria oportunidades para o crescimento mais inclusivo e sustentável (11).

É importante entender a saúde não apenas como a ausência da doença, pois o processo saúde-doença é influenciado também pela parte social. A saúde pode ser ampliada para além do objetivo medicamentoso e a intersectorialidade entre a saúde e as práticas assistenciais consolida práticas de promoção de saúde estimulando a maior participação dos atores envolvidos (12).

Existem muitos fatores que influenciam a forma como vivemos e, consequentemente, o nosso estado de saúde. O estado de saúde resulta, assim, de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. É por isso fundamental a aposta nos fatores modificáveis, ambientais e comportamentais, alterando os comportamentos de risco comuns a todas as doenças crónicas como o tabagismo, a má alimentação, o excesso de peso, o consumo excessivo de álcool e o sedentarismo. As redes sociais e comunitárias, entre as quais família e amigos, constituem outro nível de influência. Se as condições de vida, como o trabalho, educação ou habitação, são determinantes, também as condições socioeconómicas, culturais e ambientais, a um nível mais macro, influenciam a saúde dos indivíduos (13).

Determinantes da Saúde: Paz, abrigo, alimentação, rendimento, educação, segurança social, relações e redes sociais, *empowerment*, ecossistema estável, uso sustentável de recursos, justiça social, respeito pelos direitos humanos, equidade (Figura 1).

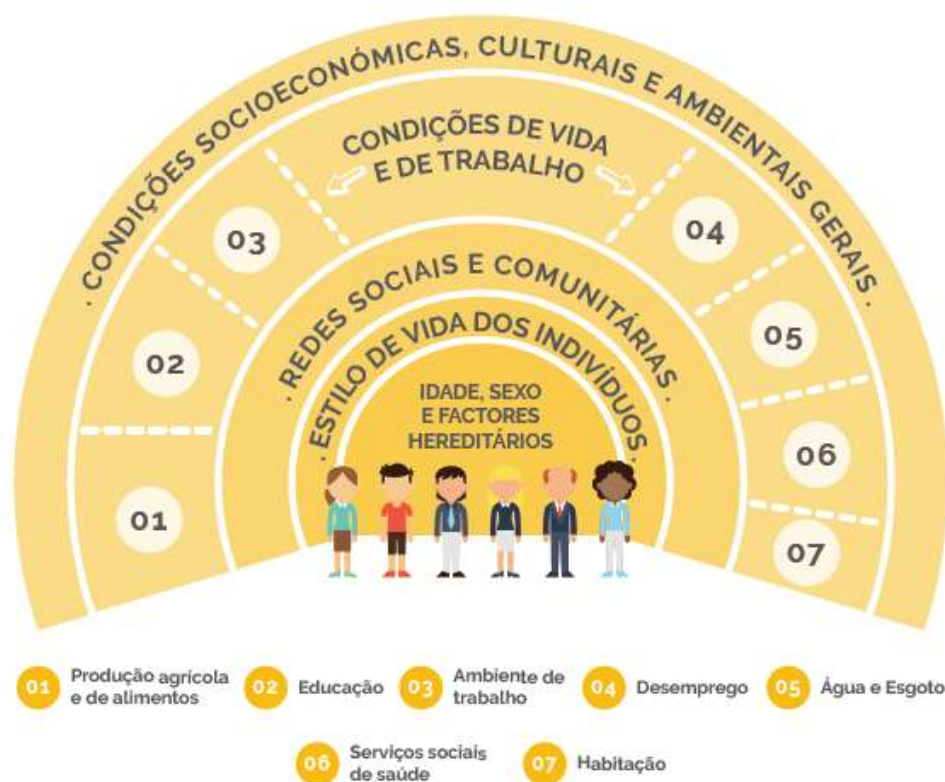


Figura 1 - Determinantes da Saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946, o conceito de saúde refere-se a "um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social e não meramente a ausência de doença e enfermidade" (14).

Mais autores afirmam que a saúde engloba uma grande área que vai para além da simples ausência de doença.

É também necessário definir o que consideramos "Ser Saudável" e segundo a Ordem do Farmacêuticos no Projeto Geração Saudável diz-nos que "Ser saudável" tem significados diferentes para pessoas diferentes.". Isto porque cada pessoa tem a sua perceção das coisas, devido às suas experiências de vida, conhecimentos e valores que adquire ao longo da vida (10).

Em 1986 foi reforçado o conceito na Carta de Ottawa como "um recurso para a vida quotidiana". Hoje, e após várias alterações, a OMS passou a definir a saúde como: "a medida em que o indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e

satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo” (15).

A Carta de Ottawa assume o conceito de saúde da OMS e insiste em que “a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida”. Afirma, ainda, que “as condições e requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (16).

4. A Família como elemento estruturante no desenvolvimento da criança e do adolescente

Os comportamentos dos adolescentes baseiam-se maioritariamente pelas relações criadas durante a infância e adolescência. Ao longo da infância, os pais estão muito presentes nesta fase, no entanto, os amigos também são essenciais para o seu desenvolvimento.

A família tem um papel primordial no desenvolvimento da criança, sendo responsável por fatores que a ela estão associados, a educação, a socialização, as crenças e valores dos jovens, a sua saúde e o seu bem-estar. A boa relação familiar está associada a um bom desempenho escolar, sendo este um fator imprescindível, por outro lado uma relação familiar menos favorável acarreta sentimentos de mal-estar, sentimentos de solidão e a sentimentos de infelicidade para a criança e/ou adolescente.

O papel dos pais será sempre importante para a vida dos adolescentes, nem que seja como atenuante de episódios negativos que possam ocorrer com o grupo de amigos (17).

Contudo, os pais por vezes não acreditam na sua importância, existem estudos que indicam que os pais desempenham um papel importante no desenvolvimento de seus filhos adolescentes, como por exemplo, conhecer o tipo de grupo e o tipo de comportamentos em que o adolescente está inserido ajuda na prevenção de

comportamentos de risco como o consumo de tabaco, o consumo de substâncias, entre outros (17,18).

Os pais devem prestar apoio emocional, aceitação e interação promovendo a autodefinição dos jovens, sendo que estes são o primeiro nível de socialização e são bons modelos, que por sua vez definem as regras e os limites permitindo assim a autonomia e a autoexpressão dos jovens (conexão, regulação e autonomia). Por sua vez, isto faz com que sejam considerados protetores contra comportamentos de risco, mediando assim as influências mais negativas que provêm da sociedade em que se encontram. A boa comunicação com pais e com os amigos é um pré-requisito para um bom relacionamento entre estes, obtendo-se assim um equilíbrio no desenvolvimento dos adolescentes.

Num estudo realizado pela Health Behavior in School-aged Children (HBSC) em 2006, para verificar a influência da família (comunicação com os pais e controlo parental) no consumo de substâncias (bebidas alcoólicas, tabaco e substâncias psicoativas) nos adolescentes portugueses, conclui-se que os jovens que nunca experimentaram bebidas alcoólicas, nunca estiveram embriagados, que não fumam e que não consumiram drogas no último mês referem ter uma maior facilidade em falar com os pais e um maior controlo parental. Por outro lado, os jovens que não têm uma boa comunicação com os pais apresentam maiores índices de consumo (17).

5. Caracterização da Criança à sua Adolescência

Para a OMS a adolescência inicia a etapa de vida aos 10 anos e termina aos 19 anos. Utiliza-se também o termo jovens adultos para englobar a faixa etária de 20 a 24 anos.

A adolescência é dividida em três fases:

- Pré-adolescência – dos 10 aos 14 anos,
- Adolescência – dos 15 aos 19 anos,
- Juventude – dos 15 aos 24 anos.

A adolescência é caracterizada essencialmente pelas alterações a nível cognitivo, físico e psicossocial que ocorrem principalmente entre a infância e vida adulta. As modificações corporais da puberdade que ocorrem no adolescente terminam quando há consolidação do seu crescimento e da sua personalidade (19).

Este período consiste num processo dinâmico de transição entre a infância e a idade adulta onde existe a necessidade de criar uma identidade pessoal, definir pontos de referência de modo a construir projetos de vida e um percurso profissional (20).

A aprendizagem das competências pessoais e sociais está intimamente relacionada com os modelos sociais disponíveis em redor do indivíduo considerando que, em geral, trata-se de um processo natural de imitação. Esta aprendizagem inicia-se desde o nascimento do indivíduo e é, continuamente, desenvolvida ao longo de toda a vida. As competências pessoais e sociais adquiridas são preponderantes quer no desenvolvimento das crianças e adolescentes quer no comportamento destes face a fatores de risco (21).

6. A Saúde das Crianças e dos Adolescentes

6.1. Hábitos Alimentares

A obesidade emergiu como uma epidemia em países desenvolvidos, durante as últimas décadas do século XX. No entanto, atualmente, atinge todos os níveis socioeconómicos e vem aumentando sua incidência, também nos países em desenvolvimento. É um problema de saúde pública do século XXI, sendo que Portugal é considerado um dos países europeus com maior taxa de excesso de peso e obesidade na infância, com valores acima dos 30%. Para além disso, mais de 50% dos adultos portugueses sofre de excesso de peso e a prevalência da obesidade traduz-se em cerca de 1 milhão de obesos e 3,5 milhões de pré-obesos (22).

Dados da OMS referem que todos os anos morrem no mundo 2,8 milhões de pessoas como resultado do excesso de peso. A mesma organização mostra que, em 2008, mais de 1400 milhões de adultos com mais de 20 anos tinham excesso de peso. No mesmo ano, mais de 200 milhões de homens e quase 300 milhões de mulheres eram

obesos. Em 2011, mais de 40 milhões de crianças com menos de 5 anos de idade, estavam acima do peso recomendado (23). A obesidade não está limitada a uma região, país ou grupo racial/étnico. A obesidade é um fenómeno mundial que afeta ricos e pobres e é resultante da ação de fatores ambientais (hábitos alimentares, atividade física e condições psicológicas) sobre indivíduos geneticamente predispostos a apresentar excesso de tecido adiposo. (24).

Em Portugal, o aumento do sedentarismo e o aumento de uma alimentação hipercalórica tem contribuído para um grave problema de saúde pública que é a obesidade, isto é, a acumulação excessiva de tecido adiposo, resultado de uma ingestão calórica excessiva quando comparado com o gasto do metabolismo basal e das atividades diárias (25,26).

Nesta perspetiva, surge também o aumento da obesidade infantil é também um fenómeno de destaque no século XXI que é considerado epidémico pela Organização Mundial de Saúde (OMS) daí a necessidade de atuar e intervir precocemente, de modo a minimizar os riscos associado. Este grave problema de saúde, quando surge na infância, geralmente persiste e acompanha a criança até à idade adulta. Por esta razão é fundamental a sua prevenção, limitando o ganho de peso nesta etapa do ciclo de vida, para não permitir a proliferação de adipócitos (25,27,28). Têm sido consideradas diversas dificuldades em atingir a meta que o Plano Nacional de Saúde prevê até 2020, principalmente pela natureza multifatorial da obesidade, pelo que são necessárias soluções conjuntas que passam pela redução do sedentarismo e pela adoção de comportamentos saudáveis. Neste plano foi proposta a promoção da literacia e a capacitação dos cidadãos como solução para esta problemática, tornando-os mais autónomos e mais responsáveis pela sua saúde e pela dos que os rodeiam (22).

A obesidade é um distúrbio metabólico caracterizado por um estado inflamatório crónico e pela acumulação excessiva de gordura corporal no tecido adiposo, manifestado pelo aumento do peso corporal. A sua etiologia é multifatorial, pode estar associada a causas genéticas, sedentarismo, consumo excessivo de gorduras, consumo excessivo de glícidos com um índice glicémico elevado, hábito de fracionar as refeições (petiscar), consumo excessivo de bebidas alcoólicas, fatores ambientais (publicidade e disponibilidade alimentar), fatores psicológicos e ainda perturbações hormonais.

Relacionam-se com a obesidade, as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, enfarte, isquemia por aterosclerose, doença tromboembólica, perturbações do ritmo cardíaco, insuficiência venosa dos membros inferiores como varizes e flebites), a síndrome metabólica ou síndrome X (tríade obesidade, hipertensão arterial e insulinoresistência), a dislipidemia, a diabetes de tipo 2, as doenças pulmonares e respiratórias, o cansaço e problemas tímicos, doenças osteoarticulares e alguns cancros (25,27,29). A infância e a adolescência são faixas etárias que marcam o desenvolvimento e crescimento do organismo. Nesse sentido, a educação alimentar é essencial, porque é onde existe uma maior necessidade nutricional e os hábitos alimentares, saúde e higiene são consolidados (30).

Nas últimas décadas registou-se um aumento preocupante da obesidade infantil, explicado pelo facto de as crianças serem menos ativas por consequência dos avanços tecnológicos e dos fatores socioeconómicos. O aumento da ingestão energética total está relacionado com as refeições realizadas maioritariamente fora de casa, principalmente em restaurantes de *fast food* (27,31).

Mais do que a acessibilidade e disponibilidade dos alimentos, é preciso saber identificar os consumos energéticos exacerbados e excessivos de alimentos, bem como escolher as quantidades necessárias, de modo a estabelecer um equilíbrio diário ao longo da vida (26). Os ritmos de vida atuais contribuíram para a desvalorização de um padrão alimentar adequado e para o aumento do consumo das comidas rápidas, denominadas *fast food*, que invadiram de forma problemática os estilos de vida (32).

Desde a última metade do século XX, em decorrência da urbanização e modernização, o mundo vem passando por um processo chamado transição nutricional. A transição nutricional é caracterizada pelo declínio marcante da subnutrição e aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade. Essa mudança foi causada por questões económicas, sociais e demográficas, que conseqüentemente influencia no perfil de saúde dos indivíduos (33). Para além do excesso de peso e da obesidade, a transição nutricional também é responsável por desencadear as denominadas doenças crónicas não transmissíveis, conhecidas como doenças cardiovasculares, diabetes e hipertensão

arterial. De acordo com o ranking das 10 principais causas de morte no mundo da OMS (2012), elas ocupam a primeira, a oitava e a décima posição (34).

De acordo com Aitzingen (2011), comportamento alimentar trata-se de algo muito complexo, pois comer é um ato social que vai para além das necessidades básicas de alimentação, indispensável ao desenvolvimento dos valores vitais, comum a todo ser humano, além de estar associado com as relações sociais, às escolhas inseridas em cada indivíduo através de gerações e às sensações proporcionadas pelos sentidos (35).

No momento da alimentação o indivíduo busca atender suas necessidades fisiológicas e hedónicas (prazerosas). Jamais definido a partir do indivíduo como algo único, mas sim a partir de suas relações com o meio. Sendo assim, para uma melhor compreensão é necessário conhecer os fatores que refletem e determinam as escolhas alimentares (36–39).

Entre os determinantes das escolhas alimentares podem ser considerados:

- **Escolaridade e renda**

Uma vez que o nível de instrução tem relação positiva sobre o consumo de frutas e hortaliças e a condição económica é um fator delimitador das escolhas alimentares (40,41).

Para obter uma alimentação variada, ou seja, uma dieta caracterizada pelo consumo de frutas, hortaliças, grãos integrais e carnes magras, rica em diversos nutrientes, o custo é mais elevado do que as dietas ricas em doces, alimentos gordurosos e hidratos de carbono (42–44).

- **Media**

A media de forma bastante incisiva e até agressiva dita regras e muda comportamentos, considerando que a televisão é o veículo de informação mais acessível para a população (40). Para alguns autores, a televisão também tem sido apontada como um fator que influencia a alimentação, promovendo principalmente hábitos alimentares pouco saudáveis (45).□

É possível observar que no caso das crianças, os critérios de escolha de

alimentos e brinquedos é influenciado pelas publicidades televisivas e as compras da família acabam por ser determinadas por esses pedidos. Complementando essa ideia, o autor afirma que a publicidade também tem forte influência no comportamento alimentar, pois assistir muita televisão promove um hábito sedentário. A grande maioria da publicidade relacionada com produtos alimentares engloba alimentos prejudiciais à saúde, ricos em gorduras e açúcares (46–48).

- **Peso e Imagem Corporal**

O peso e a imagem corporal também influenciam a saúde pois a insatisfação com o próprio corpo pode motivar as restrições alimentares (49). A restrição alimentar é uma estratégia comportamental e cognitiva, que as pessoas usam para controlar o peso corporal, uma tendência a restringir o consumo alimentar consciente, a fim de prevenir o ganho de peso ou promover a sua perda (40,41,50).

- **Ambiente familiar**

Nas últimas décadas a família mudou muito, quando a mulher entra no mercado de trabalho e conseqüentemente precisa conciliar a vida profissional com as tarefas domésticas, mudanças ocorrem no ambiente familiar. Os filhos passam a ser cuidados em berçários, creches e escolas de tempo integral, quando não por empregadas domésticas e a alimentação também sofre alterações, pois em busca de comodidade e praticidade, os alimentos industrializados passam a estar cada vez mais presente na mesa (51).

Sendo assim, as práticas alimentares estão relacionadas com a trajetória pessoal na família, pois as influências que determinam o comportamento alimentar de um indivíduo não ocorrem somente no jovem e no adulto, iniciam na infância, quando a alimentação da criança passa a ser igual a da família, sendo estimulada pela cultura na qual está inserido (46,52–54).

- **Psicológicos**

A quantidade de comida ingerida e as escolhas alimentares são influenciadas por fatores internos, como atitudes face aos alimentos e por fatores externos como o contexto social onde ocorre a refeição, ou simplesmente pelo fato de como o indivíduo reage frente ao alimento e as possíveis opções a ele apresentadas.

Por se tratar de algo complexo e multifatorial, a alimentação representa uma das atividades humanas de maior importância. Por isso, precisa ser avaliada e estudada dentro de todas as suas faces, para a eficácia na intervenção dos profissionais da saúde (55).

Mudar atitudes é uma tarefa bastante difícil e complexa, pois envolve além de muito estudo e pesquisa, a própria formação do profissional. Neste caso, fica nítido que as estratégias diferenciadas são necessárias para que isso ocorra efetivamente. É neste aspecto que se evidencia a necessidade de uma intervenção, não só no aspecto prático do que comer ou como comer, mas na questão cultural e até educacional, ou seja, começando sempre pelas crianças, pois estas formarão hábitos alimentares que determinarão seu comportamento (56). O tipo de alimentação é determinante para a saúde, por isso é necessário uma especial atenção e preocupação (30). Na adolescência existe maior autonomia relativamente aos alimentos que comem, no entanto, é da responsabilidade dos pais controlar, uma vez que são eles que disponibilizam os alimentos (57).

Os comportamentos alimentares das crianças são normalmente pouco cuidados e têm um grande impacto nas condições das suas vidas. Os hábitos adquiridos têm tendência a continuar na idade adulta, por isso é necessário que haja um maior rigor na educação nutricional, de modo a reduzir o consumo de alimentos com elevada densidade energética e aumentar o consumo de frutas e vegetais (58).

Alimento é o nome da substância complexa que nutre os seres vivos e nutriente é a substância indispensável à vida que se encontra no interior do alimento, como aminoácidos, ácidos gordos, grande parte das vitaminas e minerais. É uma área da saúde que necessita de uma atenção especial, pois detém um papel essencial na vida humana,

sendo por um lado uma necessidade básica e paradoxalmente pode ser entendida como a malnutrição, principal causa de morbidade e mortalidade nos países desenvolvidos, que afeta diretamente a saúde e a qualidade de vida (26).

A família tem um papel indiscutível de educar e (re)educar para a alimentação saudável, enquanto modelos de referência das crianças, daí a necessidade de em conjunto adotarem um estilo de vida saudável que permita ter uma alimentação equilibrada com o respeito pelas proporções nutricionais recomendadas, bem como a prática regular da atividade física (22).

Alguns autores afirmam que existem fatores quer a nível do ambiente familiar (por exemplo, hábitos), social (modelagem parental) e físico (por exemplo, disponibilidade de alimentos em casa) influenciam o comportamento da saúde (59).

Os hábitos alimentares adquiridos pelos adolescentes influenciam certos comportamentos da saúde, tais como, ver televisão a comer, implica um aumento de peso. Por exemplo, os adolescentes que assistem televisão durante as refeições obtêm dietas menos saudáveis do que aqueles que não assistem televisão durante as refeições (60)□, e por isso a visualização da televisão está associada a um maior consumo alimentos não saudáveis em crianças e adolescentes (61).

Os comportamentos habituais de padrões de alimentação resultam em estilos de vida que requerem mudanças comportamentais a longo prazo. É preciso ter em atenção os obstáculos e barreiras como que podem ser questionadas pelas famílias como o custo dos alimentos, a disponibilidade, a capacidade, tempo e esforço para a preparação, o que pode limitar os comportamentos. O problema não é do *food*, é do *fast*. Isto porque, comer bem não é difícil, difícil é escolher alimentos que garantam saúde, mas que por razões e questões sociais não são bem aceites. Nesse sentido, é importante reeducar e reaprender questões relacionadas com o planeamento alimentar e das refeições (32,62).

A saúde infantil é uma garantia da qualidade da saúde ao longo da vida, isto é, a intervenção é mais eficaz na infância porque é nesta fase que se fazem opções dos estilos de vida que podem ter repercussões na idade adulta (63). A adoção de uma alimentação coerente e consciente contribui para o bem-estar físico e psíquico, o prazer

e o respeito pelo corpo, que aliado à atividade física regular e ao sono recuperador são a chave para o bem-estar integral (25).

O Plano Nacional de Saúde 2020 indica como meta a atingir, o controlo da incidência e da prevalência da pré-obesidade e da obesidade infantil, embora mais de 30% das crianças portuguesas apresentem excesso de peso (64,65). Neste sentido, a escola enquanto espaço privilegiado de educação e socialização, tem responsabilidade nas questões relacionadas com a saúde e com a qualidade de vida, especialmente nas áreas da educação acerca da nutrição e da atividade física. A prioridade passa por sensibilizar, alertar, informar e formar, de modo a construir cidadãos e cidadãs saudáveis, bem como compreender a ligação entre os problemas de saúde, os comportamentos e o estilo de vida (66).

As ações no sentido de promover saúde e de prevenir a obesidade infantil têm sido desenvolvidas nos últimos anos, permitindo uma melhor compreensão das estratégias de prevenção e combate à obesidade infantil aplicadas em Portugal. Como forma de elucidar estas estratégias e de acordo com a Carta Europeia de luta contra a Obesidade, são vários os programas de intervenção em Portugal que visam a prevenção da obesidade (67).

A nível internacional foram desenvolvidos os seguintes programas de prevenção da obesidade infantil: o “EPODE – Ensemble Prévenons l’Obésité Des Enfants” em França, com crianças entre os zero e os doze anos e as suas famílias, com o objetivo de promover estilos de vida saudáveis, o “Thao” em Espanha e o “Viasano” na Bélgica. Os resultados obtidos com o desenvolvimento destes programas de prevenção permitem afirmar que as intervenções de base comunitária e em ambiente familiar de base comportamental, contribuem para a diminuição a longo prazo da prevalência do excesso de peso (68).

Nos Estados Unidos foram desenvolvidos programas de cuidados primários na infância, nomeadamente ao nível da saúde oral, para perceber a eficácia na redução do consumo de bebidas açucaradas, nomeadamente na prevenção da obesidade infantil. Estes programas foram desenvolvidos em base familiar com intervenção motivacional e por meio de entrevistas (69). Por outro lado, numa perspetiva de reduzir a prevalência do excesso de peso e da obesidade infantil nos Estados Unidos surge o programa de

educação para a saúde, o Project Healthy Schools (PHS) que pretende mudar o ambiente escolar neste sentido, quer pela educação como pelas medições de saúde. Os resultados obtidos demonstraram sucesso e mudanças positivas a nível fisiológico e ao nível dos comportamentos mais saudáveis, pelo que a sua replicação seria eficaz (70).

Nesta perspetiva da importância dos cuidados de saúde primários, foi realizado em Inglaterra, um estudo qualitativo com o objetivo de explorar os pontos de vista de uma equipa de prática geral composta pela equipa clínica e não clínica, sobre a obesidade infantil. A mesma era composta por um total de cinquenta e dois funcionários que foram submetidos a uma entrevista semiestruturada. A maioria dos/das entrevistados/as referiram que a obesidade infantil não é somente um problema da prática médica, mas também da responsabilidade de toda a equipa de trabalho, ou seja, da equipa clínica e não clínica, pelo que mencionaram este problema de saúde como grave, tendo em conta que acarreta implicações a longo prazo na vida das crianças. Surgem então três áreas que estão relacionadas, como a falta de contacto com crianças, que na perspetiva dos entrevistados/as deve ser efetuado por outras instituições e profissionais, como a escola, com quem estão frequentemente, a sensibilidade para com a questão quando abordada com a criança e com a sua família. Ainda assim, o facto de a equipa da prática geral sentir incapacidade perante a resolução desta questão de saúde, quer pela não influência nos fatores ambientais, socioeconómicos e estilos de vida, pelo que o impacto na mudança de comportamentos seria escasso (71).

Na China, mais especificamente em Nanjing foi realizado um estudo durante um ano letivo com crianças com idade compreendida entre nove e doze anos para perceber os comportamentos saudáveis e níveis de prática da atividade física. Estas crianças foram avaliadas numa fase inicial para perceber os seus níveis de conhecimento e a sua prática da atividade física e reavaliadas após nove meses com o mesmo questionário. Os resultados obtidos demonstraram que cerca de setenta por cento das crianças perceberam a associação existente entre a prática da atividade física e a obesidade. Concluíram que ter consciência da relação supracitada, proporciona uma modificação face ao comportamento positivo na prática da atividade física e potencia a educação para a saúde como área de importância na promoção da atividade física e consecutivamente na prevenção da obesidade infantil na China (72).

Numa perspetiva de prevenção da obesidade infantil nas escolas, surgiu o programa APPLE Schools no Canadá, sendo o primeiro a apresentar a relação custo eficácia da promoção de saúde na escola. No âmbito deste programa foi desenvolvido um modelo que media o estado do peso corporal, comparando os alunos que frequentavam escolas de intervenção - as APPLE - com as escolas sem intervenção - as de controlo. Desta forma, quantificou-se o impacto deste programa nas escolas que foram submetidas ao programa. O objetivo foi tornar a escola mais saudável, com atividades relacionadas com programas de nutrição, com clubes de culinária e programas de atividade física em toda a escola, embora a avaliação tenha sido medida apenas em crianças com dez anos de idade. Foi concluído que quando a promoção da saúde é realizada na escola, como as escolas APPLE, a intervenção torna-se económica na prevenção da obesidade e na redução do risco de doença crónica ao longo da vida (73).

O Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) é um programa que pretende melhorar o padrão alimentar da população. Entre vários projetos desenvolvidos pelo PNPAS, o “Papa Bem” é um projeto que tem como objetivos a promoção da literacia em saúde, o apoio a famílias no crescimento saudável das suas crianças, desde a gravidez até aos 5 anos de idade, alertando para as formas de prevenção da obesidade infantil (67,74).

A Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil (APCOI) é uma associação que promove a saúde das crianças através da transmissão de hábitos e estilos de vida mais saudáveis, especialmente com as quem têm excesso de peso e contribuindo assim para a redução da obesidade infantil. Esta associação já desenvolveu iniciativas relacionadas com o projeto “Heróis da Fruta” com o lanche escolar saudável, ações de distribuição gratuita de fruta, o projeto “Corrida da Criança”, as oficinas de alimentação saudável e exercício físico, os atendimentos gratuitos por Dietistas e Nutricionistas e ainda a criação do 1º Centro de Prevenção da Obesidade Infantil em Portugal, em Cascais (APCOI, 2010-2014). Em Portugal, embora os projetos que abordam a obesidade infantil parecem ser escassos, foi desenvolvido em cinco municípios (Melgaço, Mealhada, Cascais, Beja e Silves), o Projeto Obesidade Zero (POZ), projeto este de promoção e educação para a saúde dirigido a crianças com excesso de peso em

idade escolar, em ambiente familiar e em articulação com as Câmaras Municipais e os Centros de Saúde (67,74).

Este projeto foi dividido em quatro fases, entre elas: o aconselhamento alimentar individual ao nível das consultas de obesidade infantil, os *workshops* de culinária saudável, as sessões de grupo com crianças e a sessão “alimentação saudável” desenvolvida com as famílias. Os resultados obtidos foram positivos, tendo em conta que houve uma redução do percentil relativo ao IMC das crianças (68).

Mudar atitudes é uma tarefa bastante difícil e complexa, pois envolve além de muito estudo e pesquisa, a própria formação do profissional. Neste caso, fica nítido que as estratégias diferenciadas são necessárias para que isso ocorra efetivamente. É neste aspeto que se evidencia a necessidade de uma intervenção, não só no aspeto prático do que comer ou como comer, mas na questão cultural e até educacional, ou seja, começando sempre pelas crianças, pois estas formarão hábitos alimentares que determinarão seu comportamento (56).

6.2. Prática de atividade Física

O conceito de atividade física é muitas vezes, confundido com o de exercício físico, sendo expressões muitas vezes utilizadas de forma alternada para quererem significar a mesma coisa. Porém, estas expressões devem ser entendidas de forma distinta, implicando consequências diversas no quotidiano. Assim, exercício físico é habitualmente considerado como uma subcategoria da atividade física, sendo definido como a atividade física planeada, estruturada, repetitiva que resulta em melhoria ou manutenção de uma ou mais facetas da aptidão física (75).

A ideia de atividade física engloba qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta num aumento de gasto energético relativamente à taxa metabólica em repouso. O que esta definição destaca como importante é a tradução da atividade física em gasto energético, não importando o tipo de atividade física nem o contexto da sua realização - no lazer, no trabalho, no desporto, etc (76).

A atividade física deve ser entendida como um comportamento multifacetado ou multidimensional, onde devem ser incluídas variáveis como:

- Duração (por ex. minutos, horas, etc.);
- Frequência (por ex. número de vezes por semana);
- Intensidade (por ex. quantidade de energia despendida em kcal/ minuto ou kJ/hora; consumo de oxigénio (ml O₂/kg de peso corporal/minuto) ou frequência cardíaca);
- Tipo ou modo (por ex. atividade física no desporto, atividade física no trabalho), podendo também ser incluídas variáveis como as circunstâncias e os propósitos da atividade física (77).

À medida que vamos entrando na segunda década do século XXI, a atividade física (AF) parece ter o seu lugar reconhecido nas discussões centrais em torno da saúde pública.

Os índices de sedentarismo têm vindo a aumentar em todo o Mundo e em todas as faixas etárias (incluindo na população jovem que representa população mais ativa), o que tem sido motivo de preocupação e alerta para os profissionais de saúde pública. Entre outros fatores, a falta de esclarecimento adequado sobre os benefícios da prática regular de exercício físico pode estar na origem do aumento do sedentarismo (78).

O sedentarismo tem graves consequências negativas na saúde durante todo o ciclo de vida e é uma componente fundamental na abordagem da prevenção e tratamento das principais doenças crónicas não transmissíveis e na promoção da saúde (79,80).

Estima-se que em Portugal, cerca de 14% das mortes anuais estejam associadas à inatividade física, um valor superior à média mundial, que se encontra abaixo de 10%. No que respeita à prevenção ou melhoria do estado clínico, são diversas as patologias ou condições para as quais existe evidência científica de um benefício da prática regular de atividade física (81).

A falta de atividade física foi identificada como sendo o 4º principal fator de risco para a mortalidade global e parece ser mais prevalente entre as mulheres, idosos, indivíduos de grupos socioeconómicos baixos e pessoas com deficiência. O sedentarismo causa, globalmente, cerca de 21-25% dos casos de cancro da mama e do cólon, 27% de diabetes e, aproximadamente, 30% das doenças isquémicas do coração

(82). O risco de contrair uma doença cardiovascular aumenta até 1,5 vezes em pessoas que não cumprem as recomendações mínimas de atividade física (83).

Nos últimos anos, os estudos focados no movimento humano têm apontado avanços expressivos, mencionando à importância da prática habitual de atividade física para a qualidade de vida do indivíduo (84). Já há algum tempo se faz associação entre a prática regular da atividade física e o nível de saúde das pessoas, mostrando que um estilo de vida saudável influencia positivamente na qualidade de vida (85). Com base nos novos paradigmas associados às características dos esforços físicos e seus benefícios à saúde, grupos de pesquisadores, juntamente com instituições voltadas à saúde pública, têm procurado idealizar recomendações básicas para a prática da atividade física (86,87). Essas recomendações procuram oferecer indicações quanto à prática de atividade física considerada suficiente para alcançar benefícios à saúde. No caso de adolescentes, referência especial vem sendo apresentada às recomendações propostas por ocasião da realização da International Consensus Conference on Physical Activity Guidelines for Adolescents (86).

Recomendação 1: Todos os adolescentes deverão praticar atividades físicas diariamente ou quase todos os dias, mediante jogos, brincadeiras, desporto, trabalho, transportação, recreação, educação física ou programas de exercícios físicos, no contexto familiar, escolar e atividades comunitárias.

Recomendação 2: Em adição às atividades físicas do quotidiano, os adolescentes deverão participar de três ou mais sessões por semana de exercícios físicos, com duração de pelo menos 20 minutos ou mais, e que requerem esforços físicos moderados a vigorosos.

As doenças cardiovasculares (DCV) continuam a representar a principal causa de morbimortalidade nos países ricos, apesar de vir sendo observado um decréscimo das taxas nas últimas décadas. Existe uma forte relação entre o número de horas em frente a um ecrã e obesidade em crianças e adolescentes. TV, vídeo e jogos de computador são fatores de risco para obesidade em crianças e adolescentes. especialmente nesta era do computador. A obesidade foi identificada como um dos problemas emergentes da idade mais jovem, especialmente aqueles em áreas urbanas, devido à disponibilidade de amenidades e tendências de comer demais. A obesidade em crianças e adolescentes está

associada a um risco elevado para a saúde, nomeadamente, por resistência à insulina, levando a diabetes tipo 2. Os riscos para a saúde da obesidade em crianças incluem pedras na vesícula biliar e doenças cardíacas (88).

Apesar de todas essas evidências científicas, a maioria da humanidade leva uma vida sedentária. Estudos americanos mostram que 54% dos adultos não desenvolvem atividade física regular; mais da metade dos adolescentes levam vida sedentária, sendo em número maior ainda as do sexo feminino (89,90). No Brasil, quase a metade dos alunos não têm aulas regulares de educação física; o percentual, que era de 42% em 1991, caiu para 25% em 1995 (91). Estudo realizado em escolas públicas no Rio de Janeiro apontou índice de sedentarismo de 85% entre adolescentes do sexo masculino e de 94% nos do sexo feminino (92). A participação em atividades físicas declina consideravelmente com o crescimento, especialmente da adolescência para o adulto jovem. Alguns estudos identificam alguns fatores de risco para o sedentarismo: pais inativos fisicamente, escolas sem atividades desportivas, sexo feminino, residir em área urbana, TV no quarto da criança (76).

O sedentarismo na idade jovem representa uma das principais preocupações para a saúde pública. Nesta faixa etária, estudos demonstram que, por um lado, o sedentarismo é maior no sexo feminino, e por outro, há uma tendência à diminuição da prática de exercício físico com o aumento da idade. Este facto justifica que, nos últimos anos, a saúde pública tenha vindo a atribuir um carácter prioritário à necessidade de aumentar a percentagem de jovens que praticam exercício físico regularmente (93).

A melhoria da condição física, proporcionada pelo aumento da prática de exercício físico, é considerada a segunda forma mais eficaz de diminuir o risco de ocorrência de doenças no futuro (94).

Alguns estudos defendem que a chave para o combate ao sedentarismo passa pela modificação de estilos de vida e adoção de ações que visam a promoção da saúde e prevenção de doenças de forma contínua, ao longo de toda a vida. Nesse sentido, a obtenção de benefícios físicos e psicológicos necessários para uma vida adulta saudável está intimamente relacionada com a prática de exercício físico regularmente, pelo menos, desde a adolescência (95).

Em relação às crianças, o exercício físico revela benefícios a três níveis: físicos, mentais e psicológicos. Segundo a prática de exercício físico pode aumentar a autoestima, a aceitação social e a sensação de bem-estar entre as crianças (96).

A prática de exercício físico apresenta diversos fatores, como a personalidade e as aspirações pessoais, a cultura, as condições económicas e sociais, assim como a idade e o sexo. Num estudo feito sobre a saúde e estilos de vida dos jovens portugueses, verificou-se um aumento do tempo gasto com atividades de lazer como ver televisão, vídeo e jogar computador em detrimento da prática de exercício físico. Normalmente, os adolescentes tendem a escolher as atividades de lazer que mais lhes dão prazer e com quem mais gostam de brincar, no entanto há sempre uma parte socioeconómica que vai influenciar essas mesmas escolhas, principalmente nos centros urbanos, causando algum sedentarismo precoce, uma vez que passam os tempos livres em espaços fechados (nomeadamente nas suas casas) a ver televisão e vídeos, jogar no computador e consolas. A prática de exercício físico regular constitui um fator protetivo da saúde, quer a longo ou a curto prazo, sendo mais favorável iniciar o mais cedo possível (97).

Autores referem a importância de os pais serem um elo de ligação para a prática de exercício físico com os filhos (98).

A promoção da atividade física deverá estar integrada nas prioridades presentes e futuras do Serviço Nacional de Saúde. Nesse contexto, e na sequência da criação do programa prioritário para a promoção da Atividade Física em 2016, várias medidas foram iniciadas, das quais se destaca a apresentação do primeiro Plano de Ação Nacional para a Atividade Física, resultado do trabalho de uma comissão intersectorial pioneira em Portugal (81).

Hoje, surge o novo plano de ação global de promoção da atividade física que dá resposta às solicitações dos países sobre orientações atualizadas, e um quadro de ações políticas efetivas e viáveis para aumentar a atividade física a todos os níveis. O plano estabelece quatro medidas para alcançar o principal objetivo: reduzir a inatividade física em 10% até 2025, e em 15% até 2030. As medidas em causa são:

1- Criar Sociedades Ativas

Criar uma mudança de paradigma em toda a sociedade, aumentando o conhecimento, a compreensão e a valorização dos múltiplos benefícios da atividade física regular, de acordo com a capacidade e em todas as idades.

2- Criar Ambientes Ativos

Criar e manter ambientes que promovam e salvaguardem os direitos de todas as pessoas, de todas as idades, permitindo o acesso equitativo a lugares e espaços seguros, nas suas cidades e comunidades, para praticar atividade física regular, de acordo com a capacidade.

3- Criar Pessoas Ativas

Criar e promover o acesso a oportunidades e programas, em diversos contextos, para apoiar pessoas de todas as idades e capacidades a envolverem-se em atividade física regular, individualmente, em família e na comunidade.

4- Criar Sistemas Ativos

Criar e fortalecer a liderança, governança, parcerias multissetoriais, a capacitação dos profissionais, advocacia e sistemas de informação entre setores para alcançar a excelência na mobilização de recursos e implementação de ações coordenadas internacionais, nacionais e locais para aumentar a atividade física e reduzir o comportamento sedentário (99).

6.3. Consumo de tabaco e álcool

6.3.1. Tabaco

O tabaco é considerado das primeiras causas de morte a nível mundial e mata cerca de 6 milhões de pessoas por ano no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a pandemia do tabagismo foi responsável pela morte de 100 milhões de pessoas no século XX. Se não for controlada, poderá vir a matar mil milhões, ao longo do presente século (100).

De acordo com dados recolhidos no estudo ECATD-CAD/ESPAD–Portugal, as prevalências de consumo de tabaco diminuíram entre 2011 e 2015, nos alunos do ensino público dos 13 aos 17 anos, e estabilizaram no grupo dos 18 anos. Em 2015, aos 13 anos de idade, cerca de 11,7% disseram já ter consumido; aos 18 anos, mais de metade (58,7%). Nos últimos 12 meses, os cigarros foram o produto de tabaco mais consumido pelos adolescentes e jovens (29,8%). Apesar da proibição de venda de tabaco a menores, metade dos jovens de 15 anos consideraram ser fácil ou muito fácil o acesso aos produtos do tabaco (47,2%) (100).

O Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT) tem como principal referência a Convenção Quadro da OMS para o controlo do tabaco, bem como as estratégias mais efetivas para a sua implementação, designadamente:

- Monitorizar;
- Proteger da exposição ao fumo;
- Oferecer ajuda na cessação tabágica;
- Alertar, informar e educar sobre os riscos;
- Impor a proibição da publicidade, da promoção e do patrocínio;
- Aumentar os impostos sobre os produtos do tabaco. (101)

Uma abordagem global e intersectorial, apoiada pelas organizações da sociedade civil e pelos cidadãos, que otimize as sinergias entre estas diferentes estratégias, constitui o princípio orientador para a redução da sobrecarga de saúde, social e económica imposta pelo tabaco (102). Tendo por base a avaliação dos resultados já alcançados, o PNPCT tem como principais focos de intervenção até 2020:

- A prevenção da iniciação do consumo nos adolescentes e jovens;
- A promoção da cessação tabágica, com particular enfoque nos fumadores com menos de 40 anos e nas mulheres grávidas;
- A proteção da exposição ao fumo ambiental do tabaco;
- A redução das desigualdades em saúde.

A fase da vida mais marcante é a fase da adolescência, onde ocorre uma maior necessidade de experimentar, descobrir coisas novas, aventuras sem limites e inquietações. É nesta fase que existe uma maior exposição a comportamentos de risco, devido à sua imaturidade cerebral e psicoemocional, são particularmente vulneráveis à dependência e aos estímulos sociais e de marketing promotores do consumo de tabaco (103).

O ato de fumar na adolescência tem consequências para a saúde imediatas e a longo prazo, provocando atrasos na maturação pulmonar e redução da função respiratória, agravando a asma e redução da aptidão física em termos de desempenho e resistência. Quanto mais cedo for o consumo de tabaco, maior o risco de desenvolvimento futuro de doenças cardiovasculares, de doenças respiratórias e de cancro (100).

Nem todos os adolescentes que experimentam cigarros tornam-se fumadores, por outro lado, o facto de experimentar é determinante para o consumo regular de tabaco (104).

Durante o ensino básico e o ensino secundário é onde se verifica uma maior adesão e estabilização do consumo de tabaco, e por esse motivo, o ambiente escolar tem sido o local de eleição para intervenções de sensibilização com vista a contrariar essa tendência (105).

Segundo dados recolhidos no âmbito do estudo colaborativo entre países da Organização Mundial da Saúde (OMS) - Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) - a idade média de experimentação, no total de alunos do 8.º e 10.º anos, foi de 13,04 anos (idade mínima: 11 anos; máxima: 16 anos). A proporção de experimentação de tabaco foi maior nas raparigas (24,6%).

Deste modo, é possível encontrar estratégias de intervenção que englobem contextos de socialização do indivíduo, ou contexto em particular como, por exemplo, a escola. O papel da família, da escola, dos amigos, dos pares e dos meios de comunicação social como fatores importantes na construção do comportamento de fumar do adolescente. O apoio das escolas na adesão da prevenção do consumo de tabaco é amplamente reconhecido. As intervenções passam por ações de transmissão de

informação por professores ou profissionais de saúde sobre as desvantagens e malefícios do consumo de tabaco (100).

6.3.2. Álcool

A adolescência é uma etapa de desenvolvimento humano onde ocorrem alterações biológicas, cognitivas, emocionais e sociais que são importantes na consolidação de hábitos na vida adulta. Nesta etapa há uma maior predisposição para a experimentação de substâncias psicoativas como o álcool e drogas ilícitas.

O consumo de álcool na adolescência é um fator de exposição para problemas de saúde na idade adulta. O consumo excessivo de álcool está associado a fatores de risco no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, acidentes rodoviários e homicídios, os quais representam a maior causa de morte entre jovens. O consumo de álcool demonstrou ser um fator de risco para o consumo de outras drogas como tabaco, drogas ilegais e a manifestação de condições como desordens depressivas, ansiedade, brigas na escola, danos à propriedade e problemas com a polícia. Outros estudos descrevem que o álcool na adolescência está associado com a ausência do convívio parental, com o facto de estudar em escola pública e a reprovação escolar (106).

A percentagem de jovens que consomem bebidas alcoólicas em Portugal, aumenta progressivamente com a idade, tendo em média o início de consumo de álcool os 12 anos de idade.

Existem muitas doenças cardiovasculares, oncológicas e neurológicas, entre outras, que estão diretamente relacionadas com o consumo excessivo de álcool, o que faz com que seja uma preocupação para a sociedade. Este consumo elevado, associa-se a diversos riscos, não só para a saúde e bem-estar do indivíduo, como também familiar e social (107).

7. Promoção da Saúde / Estilos de Vida Saudáveis

A promoção da saúde é uma estratégia para ultrapassar problemas de saúde que afetam as populações humanas, bem como as suas consequências. Para tal, e com base no conceito do processo saúde-doença e seus determinantes, é necessário interligar o conhecimento técnico e empírico com recursos institucionais e comunitários, públicos e privados (108).

A promoção da saúde e a prevenção da doença são dois eixos fundamentais e transversais a todos os níveis de prestação de cuidados de saúde (81).

As primeiras bases conceptuais e políticas de promoção da saúde foram desenvolvidas a partir das conferências internacionais, tais como as Conferências de Ottawa (Canadá) em 1986, Adelaide (Austrália) em 1988, Sundsvall (Suécia) em 1991 e Jacarta (Indonésia) em 1997 (109).

A promoção da saúde é definida pela Carta de Ottawa como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controlo deste processo”. As cinco principais áreas de ação definidas na Carta de Ottawa são a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de competências pessoais e a reorientação de serviços de saúde (16).

Na conferência realizada em Ottawa, foi criado um logótipo (Figura 2) para representar a Promoção da Saúde (PS), que ainda hoje é utilizado como símbolo pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

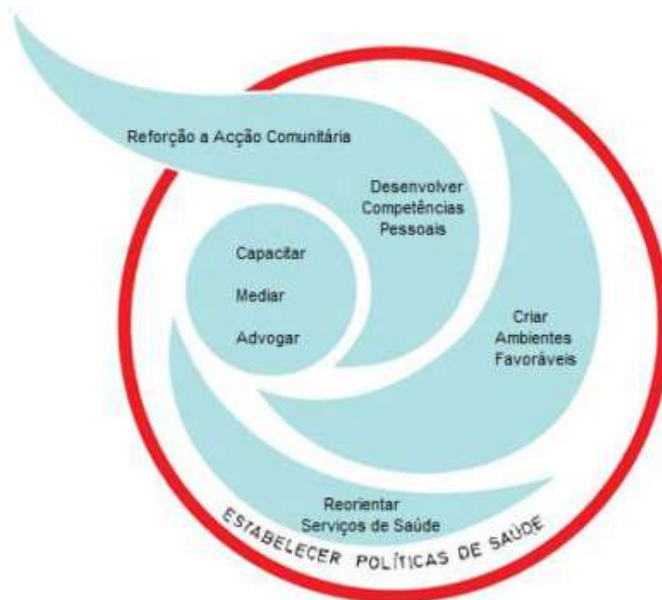


Figura 2 - Logótipo de Promoção da Saúde criado na Carta de Ottawa

O logótipo representa as cinco áreas fundamentais de ação na PS – elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de competências pessoais e a reorientação de serviços de saúde - e as três estratégias essenciais da PS: capacitar, mediar e advogar (110).

Na perspetiva da promoção de desenvolvimento sustentável, a noção de cobertura universal da saúde foi ampliada para cobrir a prestação de cuidados contínuos e coordenados incluindo a promoção da saúde, que aborda os determinantes sociais da saúde em nível da atenção primária em saúde (APS) (111).

Os vários conceitos disponíveis para definir promoção da saúde dividem-se em dois grandes grupos.

No primeiro deles, a promoção da saúde consiste em atividades que focam nos estilos de vida dos indivíduos e têm o intuito de alterar os seus comportamentos. Esta

perspetiva centra-se, essencialmente, no próprio indivíduo embora também considere o seu ambiente familiar e, por vezes, o ambiente cultural em que se encontra. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativas, que se focam nos riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estão, em parte, sob o controlo dos próprios indivíduos. Por exemplo, o hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas e a condução agressiva e perigosa.

Por outro lado, o segundo grupo que abarca alguns conceitos mais modernos de promoção da saúde, apresenta os determinantes da saúde como elemento central. A saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação, nutrição, habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Neste caso, os programas e atividades de promoção da saúde dão ênfase ao coletivo de indivíduos e ao ambiente envolvente (físico, social, político, económico e cultural), através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades.

A promoção de estilos de vida saudáveis é uma das principais funções do farmacêutico, conforme definido pela Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (RPSGB).

O farmacêutico apresenta especial responsabilidade na indicação e aconselhamento farmacêutico bem como a promoção da saúde, uma vez que têm a vantagem de ter uma grande proximidade com os utentes e assim promover a saúde.

A aposta na promoção da saúde e na prevenção da doença é uma prioridade. Uma população mais saudável é um fator crítico de sucesso para uma sociedade mais produtiva, sustentável e economicamente competitiva. Os determinantes sociais e ambientais devem estar no topo das nossas preocupações. Impuseram-se, assim, novas abordagens e intervenções em saúde que visam alcançar as metas preconizadas no Plano Nacional de Saúde (PNS) para 2020, destacando-se a melhoria da esperança de vida com saúde aos 65 anos e a redução da mortalidade prematura. Destas abordagens, há que referir os programas de saúde, quer os clássicos, que se mantêm, realçando a

importância dos que abordam a saúde reprodutiva, infantil e juvenil e a vacinação, como os que se tornaram, entretanto, prioritários para responder a necessidades de saúde da população.

Para combater os fatores de risco responsáveis por grande parte das doenças crónicas, criaram-se programas específicos para o tabagismo, alimentação saudável, atividade física, diabetes, doenças cérebro cardiovasculares, doenças oncológicas e doenças respiratórias. Quanto às doenças transmissíveis, foram desenhados planos de atuação para as hepatites virais, VIH/SIDA e tuberculose, bem como para as infeções ligadas aos cuidados de saúde e às resistências aos antimicrobianos.

Porque a saúde mental é parte integrante da saúde e é um fator determinante para a coesão social, progresso económico e desenvolvimento sustentável da nossa sociedade, desde 2008. Estes são alguns exemplos do caminho que temos percorrido pela prevenção e controlo da doença e pela promoção da saúde. Os resultados alcançados mostram-nos que estamos no rumo certo e que Portugal pode orgulhar-se do seu retrato da saúde. Mas temos pela frente vastos desafios promoção da saúde e na prevenção da doença, e no setor social, continuando a apostar fortemente nas pessoas, investindo na promoção da saúde e na prevenção, tornando os serviços e cuidados mais efetivos, mais eficientes, mais adequados e mais próximos dos cidadãos, para que todos nós nos aproximemos do nosso potencial de saúde e de vida (81).

8. Contributo do Farmacêutico

A educação e promoção para a saúde têm como objetivo sensibilizar os adolescentes para que estes adquiram hábitos no seu quotidiano, com vista a adotarem um estilo de vida saudável. Atualmente, o meio familiar que envolve o crescimento dos adolescentes tem sofrido alterações profundas como consequência das inúmeras tarefas a cumprir por parte dos pais. Nesse sentido, tem vindo a verificar-se, cada vez mais, um afastamento dos pais do seu papel de educadores (112). Para contrariar este cenário, deve atribuir-se a responsabilidade de educar e promover a saúde por parte de todos os intervenientes que lidam diariamente com os adolescentes: pais, restante família, pessoal docente e pessoal não docente. A educação por parte da família é crucial porque

é no seio familiar que as crianças satisfazem as suas necessidades básicas e aprendem a tornar-se autónomas; a intervenção em meio escolar é essencial para implementar ou alterar de forma positiva os seus hábitos quotidianos, uma vez que é o local onde as crianças passam grande parte do seu dia; o pessoal não docente, como por exemplo os profissionais de saúde, possuem conhecimentos científicos que os capacita a intervir de forma indispensável na promoção da saúde, alertando para fatores de risco (113).

O farmacêutico, como profissional de saúde, deve contribuir e colaborar em programas de educação e promoção para a saúde nas escolas. É da sua responsabilidade fornecer as ferramentas necessárias para capacitar os adolescentes a tomarem decisões racionais relativamente à sua própria saúde (114).

O farmacêutico é responsável pela defesa da saúde pública e deve motivar, educar, proteger os comportamentos relacionados com a saúde, recorrendo a material educativo com informação personalizada consoante cada utente. Nos últimos anos, estes profissionais de saúde, têm participado em vários programas de promoção da saúde, já que nas farmácias, têm a vantagem de ter uma grande proximidade com os utentes e podem utilizar essa disponibilidade para a promoção da saúde (115).

Quanto a projetos que contribuem para a educação da saúde, a Valormed é um dos exemplos, é uma sociedade criada em 1999 sem fins lucrativos, consiste na gestão de embalagens vazias e medicamentos fora de uso. A criação deste projeto contribui positivamente para a saúde pública e ambiental, através da gestão de resíduos que possam estar “acessíveis”. Este projeto depende da boa receptividade dos farmacêuticos comunitários que devem o promover junto dos seus utentes e da responsabilidade dos farmacêuticos hospitalares em recolher os resíduos e entregá-los à Valormed (116).

O Museu da Farmácia criou o “Clube da Sara” onde são realizados vários ateliers educativos “Férias de Verão no Museu da Farmácia”, “A Farmácia é tua amiga”, “Alimentação Saudável”, “Cozinha Divertida” e ainda a realização de festas de aniversário, com o objetivo de promover a saúde às crianças bem como aproximar o farmacêutico das mesmas (117).

A Geração Saudável é um projeto de Promoção e Educação para a Saúde desenvolvido pela Secção Regional do Sul e Regiões Autónomas da Ordem dos Farmacêuticos, com o objetivo primordial de contribuir para a promoção da saúde dos

jovens nas escolas, educar e estimular a adoção de estilos de vida saudáveis, alertar para a ocorrência de possíveis patologias, dar a conhecer a importância da prevenção em saúde e integrar os diversos profissionais de saúde, estabelecendo uma colaboração mútua na educação dos jovens.

O público-alvo são os alunos do 2º e 3º ciclos que frequentam estabelecimentos escolares públicos ou privados das áreas de jurisdição da Secção Regional do Sul e Regiões Autónomas da Ordem dos Farmacêuticos (SRSRA), sendo os professores, familiares dos alunos e a população em geral um público-alvo secundário. É um projeto inovador e dinâmico, que tem como objetivo prevenir e sensibilizar, sobre os temas Sexualidade, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Alimentação, Obesidade e Diabetes. A promoção da Saúde Pública e prevenção da doença constituem prioridades estratégicas do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e respetiva extensão a 2020. Neste sentido, o projeto Geração Saudável assume uma importância acentuada e com enorme responsabilidade social associada.

Ainda para as crianças, a Secção Regional de Lisboa (SRL) da Ordem dos Farmacêuticos (OF) inaugurou em 2012 com uma Farmácia/Laboratório no espaço KidZania, onde as crianças podem viver a experiência de serem farmacêuticos e aprenderem mais sobre as variadas atividades desenvolvidas pelo farmacêutico. A KidZania é um parque temático dirigido a famílias, com carácter pedagógico e lúdico que permite ainda que as crianças entrem no mundo dos crescidos através do conceito “brincar aos adultos”, aliando o entretenimento a uma forte componente pedagógica. Desta forma, as crianças são convidadas, na Farmácia Comunitária, a preparar e entregar um kit de primeiros socorros no Hospital e realizar um conjunto de testes de diagnóstico para perceber e transmitir os conselhos mais corretos ao nível de cuidados de saúde. No Laboratório Farmacêutico, os mais pequenos podem observar preparações microscópicas de um inseto e de um parasita. Na Indústria Farmacêutica, as crianças podem simular a produção de um creme, aprendendo sobre as suas características e observando um dos processos de *mis tura* utilizado no seu processo de fabrico (118).

9. Conclusões

Hoje em dia, as farmácias são cada vez mais, a primeira escolha quando há necessidade de obter cuidados de saúde. Por este motivo, encontram-se mais acessíveis geograficamente, e com horários adaptados à comunidade. A farmácia procura sempre oferecer serviços de excelência, apostando assim na polivalência e qualificação do farmacêutico para que o atendimento seja bem-sucedido.

A profissão farmacêutica considerada como altamente especializada e qualificada, tem demonstrado ao longo dos anos evolução nas suas competências e acessibilidade. Estes fatores contribuem diariamente para que a relação de confiança e de proximidade se desenvolva.

O papel do farmacêutico na área da saúde pública tem vindo revelar-se determinante nas últimas décadas. O farmacêutico comunitário tem uma posição privilegiada para poder contribuir em áreas como a gestão da terapêutica, administração de medicamentos, determinação de parâmetros, identificação de pessoas em risco, deteção precoce de diversas doenças e promoção de estilos de vida mais saudáveis. O contributo do farmacêutico tornou-se mais amplo e específico, conseguindo colmatar algumas lacunas do sistema de saúde onde se encontra inserido. Colocando-se assim, ao serviço dos doentes e apresentando um vasto leque de conhecimentos técnico-científicos, que acompanham os avanços tecnológicos, da ciência e do conhecimento, obtendo resultados inegáveis e mais-valias para a qualidade e rigor dos cuidados de saúde prestados no nosso país.

Para apoiar as tarefas desempenhadas pela farmácia, surgem associações como a ANF, que diferencia o tipo de serviços – essenciais e diferenciados. Estes serviços para além de se tornarem mais-valias no controlo da saúde e da qualidade de vida do utente, veio trazer uma imagem mais apelativa.

No âmbito da educação e da saúde das crianças, o Museu da Farmácia criou o “Clube da Sara” onde são realizados vários ateliers educativos “Férias de Verão no Museu da Farmácia”, “A Farmácia é tua amiga”, “Alimentação Saudável”, “Cozinha Divertida” e ainda a realização de festas de aniversário, conseguindo-se assim uma

maior proximidade do farmacêutico com as crianças e desenvolvendo como principal objetivo a promoção da saúde.

A promoção da Saúde Pública e prevenção da doença constituem prioridades estratégicas do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e respetiva extensão a 2020. Neste sentido, o projeto Geração Saudável veio assumir um papel importante no que diz respeito à promoção da saúde dos jovens. Nomeadamente, na educação, que a partir das escolas são o elo de ligação para estimular a adoção de estilos de vida saudáveis, dar a conhecer a importância da prevenção na saúde, integrando nestas atividades profissionais de saúde, como é o caso do farmacêutico.

Os programas de promoção de saúde descritos ao longo deste trabalho, bem como as estratégias para prevenção de doenças demonstra o reconhecimento e o papel ativo do farmacêutico na identificação de crianças em risco, na transmissão de conhecimentos e informações de saúde aos mais novos, educadores e comunidade escolar e familiar e, ainda na minimização do risco do desenvolvimento de patologias conseqüentes e do seu impacto prejudicial, gerando benefícios a diferentes níveis.

Em suma, na nossa sociedade, torna-se cada vez mais importante estabelecer e implementar ações e políticas que demonstrem efetividade na regressão das tendências e dos números preocupantes atuais, na população adulta e pediátrica, no que diz respeito ao excesso de peso, à obesidade, à falta de atividade física, álcool e tabaco, através de um trabalho e cooperação multissetorial, que prima a inclusão social e diminua as iniquidades em saúde. A capacitação da comunidade, tanto a individual como a coletiva, para uma melhor gestão da saúde é o foco principal para que se possam atingir as metas estabelecidas e, desta forma, os resultados positivos pretendidos em saúde.

A concretização de investimento em saúde aliada à educação é uma garantia de sucesso para um futuro mais sustentável e saudável, protegendo e aumentando os níveis de saúde e de bem-estar físico, mental e social das gerações futuras.

Referências Bibliográficas

1. Pita J. Farmácia e medicamento: Noções gerais. Minerva; 1993;p.244.
2. Barbosa D. *Conceito de Farmácia Comunitária*. Acedido em 28 de Outubro de 2018 em <http://know.net/cienmedicas/medicina/farmacia-comunitaria/>
3. Dias J. A Farmácia e a História: Uma introdução à História da Farmácia, da Farmacologia e da Terapêutica. 2005.
4. Saturnino LTM, Perini E, Luz ZP, Modena CM. Farmacêutico : Um Profissional em Busca de Sua Identidade. Revista Brasileira Farmacêutica. 2012;93(1):10–6.
5. Rocha e Costa, J. A Reorganização da Farmácia Comunitária Face à Nova Realidade Económica. 2014; p.71.
6. Aguiar AH. A Gestão da Farmácia: Ultrapassar os Novos Desafios. Hollyfar, Lisboa;2nd Edição. 2009; p.191
7. Pita JR. A Farmácia e o Medicamento em Portugal nos Últimos 25 Anos. Debater a Europa. 2010; p.38–55.
8. Ordem dos Farmacêuticos. *A Farmácia Comunitária*. Acedido em 17 de Setembro 2018 em <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/a-farmacia-comunitaria/>
9. ANF. Programa de Troca de Seringas nas Farmácias 1993-2008. 2008;
10. Serrano J. Motricidade Infantil. 2007. p. 45–57.
11. Borrell C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. Rev Esp Salud Pública. 2008;82:245–249.
12. Fiorati RC, Souza LB de, Assis FC de, Cândido LN de, Freitas Silva LC, Finzeto LSA, et al. Social Iniquities and Intersectoriality: Challenge to Primary Health Care. 2018;12(6):1705–1716.
13. Ministério da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. vol. 53, Ministério da Saude. 2013. p.1689-1699
14. Martins LC. O Papel do Farmacêutico em Programas de Educação e Promoção para a Saúde nas Escolas. 2014.

15. Labonté R, Laverack G. Health Promotion in Action: From Local to Global Empowerment. Palgrave Macmillan. 2008.
16. Buss PM. Promoção e Educação em Saúde no Âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. Cadernos de Saúde Pública. 1999;15:177–185.
17. Tomé G, Camacho I, Matos MG de, Diniz JA. A Influência da Comunicação com a Família e Grupo de Pares no Bem-Estar e nos Comportamentos de Risco nos Adolescentes Portugueses.vol. 24, Psicologia: Reflexão e Crítica. 2011.
18. Hair EC, Moore KA, Garrett SB, Ling T, Cleveland K. The Continued Importance of Quality Parent - Adolescent Relationships During Late Adolescence. Journal of Research on Adolescence. 2008;18(1):187–200.
19. Eisenstein E. Adolescência : Definições, Conceitos e Critérios. vol 2, Adolescência e Saúde.2005;
20. Prazeres V. Saúde dos Jovens em Portugal: Elementos de Caracterização. DGS, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes; 2005.
21. Gaspar T, Matos MG. “Para Mim É Fácil”: Escala de Avaliação de Competências Pessoais e Sociais. Psicologia, Saúde e Doenças. 2015;2(16):195–206.
22. Direção-Geral da Saúde. *Plataforma Contra a Obesidade*. Acedido em 28 de Setembro de 2018 em <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/>
23. Direção-Geral da Saúde. *Obesidade*. Acedido em 25 de Setembro de 2018 em <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/biblioteca/saude-e-doenca-obesidade/>
24. Popkin B, Doak C. The Obesity Epidemic is a Worldwide Phenomenon. Nutrition Reviews. 1998;56(41):106–114.
25. Médart J. Nutrição: Guia Prático de Medicina. Climepsi, editor. Lisboa; 2007.
26. Saldanha H. Nutrição Clínica. Lidel, editor. Lisboa; 1999. p.200
27. Paes ST, Marins JCB, Andreazzi AE. Efeitos Metabólicos do Exercício Físico na Obesidade Infantil: Uma Visão Atual. Revista Paulista de Pediatria. 2015;33(1):122–129.

28. Pereira B, Carvalho G. *Actividade Física, Saúde e Lazer - A Infância e Estilos de Vida Saudáveis*. LIDEL, editor. Lisboa; 2006.
29. Bingham DD, Varela-Silva MI, Ferrão MM, Augusta G, Mourão MI, Nogueira H, et al. Socio-demographic and Behavioral Risk Factors Associated With The High Prevalence of Overweight and Obesity in Portuguese Children. *American Journal of Human Biology*. 2013;25(6):733–742.
30. Pino LD. *Adaptação e Validação de um Questionário de Frequência Alimentar para Crianças de 6 a 10 anos*. 2009.
31. Lima G, Baptista P. *Viva Melhor com Actividade Física*. UNE, editor. Lisboa; 2015.
32. Peres E. *Bem Comidos e Bem Bebidos*. Caminho, editor. Lisboa; 1997.
33. Batista Filho M, Rissin A. A Transição Nutricional no Brasil: Tendências Regionais e Temporais. *Cadernos Saude Publica*. 2003;19:181–191.
34. World Health Organization. *The top 10 causes of death*. Acedido em 5 de Outubro de 2018 em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
35. Atzingen MCBC. *Sensibilidade Gustativa de Adultos de uma Instituição Universitária do Município de São Paulo*, 2011.
36. Ogden J. *The Psychology of Eating From Healthy to Disordered Behavior*. 2nd ed. A John Wiley & Sons L, 2010.
37. Ferraccioli P, Silveira EA. A Influência Cultural Alimentar sobre as Recordações Palatáveis na Culinária Habitual Brasileira. *Rev enferm. UERJ*, Rio de Janeiro. 2010;18(2):198–203.
38. Cantária S. *Hábitos Alimentares de Idosos Hipercolesterolêmicos, Atendidos em Ambulatório da Cidade de São Paulo*. 2009.
39. Contri PV, Japur CC, Martinez EZ, Vieira MNCM. Porcionamento e Consumo de Saladas por Mulheres com Dieta Geral em Unidade de Internação Hospitalar. 2010;21(1):141–147.
40. Toral N. *Estágios de Mudança de Comportamento e sua Relação com o Consumo Alimentar de Adolescentes*. 2006;p142.

41. Toral N, Slater B. Abordagem do Modelo Transteórico no Comportamento Alimentar. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007;12(6):1641–1650.
42. Silva I, Pais-Ribeiro J, Cardoso H. Porque Comemos O Que Comemos? Determinantes Psicossociais da Seleção Alimentar. *Psicologia, Saúde e doenças*. 2008;9(2):189–208.
43. Drewnowski A. Taste Preferences And Food Intake. *Annual Review of Nutrition*. 1997;(17):237–253.
44. Dalla Costa MC, Cordoni L, Matsuo T. Hábito Alimentar de Escolares Adolescentes de um Município do Oeste do Paraná. *Revista de Nutrição*. 2007;20(5):461–471.
45. Rodrigues VM, Fiates GMR. Hábitos Alimentares e Comportamento de Consumo Infantil: Influência da Renda Familiar e do Hábito de Assistir à Televisão. *Revista de Nutrição*. 2012;25(3):353–362.
46. Lara BR, Silvia V, Paiva F. The Psychosocial Dimension in Promoting Healthy Dietary Practices. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.43, p.1039-1054, out./dez 2012.
47. Motta-Gallo S, Gallo P, Cuenca A. The Influence of Television on the Eating Habits of Brazilian Northeast Children. *Journal of Human Growth and Development*. 2013;23(1):87–93.
48. Viana V, Santos P, Guimarães MJ. Comportamento e Hábitos Alimentares em Crianças e Jovens: Uma Revisão da Literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2008;9(2):209–231.
49. Giordani RCF. A Auto-imagem Corporal na Anorexia Nervosa: Uma Abordagem Sociológica. *Psicologia e Sociedade*. 2006;18(2):81–88.
50. Bernardi F, Cichelero C, Vitolo MR. Comportamento de Restrição Alimentar e Obesidade. *Revista de Nutrição*. 2005;18(1):85–93.
51. Quaioti TCB, Almeida S de S. Determinantes Psicobiológicos do Comportamento Alimentar: Um Ênfase em Fatores Ambientais que Contribuem para a Obesidade. *Univ do Sagrado Coração - USC Univ São Paulo - USP*.

2006;17(4):193–211.

52. Matias CT, Fiore EG. Mudanças no Comportamento Alimentar de Estudantes do Curso de Nutrição em uma Instituição Particular de Ensino Superior. *Nutrire: Rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.* 2010;35(2):53–66.
53. Assis MAA, Nahas MV. Motivational Aspects in Programs of Nutritional. *Revista Nutrição Campinas.* 1990;12(1):33–41.
54. Pedraza DF. Padrões Alimentares: Da Teoria à Prática – o caso do Brasil. *Revista de humanidades.* 2004;104–114.
55. Proença RPC. Alimentação e globalização: Algumas reflexões. *Ciência e Cultura.* 2010;62(4):43–47.
56. Souza D, Vaz S, Bennemann RM. Comportamento Alimentar e Hábito Alimentar: Uma revisão. *Revista Uningá.* 2014;20(1):108–112.
57. Neumark-Sztainer D, Larson NI, Fulkerson JA, Eisenberg ME, Story M. Family Meals and Adolescents: What Have We Learned From Project EAT (Eating Among Teens)? *Public Health Nutrition.* 2010;13(7):1113–1121.
58. Pearson N, Griffiths P, Biddle SJH, Johnston JP, Haycraft E. Individual, Behavioural and Home Environmental Factors Associated With Eating Behaviours in Young Adolescents. *Appetite.* 2017;112:35–43.
59. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. Ecological Perspective on Promotion Programs. *Health Education Quarterly.* 1988;15(4):351–377.
60. Feldman S, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Story M. Associations Between Watching TV during Family Meals and Dietary Intake Among Adolescents. *Journal of Nutrition Education and Behavior.* 2007;39(5):257–63.
61. Gebremariam MK, Bergh IH, Andersen LF, Ommundsen Y, Totland TH, Bjelland M, et al. Are Screen-Based Sedentary Behaviors Longitudinally Associated With Dietary Behaviors and Leisure-time Physical Activity in the Transition Into Adolescence?. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity.* 2013;10:9.
62. Pereira B, Carvalho G. Atividade Física, Saúde e Lazer - Modelos de Análise e

Intervenção. LIDEL, editor. Lisboa; 2008.

63. Camarinha B, Ribeiro F, Graça P. O Papel das Autarquias no Combate à Obesidade Infantil. *Acta Portuguesa de Nutrição*. 2015;0(7):6–9.
64. Camarinha B, Graça P, Nogueira PJ. A Prevalência de Pré-Obesidade/Obesidade nas Crianças do Ensino Pré-escolar e Escolar na Autarquia de Vila Nova de Gaia, Portugal. *Acta Medica Portuguesa*. 2016;29(1):31–40.
65. Direção-Geral Saude (DGS). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. 2015;38.
66. Fernandes CSG. Educar para a Adoção de Hábitos de Vida Saudáveis: Uma Estratégia de Prevenção da Obesidade Infantil. 2018
67. Direção-Geral Saude. Plataforma Contra a Obesidade. 2012.
68. Carvalho MA, Carmo I, Breda J, Rito AI. Análise Comparativa de Métodos de Abordagem da Obesidade Infantil. *Revista Portuguesa Saude Publica*. 2011;29(2):148–156.
69. Dooley D, Moultrie NM, Sites E, Crawford PB. Primary Care Interventions To Reduce Childhood Obesity and Sugar-Sweetened Beverage Consumption: Food for Thought for Oral Health Professionals. *Journal of Public Health Dentistry*. 2017;77:104–127.
70. Rogers R, Krallman R, Jackson EA, DuRussel-Weston J, Palma-Davis L, de Visser R, Eagle T, Eagle KA, Kline-Rogers E. Top 10 Lessons Learned from Project Healthy Schools. *The American Journal of Medicine*. 2017;130(8).
71. O’Donnell JE, Foskett-Tharby R, Gill PS. General Practice Views of Managing Childhood Obesity in Primary Care. *JRSM Open*. 2017;8(6)
72. Xu F, Wang X, Xiang D, Wang Z, Ye Q, Ware RS. Awareness of Knowledge and Practice Regarding Physical Activity. *PLoS One*. 2017;12(6):1–10.
73. Ekwaru JP, Ohinmaa A, Tran BX, Setayeshgar S, Johnson JA, Veugelers PJ. Cost-Effectiveness of a School-Based Health Promotion Program in Canada. *PLoS One*. 2017;12(5):1–13.
74. Goes AR, Câmara G, Loureiro I, Bragança G, Saboga Nunes L, Bourbon M.

- «Papa Bem»: Investir na Literacia em Saúde para a Prevenção da Obesidade Infantil. *Revista Portuguesa Saude Publica*. 2015;33(1):12–23.
75. Vaz DSS, Bennemann RM. Comportamento Alimentar E Hábito Alimentar: Uma Revisão. *Revista UNINGÁ*. 2014;20(1):108–112.
76. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. *Public Health Reports*. 1985;100(2):126–131.
77. Malina RM. Physical Activity and Fitness: Pathways From Childhood to Adulthood. *J Hum Biol*. 2001;13.p 162–172.
78. Maia J, Pires Lopes V, Pina De Moraes F. Acitidade Física e Aptidão Física Associada à Saúde: Um Estudo de Epidemiologia Genética em Gémeos e Suas Famílias Realizado no Arquipélago dos Açores. 2001.
79. Vin P, Silva C, Jr LC. The Effects of Physical Activity on the Health of Children and Adolescents. 2011;29(64):41–50.
80. Haskell WL, Blair SN, Hill JO. Physical activity: Health Outcomes and Importance for Public Health Policy. *Preventive Medicine*. 2009;49(4):280–282.
81. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical Activity and Public health: Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2007;39(8):1423–1434.
82. Ministério da Saúde. Retrato da Saúde. 2018.
83. WHO. Global recommendations on physical activity for health. 2010. p60.
84. World Health Organisation. Health and Development Through Physical Activity and Sport. WHO Document Production Services. 2003;3(2):1–11.
85. Pinho RA. U de SC. Nivel Habitual de Atividade Física e Hábitos Alimentares de Adolescentes Durante Período de Férias Escolares. 1999.
86. Blair SN. Exercise Prescription for health. *Quest*. 1995;47(3):338–353.
87. Sallis J, Patrick K. Physical Activity Guidelines for Adolescents: Consensus Statement. *Pediatric Exercise Science*. 1994;6:312–314.

88. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al. Public Health and Prevention and the American College of Sports Medicine. 2011.
89. Sunder L, Adarsh, Pankaj. Textbook of Community Medicine: Preventive and Social Medicine. 2013.
90. Task Force on Community Preventative Services. Recommendations to Increasing Physical Activity in Communities. American Journal of Preventive Medicine. 2002;22(4):67–72.
91. NIH Consensus. Physical activity and Cardiovascular Health. J Am Med Assoc. 1996;276(3):241–246.
92. Néri M, Pinto A, Soares W, Costilla H. Retratos da Deficiência no Brasil. 2000;5(1):1–57.
93. Silva RCR da, Malina RM. Nível de Atividade Física em Adolescentes do Município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Caderno Saude Publica. 2000;16(4):1091–1097.
94. Biddle SJH, Gorely T, Stensel DJ. Health-Enhancing Physical Activity and Sedentary Behaviour in Children and Adolescents. Journal of Sports Sciences. 2004.p37–41.
95. Jenkins CD. Construindo uma Saúde Melhor: Um Guia para a Mudança de Comportamento. 2007.
96. Vin P, Silva C, Jr LC. The Effects of Physical Activity on the Health of Children and Adolescents. 2011;29(64):41–50.
97. Bois JE, Sarrazin PG, Brustad RJ, Trouilloud DO, Cury F. Elementary Schoolchildren's Perceived Competence and Physical Activity Involvement: The Influence of Parents' Role Modelling Behaviours and Perceptions of Their Child's Competence. Psychol Sport Exerc. 2005;6(4):381–397.
98. Fontes R. Promoção de Estilos de Vida Saudáveis nas Crianças e Adolescentes. 2007.
99. Gaspar de Matos M, Carvalhosa SF, Diniz JA. Factores Associados à Prática da Actividade Física nos Adolescentes Portugueses. Análise Psicológica.

2002;1:57–66.

100. OMS. Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030. Gappa. 2018;
101. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Programa Nacional Para a Prevenção E Controlo Do Tabagismo 2017. Direção-Geral de Saúde 2017.
102. Nunes E. Programa Nacional Para a Prevenção E Controlo Do Tabagismo 2012-2016. Direção-Geral de Saúde 2013 p. 77.
103. Centers for Disease Control and Prevention. Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2014.
104. Smalley SE, Wittler RR, Oliverson RH. Adolescent Assessment of Cardiovascular Heart Disease Risk Factor Attitudes and Habits. *Journal of Adolescent Health*. 2004;35(5):374–379.
105. Borracci R. Tobacco Use During Adolescence May Predict Smoking During Adulthood: Simulation-Based. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 2015;113(2):106–13.
106. Thomas RE, Mclellan J, Perera R. Effectiveness of School-Based Smoking Prevention Curricula : Systematic Review and Meta-Analysis. *BMJ Open* 2015.
107. Malta DC, Mascarenhas MDM, Porto DL, Duarte EA, Sardinha LM, Barreto SM, et al. Prevalência do Consumo de Álcool e Drogas entre Adolescentes: Análise dos Dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. *Revista Brasileira Epidemiologia*. 2011;14:136–46.
108. Barroso T, Barbosa A, Mendes A. Programas de Prevenção do Consumo de Álcool em Jovens Estudantes – Revisão sistemática. *Revista de Enfermagem*. 2006;II:33–44.
109. Pinheiro DGM, Scabar TG, Maeda ST, Fracolli LA, Pelicioni MCF, Chiesa AM. Competências em Promoção da Saúde: Desafios da Formação. *Saúde e Sociologia*. 2015;24(1):180–8.
110. Buss PM. Health Promotion and Quality of Life. 2000;51:163–77.

111. MonashHealth. What is health Promotion? Acedido em 26 de Novembro de 2018 em http://www.monashhealth.org/page/About_Us/Health_promotion/What_is_Health_Promotion/
112. Tomé G, Camacho I, Matos MG, Simões C. Influência da Família e Amigos no Bem-Estar e Comportamentos de Risco - Modelo explicativo. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2015;16(1):23–34.
113. Freitas A, Albuquerque C, Rodrigues V. Os Jogos Eletrónicos no Quotidiano Infantil: Perceção das Crianças e Professores. *Comportamentos de Saúde Infanto-juvenis: Realidades e Perspectivas*. 2012. p. 339–59.
114. Boné M, Bonito J. A Influência do Fator Ambiental no Sobrepeso e Obesidade na infância e na adolescência: Estudo comparativo. *Comportamentos de Saúde Infanto-juvenis: Realidades e Perspectivas*. 2012. p. 98–114.
115. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 288/2001 de 10 de Novembro. 2001 p. 7150–7165.
116. Ordem dos Farmacêuticos. Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF). Conselho Nacional da Qualidade, 3ª edição. 2009;p.53.
117. Valormed. *Quem Somos*. Acedido em 9 de Outubro de 2018 em <http://www.valormed.pt/paginas/2/quem-somos/>
118. ANF. Clube da Sara.
119. Ordem dos Farmacêuticos. Profissão Farmacêutica passa a integrar a KidZania em Lisboa. 2012;