



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO CONSUMO DE BEBIDAS
ENERGÉTICAS PELOS ADOLESCENTES**

*NURSING INTERVENTION IN ADOLESCENTS ENERGY DRINKS
CONSUMPTION*

Por

Rita Isabel Jesus Cabrita

Lisboa, 2020



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO CONSUMO DE BEBIDAS
ENERGÉTICAS PELOS ADOLESCENTES**

*NURSING INTERVENTION IN ADOLESCENTS ENERGY DRINKS
CONSUMPTION*

Por

Rita Isabel Jesus Cabrita

Sob a orientação da Prof^ª Doutora Cândida Ferrito

Lisboa, 2020

“Caminhante, não há caminho, faz-se caminho ao andar”

(António Machado, 1912)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos os que de alguma forma contribuíram ou vivenciaram comigo esta etapa do meu desenvolvimento pessoal e profissional, nomeadamente:

-À professora Cândida Ferrito pela sua orientação, apoio e incentivo. O sua competência científica e profissionalismo foram essenciais para ultrapassar as dificuldades que surgiram ao longo deste trabalho;

-À Enfermeira Anabela Simões por todo o apoio e disponibilidade. Todo o seu processo de orientação foi fundamental, guiando e favorecendo o acesso a experiências enriquecedoras e contribuindo para o sucesso da minha aprendizagem;

-À Equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade que me acolheu e favoreceu a minha integração. Fizeram-me sentir como mais um dos elementos da equipa desde o primeiro momento;

-Aos Professores, alunos e funcionários em geral que colaboraram na intervenção e às coordenadoras da Promoção e Educação para a Saúde em particular que foram incansáveis, auxiliando em todos os procedimentos realizados em contexto escolar;

-Às minhas colegas “Comunitárias” que partilharam comigo esta caminhada;

-Às minhas colegas da Consulta Externa pelas suas palavras de ânimo e por terem assegurado o serviço durante as minhas ausências;

-Ao meu João e à minha Bia por toda a compreensão pelas ausências e pelo carinho nos dias menos bons, sem vocês este percurso teria sido muito mais difícil.

RESUMO

O consumo de bebidas energéticas é muito recente e nos últimos anos tem-se vindo a verificar um aumento na sua popularidade, principalmente entre os mais jovens. Este fenómeno tem suscitado apreensão na medida em que a evidência científica demonstra que o seu consumo poderá acarretar riscos para a saúde e não é recomendado a crianças e adolescentes.

Neste âmbito foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária que teve como objetivo contribuir para a adoção de comportamentos saudáveis que conduzam à prevenção e redução do consumo de bebidas energéticas em alunos do 2º e 3º ciclo e secundário dos agrupamentos da rede escolar pública, no ano letivo 2019/2020, no concelho da área de influência da Unidade de Cuidados na Comunidade onde decorreu o estágio final.

A intervenção comunitária foi desenvolvida de acordo com a metodologia de Planeamento em Saúde e como referencial teórico foi adoptado o Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender.

Na etapa de diagnóstico de saúde foi realizado um estudo quantitativo descritivo transversal com a aplicação de um inquérito aos hábitos de consumo de bebidas energéticas e refrigerantes na população alvo. Após a análise dos resultados selecionou-se como problema prioritário o consumo de bebidas energéticas pelos adolescentes.

A estratégia selecionada de modo a atingir os objetivos fixados foi a Educação para a Saúde. Foram desenvolvidas sessões de Educação para a Saúde em turmas do 6º, 9º e 12º ano de escolaridade e atividades dirigidas aos profissionais de saúde da Unidade de Cuidados na Comunidade e a toda a comunidade escolar.

Pela avaliação dos resultados obtidos pode-se considerar que os objetivos propostos para a intervenção comunitária foram alcançados com sucesso. A realização das atividades necessárias à consecução desta intervenção foram fundamentais para a aquisição de competências na área da enfermagem de Saúde Pública e Saúde Comunitária.

Palavras-chave: “Enfermagem Comunitária”, “Promoção da Saúde”, Adolescente, “Bebida energética”.

ABSTRACT

The consumption of energy drinks is very recent and in the last few years there has been an increase in its popularity, especially among young people. This phenomenon has raised apprehension in that scientific evidence demonstrates that its consumption may pose health risks and is not recommended for children and adolescents.

In this context, a community intervention project was developed with the objective to contribute to the adoption of healthy behaviors that lead to the prevention and reduction of energy drink consumption in middle and secondary school students in the public school system, in the school year 2019/2020, in the municipality of the Community Care Unit area of influence where the final stage took place.

The community intervention was developed according to the Health Planning methodology and as a theoretical framework, Nola J. Pender's Health Promotion Model was adopted.

In the health diagnosis stage, a descriptive cross-sectional quantitative study was conducted with the application of a survey of the consumption habits of energy drinks and soft drinks in the target population. Following the analysis of the results, the consumption of energy drinks by adolescents was selected as a priority problem.

The strategy selected in order to achieve the objectives set was Health Education. Health Education sessions were developed with the 6th, 9th and 12th year of schooling. Activities were aimed also at health professionals in the Community Care Unit and the entire school community.

By evaluating the results obtained, it can be considered that the objectives proposed for community intervention have been successfully achieved. The performance of the activities necessary to achieve this intervention were fundamental for the acquisition of competencies in the nursing area of Public and Community Health.

Keywords: "Community Health Nursing", "Health Promotion", Adolescent, "Energy Drinks".

LISTA DE ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

- AAP-*American Academy of Pediatrics*
ACeS-Agrupamentos de Centros de Saúde
ASAE-Autoridade de Segurança Alimentar e Económica
BI-CSP-Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
CIPE®-Classificação Internacional para a prática de Enfermagem
DGS-Direção Geral de Saúde
DT-Diretores de Turma
EB-Ensino Básico
EpS-Educação para a Saúde
EFSA-*European Food Safety Authority*
INE-Instituto Nacional de Estatística
JI-Jardim de Infância
OMS-Organização Mundial de Saúde
PES-Promoção e Educação para a Saúde
PNSE-Programa Nacional de Saúde Escolar
SNS-Serviço Nacional de Saúde
SPSS-*Statistical Package for the Social Sciences*
UCC-Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP-Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

INDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	19
1.1 Bebidas energéticas	19
1.1.1 A Adolescência e os hábitos de consumo de bebidas energéticas.....	20
1.1.2 Riscos associados ao consumo de bebidas energéticas	21
1.1.3 Implicações do consumo de bebidas energéticas nos adolescentes.....	23
1.1.4 Políticas de regulamentação e considerações para os profissionais de saúde	25
1.2 Promoção da saúde, capacitação e cidadania	26
1.2.1 Promoção da saúde em meio escolar.....	28
1.3- Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola J. Pender	30
2 METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	33
2.1 Diagnóstico de Saúde	33
2.1.1 Contextualização do local de realização do estágio final	33
2.1.2 Caracterização da comunidade	36
2.1.3 Análise de risco	37
2.1.4 População alvo.....	38
2.1.5 Instrumentos, técnicas e procedimentos	39
2.1.6 Considerações éticas e deontológicas.....	40
2.1.7 Apresentação e análise dos resultados.....	41
2.1.8 Diagnósticos de Enfermagem.....	56
2.2 Determinação de Prioridades.....	57
2.3 Fixação de Objetivos	58
2.4 Seleção de estratégias	60
2.5 Preparação Operacional e Implementação.....	61
2.6 Avaliação	64
3. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	67

CONCLUSÃO	71
------------------------	-----------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
---	-----------

ANEXOS

ANEXO I- Inquérito aos hábitos de consumo de bebidas energéticas e refrigerantes.....	83
---	----

ANEXO II- Autorização dos autores da adaptação portuguesa do inquérito.....	97
---	----

ANEXO III- Autorização da DGE para a aplicação do inquérito	101
---	-----

ANEXO IV- Modelo da aplicação de telemóvel “ <i>Satisfaction kiosk</i> ”	105
--	-----

APÊNDICES

APÊNDICE I -Implicações do consumo de bebidas energéticas nos adolescentes: <i>a scoping review</i>	111
---	-----

APÊNDICE II- Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender	127
--	-----

APÊNDICE III- Análise SWOT.....	131
---------------------------------	-----

APÊNDICE IV –Pedidos de autorização aos órgãos de gestão dos agrupamentos.	135
---	-----

APÊNDICE V- Consentimentos informados dos alunos maiores de idade e Encarregados de Educação.....	141
---	-----

APÊNDICE VI- Apresentação e análise de resultados	147
---	-----

APÊNDICE VII- Cronograma de Gantt.....	153
--	-----

APÊNDICE XVIII- Planos de sessão.....	157
---------------------------------------	-----

APÊNDICE IX- Atividade 1: “Bebidas Energéticas – Diagnóstico de Saúde.....	165
--	-----

APÊNDICE X- Atividade 2: “Bebidas Energéticas”	177
--	-----

APÊNDICE XI- Atividade 3: “Des(cons)truindo as bebidas energéticas.....	189
---	-----

APÊNDICE XII- Atividade 4:“À conversa sobre as bebidas energéticas.....	201
---	-----

APÊNDICE XIII- Atividade 5: “Des(cons)trói as bebidas energéticas	209
---	-----

APÊNDICE XIV- Atividade 6: Panfleto informativo: “Bebidas energéticas-que implicações para a saúde?:”.....	215
--	-----

APÊNDICE XV- Resumo e apresentação oral: “Hábitos de consumo de bebidas energéticas dos adolescentes de um concelho da região do Algarve.	219
--	-----

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1. Fatores pessoais biológicos	41
Quadro 2. Fatores pessoais socioculturais	42
Quadro 3. Comportamentos anteriores	43
Quadro 4. Locais de consumo e frequência	47
Quadro 5. Razões para o consumo e nível de importância atribuída pelos participantes..	49
Quadro 6. Razões para a associação entre o consumo de bebidas energéticas e a prática de desporto ou exercício físico de acordo com o seu nível de importância.	54
Quadro 7. Problemas identificados pelo tratamento e análise dos dados.	55
Quadro 8. Quadro de priorização por Comparação por Pares.	57
Quadro 9. Objetivos e indicadores.	59
Quadro 10. Avaliação da intervenção comunitária de acordo com os indicadores propostos	64
Figura 1. Consumo de bebidas energéticas pelo menos uma vez no último ano	44
Figura 2. Consumo de bebidas energéticas em função da idade	45
Figura 3. Consumo de bebidas energéticas em função do nível de escolaridade	45
Figura 4. Consumo de bebidas energéticas em função do género	46
Figura 5. Frequência de consumo de bebidas energéticas num mês de aulas	47
Figura 6. Dimensão das embalagens	48
Figura 7. Marcas de bebidas energéticas mais consumidas.....	48
Figura 8. Tipos de bebidas energéticas consumidas de acordo com o teor de açúcar.	48
Figura 9. Consumo de bebidas energéticas e álcool pelo menos uma vez, numa única ocasião.	50
Figura 10. Consumo de bebidas energéticas e bebidas alcoólicas na mesma ocasião em função da idade.	51
Figura 11. Frequência da prática de desporto ou exercício físico fora das aulas no último ano.	52

Figura 12. Frequência de consumo de bebidas energéticas antes, durante ou depois da prática de desporto ou exercício físico.	52
Figura 13. Relação entre a regularidade da prática de desporto ou atividade física fora das aulas e a frequência de consumo de bebidas energéticas antes, durante ou após a prática de desporto ou exercício físico.	53
Figura 14. Frequência do consumo de café e chá numa semana de aulas	149
Figura 15. Consumo de refrigerantes do tipo cola, <i>ice tea</i> e refrigerantes sem teor de cafeína.....	150
Figura 16. Frequência do consumo de refrigerantes tipo cola, <i>ice tea</i> e refrigerantes sem teor de cafeína.....	150
Figura 17. Consumo de refrigerante do tipo <i>ice tea</i> por semana.....	151
Figura 18. Refrigerantes do tipo <i>ice tea</i> usualmente consumidos de acordo com o teor de açúcar.....	151

INTRODUÇÃO

Este relatório foi desenvolvido no âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, ministrado na Universidade Católica Portuguesa, no Instituto de Ciências da Saúde, na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório que decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade, na área da Saúde Escolar, entre o dia 9 de setembro e o dia 18 de dezembro de 2019.

A sua elaboração tem como finalidade descrever e refletir sobre as atividades que foram realizadas ao longo desta etapa de aprendizagem, no sentido de adquirir as competências comuns e específicas como enfermeira especialista na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros e as qualificações necessárias para a obtenção do grau académico de Mestre.

As bebidas energéticas são relativamente recentes e nas últimas décadas tem se vindo a verificar, a nível global, um aumento drástico na sua popularidade. Este fenómeno emergente tem suscitado preocupação por parte das entidades governamentais e de saúde uma vez que as suas consequências e efeitos a médio e longo prazo ainda não são totalmente conhecidos (Breda, Whiting, & Encarnação, 2014). O consumo de bebidas energéticas constitui um potencial risco para a saúde da população em geral, mas principalmente para os mais jovens que ainda se encontram numa fase de desenvolvimento físico e cognitivo pelo que o seu consumo não é recomendado a crianças e adolescentes (AAP, 2018).

Os profissionais de saúde devem estar cientes dos possíveis riscos associados ao consumo de bebidas com elevado teor de cafeína. As políticas de saúde devem garantir que os profissionais estão preparados para educar as famílias e os jovens em risco sobre as possíveis consequências deste comportamento para a saúde (Breda et al., 2014).

Em Portugal, o consumo de bebidas energéticas encontra-se enquadrado no Programa Nacional de Saúde Escolar, no eixo estratégico da capacitação da comunidade educativa para a adoção de estilos de vida saudáveis, no âmbito da área de intervenção dos consumos de *performance*. O programa recomenda que os profissionais das equipas de Saúde Escolar

estejam atentos a todos os consumos em contexto escolar e sensibilizem a comunidade educativa para a importância da prevenção e para a deteção dos seus efeitos na saúde e rendimento escolar (DGS, 2015).

O tema é bastante pertinente e atual e a elaboração de uma intervenção nesta área surgiu do interesse manifestado pela equipa de Saúde Escolar em analisar os hábitos de consumo de bebidas energéticas pelos adolescentes das escolas do concelho e, de acordo com os resultados obtidos, desenvolver uma intervenção comunitária nesta área.

Para a elaboração deste relatório foi adotada a metodologia de Planeamento em Saúde de Imperatori & Giraldes (1982) e de Tavares (1990) no seguimento do que é preconizado no âmbito das competências específicas da área de especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Como referencial teórico foi selecionado o Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender pelo facto de apresentar uma estrutura simples e clara podendo ser utilizado de modo a servir de enquadramento e apoio às decisões de planeamento, intervenção e avaliação da intervenção (Vitor, Lopes, & Ximenes, 2005).

De modo a transmitir de forma objetiva e coerente todo o trabalho desenvolvido ao longo deste percurso académico, o presente relatório é composto por uma introdução, um desenvolvimento constituído por três capítulos e uma conclusão.

No primeiro capítulo do desenvolvimento é realizado o enquadramento teórico onde são descritos conceitos relacionados com as bebidas energéticas e onde está incluída uma *scoping review* sobre as implicações do consumo de bebidas energéticas nos adolescentes. Seguidamente, são abordados conceitos relevantes para o desenvolvimento de uma intervenção no âmbito da promoção da saúde e é analisada a sua pertinência de acordo com as áreas de intervenção definidas no Programa Nacional de Saúde Escolar. Por fim, é descrito o referencial teórico que serviu de suporte ao projeto, nomeadamente, o modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender. No segundo capítulo são descritas as várias etapas do Planeamento em Saúde e os respetivos procedimentos desenvolvidos ao longo da intervenção comunitária. No terceiro capítulo é realizada uma reflexão sobre as competências adquiridas nesta etapa de aprendizagem.

Para a elaboração deste relatório foi realizada uma extensa revisão bibliográfica em fontes científicas que se encontram devidamente referenciadas ao longo do texto. Para a realização da *scoping review*, procedeu-se à pesquisa nas bases de dados científicas *Ebsco host* e *Pubmed*.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De modo a contextualizar a temática em causa e de assegurar uma intervenção de enfermagem, com base nos conhecimentos e evidências mais atuais, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre as bebidas energéticas e as implicações do seu consumo pelos adolescentes; a importância da promoção da saúde, capacitação e cidadania em meio escolar e o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola J. Pender.

1.1 Bebidas energéticas

As bebidas energéticas, usualmente, contêm elevados níveis de hidratos de carbono (glucoronolactona, dextrose e sacarose) e são descritas, como um grupo de bebidas não alcoólicas que contêm cafeína, vitaminas e outros ingredientes não nutritivos estimulantes como a taurina, o *ginseng* e o guaraná. Tipicamente, são comercializadas e publicitadas como tendo a capacidade de aumentar os níveis de energia e a *performance* física e psicológica (Campbell et al., 2013). É importante diferenciar as bebidas energéticas dos restantes refrigerantes e das bebidas para desportistas uma vez que apresentam uma composição distinta sendo que a principal diferença é a presença de cafeína em elevadas concentrações e/ou outras substâncias estimulantes nas bebidas energéticas (OMS, 2014).

Considera-se bebida refrigerante, a bebida não alcoólica constituída por água e contendo em solução emulsão ou suspensão sumos concentrados ou desidratados, polmes, extratos vegetais, bicarbonato de soda e hidrocloreto de quinino. Pode ser opcionalmente adoçado, acidulado ou carbonado. Alguns refrigerantes com extratos vegetais, como as colas e o *ice tea* contêm na sua composição cafeína, contudo, em muito menor concentração que as bebidas energéticas.

As bebidas desportivas, geralmente, são não gaseificadas, contêm hidratos de carbono, minerais, eletrólitos e algumas vitaminas (PROBEB, 2019). Têm como objetivo a reposição de perdas durante o exercício físico, mas são desnecessárias num indivíduo com atividade física casual e dieta equilibrada não sendo recomendado o seu consumo por crianças (Committee on Nutrition and the Council on Sports Medicine and Fitness, 2011).

As bebidas energéticas são relativamente recentes, tendo a primeira bebida energética surgido no Japão em 1960. A sua introdução na Europa dá-se em 1987 na Áustria, tendo-se expandido rapidamente surgindo nos Estados Unidos em 1997. Ao longo das últimas décadas verificou-se um aumento drástico na sua popularidade e consumo sendo, na atualidade, um negócio global multibilionário. Existe uma grande variedade de bebidas energéticas no mercado e a regulamentação quanto à sua venda e consumo é pouco clara e heterogênea. Este facto aliado à sua popularidade entre os jovens, resultado de um *marketing* agressivo, aumenta a preocupação das entidades governamentais e de saúde sobre os possíveis efeitos destas substâncias (Breda et al., 2014).

1.1.1 A Adolescência e os hábitos de consumo de bebidas energéticas

A infância e a adolescência são consideradas etapas decisivas de crescimento e maturação do indivíduo. Muitos dos hábitos adquiridos durante este período repercutem-se sobre muitos aspetos da sua vida futura, como a alimentação, autoimagem, saúde individual, valores, preferências e desenvolvimento psicossocial (OMS, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define cronologicamente a adolescência como o período na vida do indivíduo que ocorre entre os 10 e os 19 anos de idade. A adolescência é um período especialmente crítico do desenvolvimento humano de passagem entre a infância e a idade adulta em que ocorrem intensas transformações físicas, psicológicas e sociais (OMS, 2013). A primeira transição ocorre a nível biológico com a puberdade. Cognitivamente os adolescentes começam progressivamente a desenvolver um raciocínio hipotético-dedutivo, contudo as suas capacidades cognitivas ainda não permitem a resolução de problemas em situações de estresse. A disparidade entre a maturidade física e social tem implicações nas suas escolhas comportamentais em situações de tensão como as induzidas pela pressão dos pares (Viner et al., 2012). Nesta fase da vida, o indivíduo está mais exposto às influências do meio ambiente onde se encontra inserido, desde a família, a escola e a comunidade em geral, apresentando maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de comportamentos de risco (Maia, Freira, Fonseca, Pedro, & Silva, 2010). Segundo Pender, Murdaugh, & Parsons, (2015), os comportamentos de risco para a saúde mais comuns incluem o consumo de tabaco, álcool, drogas, o início da atividade sexual precoce e os comportamentos agressivos.

Por outro lado, as crianças e os adolescentes constituem um alvo preferencial das estratégias de *marketing* e publicidade de todo o tipo, dado que apresentam maior

recetividade e maior vulnerabilidade à assimilação das mensagens veiculadas. No caso particular dos adolescentes, apresentam também maior autonomia e disponibilidade financeira para adotar comportamentos de consumo sem supervisão parental (Young, 2003)

Alguns estudos revelam que o consumo de bebidas energéticas tem vindo a aumentar, particularmente nas crianças, adolescentes e jovens adultos. Um estudo realizado em 2012, pela *European Food Safety Authority* (EFSA) sobre os hábitos de consumo de bebidas energéticas, incluiu dezasseis países da Europa e verificou que 68% dos adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos tinham consumido bebidas energéticas no último ano. Cerca de 53% dos adolescentes que consumiam bebidas energéticas realizavam a sua associação com álcool e 41% durante a prática de exercício físico (EFSA, 2013). Em Portugal, os hábitos de consumo deste tipo de bebidas foram avaliados em 2014, no distrito de Lisboa, pela Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE) em 851 adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos de idades tendo-se verificado o consumo deste tipo de bebidas em 42% dos inquiridos (Gaspar, Mendes, & Ramos, 2014). Um outro estudo realizado em 2017, no concelho de Guimarães a 704 adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos verificou o consumo em 63% dos participantes (Branco, Flor-de-lima, Ferreira, Macedo, & Laranjeira, 2017).

1.1.2 Riscos associados ao consumo de bebidas energéticas

O consumo de bebidas energéticas pelos jovens é uma realidade, mas as suas consequências e efeitos ainda não são totalmente conhecidos. Sabe-se que, tal como outras bebidas açucaradas, podem contribuir para o risco de obesidade e os efeitos adversos reportados são geralmente associados ao excesso de ingestão de cafeína e a sua associação com o álcool e a atividade física. Apesar da cafeína ser considerada o principal ingrediente, existem outras substâncias estimulantes presentes na sua constituição e os seus efeitos a médio e longo prazo, associados à cafeína, ainda não são totalmente conhecidos (Breda et al., 2014).

Excesso de cafeína

O excesso de cafeína tem sido associado a problemas cardiovasculares podendo originar palpitações e hipertensão arterial e à estimulação do sistema nervoso central, podendo dar origem a perturbações no sono, ansiedade e alterações no comportamento. Pode provocar também diurese excessiva, náuseas, vómitos, hipocalcemia, acidose metabólica,

convulsões e, em casos raros, a morte. Existe ainda o risco de Diabetes *Mellitus* tipo 2 por diminuição da sensibilidade à insulina e em mulheres grávidas pode provocar abortos involuntários, partos prematuros e recém-nascidos com baixo peso (Breda et al., 2014), (EFSA, 2013).

A EFSA elaborou em 2013 uma extensa revisão literária de modo a avaliar a segurança da cafeína e concluiu que a dose de cafeína diária não deverá exceder os 3 miligramas por quilo de peso, em adultos, adolescentes ou crianças, aconselhando-se a sua ingestão até duas horas antes da realização de exercício físico intenso.

Associação do consumo de bebidas energéticas e as bebidas alcoólicas

Segundo Breda et al. (2014), existe a prática entre os jovens, de misturar as bebidas energéticas com bebidas alcoólicas. Esta combinação poderá representar um risco para a saúde tendo em conta as características estimulantes das bebidas energéticas e as depressoras das bebidas alcoólicas. O seu consumo em associação, pode provocar uma menor perceção dos efeitos do álcool, originando uma falsa sensação de sobriedade a que se denomina de *wide awake drunkenness*. O indivíduo consegue se manter alerta durante mais tempo o que lhe permite continuar o comportamento de consumo, aumentando o risco de intoxicação. Apesar da perceção de sensação de embriaguez ser menor, não existe uma redução efetiva dos efeitos do álcool na coordenação motora, tempo de reação ou concentração sanguínea de álcool. Estes indivíduos apresentam uma maior probabilidade de adotarem comportamentos de risco como o consumo de drogas, os comportamentos sexuais não protegidos, os comportamentos agressivos e a condução de veículos sobre o efeito do álcool.

Ao nível dos efeitos adversos fisiológicos, a associação das bebidas energéticas e o álcool pode dar origem a desidratação o que dificulta a metabolização do álcool e aumenta a sua toxicidade. Poderá também induzir a uma redução na perceção de cefaleias, xerostomia, cansaço e coordenação motora (Gomes, 2015).

A EFSA (2013) refere que a sintomatologia provocada por esta associação não ocorre se não existir uma ingestão diária superior a 200 mg de cafeína sendo pouco provável que, até esta dosagem, a cafeína possa mascarar a perceção de intoxicação por álcool. No entanto a dose limite poderá ser facilmente alcançada, tendo em conta a concentração de cafeína presente nas bebidas energéticas. Em média, uma lata de bebida energética contém 30 mg em 100 ml e no mercado existem diversas marcas que comercializam bebidas de 500 ml, o que equivale a 160 mg de cafeína por lata (DECO, 2019).

Associação das bebidas energéticas e o desporto

Alguns adolescentes recorrem ao consumo de bebidas energéticas como meio para melhorar o seu desempenho desportivo. As campanhas de *marketing* focam-se na perceção que muitos jovens têm dos potenciais benefícios desportivos do seu consumo. As marcas transmitem uma imagem de masculinidade, patrocinam diversos eventos desportivos e tentam glorificar os efeitos dos seus produtos (Breda et al., 2014).

Segundo estudos descritos por Gaspar et al. (2014) e Alsunni (2015) a cafeína poderá eventualmente aumentar o desempenho desportivo, por melhorar a eficiência da contração muscular e por reduzir o esforço e a fadiga. Contudo, os resultados dos estudos desenvolvidos nesta área não têm sido muito consistentes, existindo alguns pesquisadores que não verificaram efeitos benéficos significativos (Alsunni, 2015).

O consumo excessivo de bebidas energéticas em associação com uma atividade física intensa poderá ser perigoso. Um estudo realizado após uma paragem cardiorrespiratória num piloto de motocross em 2009, sugere que a atividade física intensa associada a um excessivo consumo de bebidas energéticas poderá induzir a uma isquémia miocárdica por espasmo coronário podendo ter consequências fatais (Berger & Alford, 2009).

1.1.3 Implicações do consumo de bebidas energéticas nos adolescentes

O consumo de bebidas energéticas é muito recente, tem vindo a aumentar de forma alarmante e ainda persistem algumas dúvidas e contradições quanto ao seu efeito a médio e longo prazo. A apreensão aumenta quando falamos das gerações mais jovens que se encontram numa fase de desenvolvimento e onde o consumo é significativo.

Foi elaborada uma *scoping review* segundo o protocolo do *Joanna Briggs Institute* com o objetivo de identificar as implicações do consumo de bebidas energéticas por adolescentes (The Joanna Briggs Institute, 2015). No Apêndice I pode-se observar um excerto da revisão realizada.

O consumo de bebidas energéticas poderá ter diversas implicações, sendo possível subdividi-las em três grupos: efeitos adversos a nível fisiológico, alterações na saúde mental e a adoção de comportamentos de risco para a saúde.

Relativamente à possível ocorrência de efeitos adversos a nível fisiológico nos adolescentes, associados ao consumo de bebidas energéticas, quatro estudos apresentaram resultados similares à evidência existente na literatura previamente consultada. A maioria

dos sintomas identificados assemelham-se aos efeitos de consumo excessivo de bebidas com elevado teor de cafeína. No entanto, foram identificados outros sintomas menos específicos, sem relação direta com a cafeína, que podem ser provocados por outras substâncias contidas nas bebidas energéticas.

Para além dos possíveis efeitos adversos a nível fisiológico, alguns dos estudos analisados verificaram uma associação significativa entre o consumo de bebidas energéticas e as alterações na saúde mental e a adoção de comportamentos de risco para a saúde pelos jovens. Esta associação era mais significativa quanto maior a frequência no consumo.

Pela análise dos resultados não é possível comprovar uma causalidade entre o consumo de bebidas energéticas e as implicações identificadas. Contudo, os resultados obtidos são motivo para preocupação quanto aos efeitos e justificam precaução no seu consumo. Apesar das diferenças a nível geográfico e sociodemográfico dos estudos e da diversidade de implicações analisadas, verifica-se uma unânime apreensão relacionada com o consumo de bebidas energéticas pelos jovens.

Na atualidade, existe uma preocupação crescente, por parte das autoridades governamentais e de saúde, relativamente ao consumo de bebidas energéticas. Todavia, são poucos os países, que apresentam políticas para a sua regulamentação e que desenvolvem medidas para a sensibilização para os riscos potenciais associados ao seu consumo. (Breda et al., 2014). Nos estudos, são apresentadas algumas sugestões dirigidas às entidades governamentais e aos profissionais de saúde. Segundo os autores, deverão ser desenvolvidas políticas que restrinjam o acesso aos mais jovens através da definição de limitações na venda de acordo com a idade. Relativamente aos profissionais de saúde, é salientada a importância da sua sensibilização para os padrões de consumo entre os jovens e a necessidade de desenvolverem competências para a identificação dos sintomas que possam ser associados ao consumo de bebidas energéticas. É salientada a necessidade de uma maior aposta na educação dos consumidores sobre os potenciais riscos associados à sua ingestão.

1.1.4 Políticas de regulamentação e considerações para os profissionais de saúde

Apesar de existir uma crescente preocupação por parte das autoridades relacionada com o consumo de bebidas energéticas são poucos os países, a nível mundial, que possuem regulamentação quanto à sua composição, rotulagem e venda (Breda et al., 2014).

A nível europeu, a Alemanha, Suíça, Áustria, Bélgica, Dinamarca e Holanda adotaram medidas específicas quanto à composição e rotulagem das bebidas energéticas (Energy Drink Europe, 2014). Na Suécia algumas marcas de bebidas energéticas são vendidas apenas em farmácias e a indivíduos maiores de 15 anos. A Lituânia foi mais longe e desde 2014, banuiu a sua venda a menores de idade (Breda et al., 2014).

Em 2014, a regulamentação Europeia reforçou a rotulagem das bebidas que contêm elevados níveis de cafeína, ou seja, dosagem igual ou superior a 150 miligramas por litro, sendo obrigatória a seguinte frase no rótulo: “Alto teor de cafeína. Não recomendado a crianças, grávidas ou durante a amamentação”, seguido do teor de cafeína expresso em miligramas por 100 mililitros. Esta é a única medida que se encontra em vigor em Portugal (Breda et al., 2014), (Zucconi, et al., 2013), (Energy Drink Europe, 2014).

No Canadá, Austrália e Nova Zelândia foram implementadas medidas de rotulagem e definidos limites quanto ao teor máximo de cafeína. Contudo, nestes dois últimos países, os fabricantes de bebidas energéticas conseguiram contornar a legislação classificando as bebidas energéticas como suplementos dietéticos (Breda et al., 2014).

Apesar das discrepância e heterogenia de leis e regulamentações relacionadas com as bebidas energéticas existem fortes indícios que o seu consumo constitui um potencial risco para a saúde da população geral, mas principalmente para os mais jovens que ainda se encontram numa fase de desenvolvimento físico e cognitivo. A *American Academy of Pediatrics* (AAP) estabeleceu em 2011 que este tipo de bebidas não deve fazer parte da alimentação de crianças e adolescentes devido ao seu efeito estimulante. Esta recomendação foi reafirmada novamente em 2018. (AAP, 2018).

Os profissionais de saúde devem estar cientes dos possíveis riscos associados ao consumo de bebidas com elevado teor de cafeína e da associação do seu consumo com o álcool e a atividade física. As políticas de saúde devem garantir que os profissionais estão preparados para educar as famílias e os jovens em risco, sobre as potenciais consequências do consumo excessivo (Breda et al., 2014).

1.2 Promoção da saúde, capacitação e cidadania

O conceito de saúde tem se vindo a modificar ao longo dos tempos, influenciado pelas circunstâncias sociais, económicas, políticas e culturais de cada época. A interpretação do conceito depende dos valores individuais de cada um, a sua localização geográfica, condição social, conhecimento e crenças religiosas ou filosóficas (Scliar, 2007).

Em 1948, a OMS definiu a saúde como: “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 2014, p. 1). Esta definição é a que reúne maior consenso até aos dias de hoje e marcou uma rotura com a perspetiva biomédica centrada na doença que existia até então, promovendo o desenvolvimento de uma abordagem holística, global e positiva da saúde (Dias & Gama, 2014).

A declaração de Alma-Ata redigida em 1978, vem evidenciar a saúde como um direito humano fundamental e um objetivo social. Nesta declaração foram instituídas novas diretrizes para as políticas de saúde dando-se ênfase à participação individual e cooperativa dos governos a nível global, no planeamento e concretização da implementação dos Cuidados de Saúde Primários. O conceito de cidadania em saúde surge nesta declaração como: “o direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde” (OMS, 1978, p. 1).

As orientações desta declaração fomentaram o desenvolvimento de novas estratégias que culminaram na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986. Desta conferência resultou a carta de Ottawa onde a promoção de saúde foi definida como: “um processo que visa a criação de condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os fatores sociais, económicos, ambientais e pessoais que a influenciam”. Nesta carta é salientado o facto da saúde ser “um conceito positivo” que não é apenas uma responsabilidade dos recursos de saúde. Exige a capacitação individual e coletiva no sentido da adoção de estilos de vida saudáveis de modo a ser possível atingir o bem-estar (OMS, 1996, p. 1).

Ao longo dos anos foram realizadas diversas conferências e reuniões no sentido de fortalecer valores e princípios fundamentais dos quais se destaca: a integração do modelo socioecológico; a visão salutogénica centrada nos fatores que mantêm os indivíduos saudáveis; a abordagem holística e multisectorial; o interesse no desenvolvimento sustentável; o compromisso com a justiça social e a equidade; o desenvolvimento de

abordagens centradas na capacitação e o empoderamento dos indivíduos e comunidades e o respeito e sensibilidade face à diversidade cultural (Dias & Gama, 2014).

Na atualidade, a promoção da saúde representa “uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações”. Tendo em conta a sua visão ampla do binómio saúde-doença e dos fatores que os determinam propõe a mobilização de saberes científicos e populares e uma abordagem multisectorial e multidisciplinar para a sua resolução (Buss, 2000, p. 163).

Para Graça (2015), a promoção da saúde tem como principais metas a mudança social que auxilie na tomada de decisões saudáveis e o empoderamento a nível individual e comunitário. Para tal, é necessária a criação de políticas que atuem nos comportamentos que têm impacto nos estados de saúde e bem-estar dos indivíduos. É essencial promover a literacia em saúde, a capacitação e a participação ativa dos indivíduos e comunidades. Só deste modo estão criadas as condições para o desenvolvimento de autonomia e responsabilidade em relação à saúde (DGS, 2015). Neste contexto, a cidadania em saúde surge como um desafio em que se pretende uma interação dinâmica entre estes conceitos: “reforça-se através da promoção de uma dinâmica contínua de desenvolvimento que integre a produção e partilha de informação e conhecimento (literacia em saúde), numa cultura de pro-atividade, compromisso e auto controlo do cidadão (capacitação), para a máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (participação ativa/empoderamento)” (Gonçalves & Ramos, 2010, p. 4).

Os profissionais que desenvolvem a sua intervenção no âmbito da promoção da saúde, devem orientar a sua conduta no sentido de auxiliar no desenvolvimento da autonomia e responsabilização dos indivíduos e grupos através de uma tomada de decisão partilhada. Estes devem-se reger pelos princípios e valores que orientam a sua profissão e deter um corpo de saberes técnico científicos e competências socioculturais que se adaptem às necessidades das pessoas e comunidades alvo da sua intervenção (Graça, 2015).

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, um dos enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional de enfermagem é a promoção da saúde. O enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde pública, na procura pela excelência no seu exercício profissional, deverá auxiliar os grupos e comunidades a atingir o máximo o seu potencial de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Uma das principais estratégias da promoção da saúde e que permite a sua operacionalização é a Educação para a Saúde (EpS). A EpS é um recurso fundamental que

tem como objetivo primordial a melhoria da saúde dos indivíduos e comunidades através do aumento dos seus conhecimentos e influência sobre as suas ações. Não implica apenas a transmissão de informação mas o desenvolvimento de instrumentos que promovam a motivação e confiança do indivíduo no seu autocuidado para que este adote comportamentos que melhorem o seu estado de saúde (OMS, 1998). Partindo deste princípio, os indivíduos com melhores conhecimentos e sobre os quais tenha sido exercida uma influência positiva, fomentadora de comportamentos de saúde, tendem a adotar comportamentos mais assertivos e melhorar a sua qualidade de vida.

O enfermeiro deverá utilizar este recurso de modo a promover a capacitação dos indivíduos, grupos e/ou comunidades. Deverá desempenhar um papel de educador adaptando a sua intervenção às particularidades e necessidades identificadas. A sua intervenção como profissional de saúde deve ser realizada num contexto pluridisciplinar e multisectorial visando “educar na, com e para a saúde em qualquer estágio do ciclo de vida do indivíduo inserido no seu contexto” (Amorim, 2015, p.16).

1.2.1 Promoção da saúde em meio escolar

A escola como espaço seguro e saudável, facilita a adoção de comportamentos de saúde e é um meio propício para a promoção e manutenção da saúde na comunidade educativa (SNS, 2019).

A promoção da saúde em meio escolar pretende dar resposta às necessidades da população escolar através de processos de ensino e aprendizagem que melhorem o rendimento escolar, promovam a literacia para a saúde e um estilo de vida saudável. Neste sentido a Saúde Escolar tem tido, ao longo dos anos um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença em contexto escolar. O seu propósito é compreender, conhecer e agir sobre os comportamentos e proteger o bem-estar das crianças e jovens, com especial atenção pelos mais vulneráveis. A sua intervenção inclui uma abordagem holística da saúde na escola e uma ação biopsicossocial sobre o indivíduo (DGS, 2015).

Para que esta abordagem de promoção da saúde seja possível é essencial o desenvolvimento de uma intersectorialidade. Nas intervenções em meio escolar deverá existir uma ação conjunta dos sistemas de saúde, educação, segurança social e comunidade em geral no sentido da promoção da saúde, diminuição das desigualdades, continuidade e sustentabilidade dos programas de capacitação da comunidade educativa (DGS, 2015).

Em Portugal, foi desenvolvido um protocolo de parceria entre a saúde e a educação em vários níveis de intervenção. A nível central, a Direção Geral de Saúde (DGS) e a Direção Geral de Educação (DGE) trabalham em articulação no sentido de definir políticas comuns e produção de guias orientadores de boas práticas. A nível local as unidades de saúde colaboram com as escolas “no diagnóstico, definição de prioridades de intervenção e no desenho de projetos de educação para a saúde” (DGE, 2014, p. 6).

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) é o instrumento orientador das políticas nacionais no âmbito da promoção da saúde em meio escolar e encontra-se estruturado em seis eixos estratégicos: capacitação, ambiente escolar e saúde; condições de saúde; qualidade e inovação; formação e investigação em saúde escolar e parcerias. No eixo estratégico da capacitação da comunidade educativa para a adoção de estilos de vida saudável foram definidas áreas de intervenção.

Uma das áreas definidas é a “Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância” onde são incluídos os consumos de *performance*. Os consumos de *performance* são definidos como “um grupo de substâncias que, pelo seu caráter legal, fazem parte dos consumos quotidianos e são vistos, por muitos, como produtos isentos de risco...para aumentar a capacidade de concentração, emagrecer/engordar, descontrair e acalmar” (DGS, 2015, p.29). O consumo de bebidas energéticas pode ser enquadrado neste contexto na medida em que são substâncias legais publicitadas como tendo a capacidade de aumentar a *performance* física e psicológica mas cuja ingestão poderá acarretar riscos para a saúde (Breda, Whiting, & Encarnação, 2014).

Segundo o PNSE (2015), os profissionais de saúde que exercem funções na área da Saúde Escolar devem estar atentos e desenvolver ações de sensibilização dirigidas à comunidade educativa com o intuito educar sobre estes fatores de risco, as suas consequências para a saúde e o seu impacto no rendimento escolar de modo a prevenir este tipo de consumos.

1.3- Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola J. Pender

Segundo Meleis (2012), uma teoria de enfermagem pode ser definida como uma conceptualização de um aspeto da realidade do enfermeiro e deve servir o objetivo de descrever um fenómeno, explicar as suas relações, predizer consequências ou implementar intervenções.

O recurso a modelos e teorias de enfermagem no âmbito da promoção da saúde é importante uma vez que pode auxiliar na compreensão dos determinantes de saúde e orientar para as soluções que respondam às necessidades das pessoas envolvidas (Vitor et al., 2005). Tendo em conta que existem diversas teorias de enfermagem foi necessário proceder-se a uma análise, como Meleis (2012) preconiza, de modo a selecionar a que apresentava uma maior utilidade e favorecia o aumento do conhecimento.

O Modelo de Enfermagem selecionado foi o Modelo de Promoção da Saúde. O motivo para a sua escolha prende-se com o facto de apresentar uma estrutura simples e clara podendo ser utilizado de modo a servir de enquadramento e suporte às decisões de planeamento, intervenção e avaliação das ações de promoção da saúde à pessoa e/ou a um grupo (Vitor et al., 2005).

O Modelo de Promoção da Saúde foi desenvolvido nos anos 80 nos Estados Unidos de América por Nola J. Pender. A autora refere que o que a motivou à sua criação foi o facto de ter verificado desde cedo na sua prática como enfermeira, que os profissionais de saúde intervinham apenas quando as pessoas desenvolviam doenças: “A atenção era centrada no tratamento. Estava convencida que a qualidade de vida dos indivíduos poderia ser melhorada através da prevenção dos problemas antes da sua ocorrência” (p.2). Os modelos de prevenção do comportamento da época como o Modelo de Crença na Saúde centravam-se no “medo” e na motivação negativa. A autora decidiu então desenvolver um modelo que se centrasse em recursos motivacionais positivos e em que a “ameaça” não era proposta como a principal fonte motivacional para promoção de comportamentos saudáveis (Pender, 2011).

Em 1990 é publicada a sua primeira versão que se focava em influências generalistas dos comportamentos saudáveis. Em 2002, com base numa mudança na perspetiva teórica e descobertas empíricas surge uma segunda versão em que foram introduzidas três novas variáveis e que se centra em influências mais específicas dos comportamentos saudáveis (Pender, 2011), (Khoshnood, Rayyani, & Tirgari, 2018).

O Modelo de Promoção da Saúde pretende ser uma estrutura que integra a perspetiva da enfermagem e da ciência comportamental com os fatores que influenciam os

comportamentos em saúde. O modelo oferece um guia que permite analisar os processos biopsicossociais que motivam as pessoas a se envolverem em comportamentos direcionados para a melhoria da sua saúde (Pender et al., 2015).

Segundo Parsons, Pender & Murdaugh (2011) este modelo centra-se em ajudar as pessoas a alcançar níveis mais altos de bem-estar e a identificar os fatores que influenciam os seus comportamentos de saúde. O seu objetivo não é apenas ajudar as pessoas a evitar as doenças através do comportamento, mas tenta encontrar formas através das quais as pessoas possam alcançar uma melhor saúde. O modelo pode auxiliar os enfermeiros a entender os principais determinantes dos comportamentos de saúde proporcionando uma base para o aconselhamento comportamental para a promoção de estilos de vida saudáveis.

O modelo é apresentado esquematicamente sob a forma de um diagrama no qual se podem observar três componentes principais dos quais derivam variáveis. O estudo das suas inter-relações possibilita a avaliação dos comportamentos que levam à promoção da saúde (Vitor et al., 2005), (Pender et al., 2015).

Seguidamente serão enunciados os componentes e variáveis que compõem este modelo:

- **Características e experiências pessoais:** Cada pessoa detém características e experiências únicas que afetam as suas ações posteriores. A importância do seu efeito depende do comportamento alvo. Este componente inclui duas variáveis, nomeadamente, o comportamento anterior e os fatores pessoais (Pender et al., 2015).

- **Cognição e afeção do comportamento:** Considera-se o núcleo central do modelo porque é o componente que pode ser modificado através de intervenções e detém um grande significado motivacional. Refere-se aos sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento sendo formado por 6 variáveis: Benefício da ação percebida, barreiras percebidas à ação, autoeficácia percebida, atividade relacionada com a apresentação, influências interpessoais e influências situacionais (Pender et al., 2015):

- **Resultado Comportamental:** Abrange 3 variáveis, nomeadamente, o compromisso com o plano de ação, exigências e preferências imediatas e o comportamento de promoção da saúde. O comportamento de promoção da saúde é resultado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde. Os comportamentos de promoção da saúde, principalmente quando integrados num estilo de vida saudável, resultam em melhoria da saúde, capacidade funcional aprimorada e melhor qualidade de vida em todas as etapas do desenvolvimento (Pender et al., 2015).

De modo a compreender a aplicabilidade do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender a uma situação concreta e analisar se este seria o modelo mais adequado para servir de suporte à intervenção, foi elaborado um diagrama constituído pelos seus componentes e variáveis de uma intervenção comunitária no âmbito do consumo de bebidas energéticas dirigida a adolescentes que pode ser observado no Apêndice II.

2 METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

2.1 Diagnóstico de Saúde

O Diagnóstico de Saúde é o primeiro passo no processo do Planeamento em Saúde e só faz sentido se permitir a identificação das necessidades de saúde da população alvo (Tavares, 1990).

Nesta fase é essencial uma apreciação minuciosa da população do concelho da área de influência da unidade onde decorreu o estágio final que faculte uma compreensão clara do estado de saúde geral, permita a identificação das populações de risco e documente as suas necessidades de saúde (Stanhope & Lancaster, 2011).

2.1.1 Contextualização do local de realização do estágio final

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) encontra-se sediada num concelho da região do Algarve. A sua área de intervenção geodemográfica corresponde a quatro freguesias e em janeiro de 2020 apresentava 23 606 utentes inscritos (SNS, 2020).

A UCC integra um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) que apresenta 168 388 utentes inscritos e que se estrutura em diferentes unidades e órgãos de gestão. Relativamente às suas unidades funcionais o ACeS dispõe de quatro Unidades de Saúde Familiar, sete Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), seis UCC, uma Unidade de Saúde Pública e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (ARS Algarve, 2016). O concelho dispõe de duas unidades funcionais, uma UCSP e uma UCC, que prestam cuidados de saúde aos utentes desta comunidade (SNS, 2020).

Relativamente aos recursos humanos, em 2019 o ACeS apresentava 81 médicos de família distribuídos pelas suas unidades funcionais. O concelho apresentava 13 médicos de família e uma taxa de utentes sem médico de família de 20,62%. Relativamente aos profissionais de enfermagem, existiam no concelho 24 enfermeiros em desempenho de funções nos Cuidados de Saúde Primários o que corresponde a 0,98 enfermeiros por cada 1000 habitantes (BI-CSP, 2019).

A missão e intervenção da UCC segue os princípios definidos no Despacho Nº10143/2009, de 22 de abril do Regulamento da Organização e Funcionamento das UCC. Apresenta como missão a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade aos utentes da área geográfica onde se insere, contribuindo deste modo para a melhoria do estado de saúde da população do concelho, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo, de modo direto, para o cumprimento da missão do ACeS (SNS, 2020). Relativamente à sua intervenção, a unidade: “assegura a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Simões, 2018, p. 7).

Quanto à sua acessibilidade, a unidade possibilita o acesso a todos os cidadãos que necessitem dos seus serviços e que apresentem critérios de inclusão no âmbito da intervenção das suas equipas assim como a todas as entidades ou unidades com as quais a UCC desenvolve atividades e compromisso assistencial (Simões, 2018).

Recursos Materiais e Humanos

A UCC é composta por sete salas, um balcão de atendimento e uma sala de espera. Relativamente aos recursos humanos, a unidade apresenta uma equipa multidisciplinar constituída por oito enfermeiros, duas assistentes operacionais e uma assistente técnica que desenvolvem a sua atividade em regime de exclusividade. É composta ainda por um médico, uma assistente social, uma psicóloga clínica, um higienista oral e uma fisioterapeuta que dão apoio em algumas áreas de intervenção da unidade.

Carteira de Serviços

Segundo Simões (2018), a carteira de serviços da UCC é composta pelos seguintes programas e projetos: Equipa de Saúde Escolar; Equipa Cuidados Continuados integrados; Programa de preparação para a parentalidade; Intervenção em aleitamento materno; Intervenção no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância; Equipa de Prevenção da Violência em Adultos; Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco; Plano de desenvolvimento e formação profissional; Programa da melhoria contínua e Programa de prevenção e controlo de infeções e resistência a antimicrobianos.

A unidade desenvolve também a sua intervenção através da sua representação em outras áreas, nomeadamente: Rede social; Núcleo Local de inserção; Comissão de Proteção a Crianças e Jovens e Conselho Municipal de Educação.

Os programas e projetos da carteira de serviços da unidade, ou seja, o compromisso assistencial contratualizado, é descrito no seu Plano de Ação de 2018 e segue o alinhamento do Plano Local de Saúde do ACeS. Neste são definidos os objetivos e atividades a desenvolver de acordo com os problemas de saúde identificados na população, os recursos existentes e as orientações técnicas (Simões, 2018).

Seguidamente, será realizada uma breve caracterização da equipa de Saúde Escolar da UCC que teve o privilégio de acompanhar ao longo desta etapa de aprendizagem.

Equipa de Saúde Escolar

A intervenção da Equipa de Saúde Escolar apresenta como referencial os seguintes objetivos delineados no PNSE 2015 (Simões, 2018):

- Promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa;
- Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde;
- Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos alunos;
- Estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar.

A equipa é constituída por duas enfermeiras e um higienista oral que desenvolvem a sua intervenção na rede escolar pública e em algumas Instituições Particulares de Solidariedade Social do concelho. Em algumas das intervenções e sempre que necessário é solicitado o apoio de outros elementos da equipa da unidade funcional.

As atividades desenvolvidos focam-se no âmbito da vigilância da saúde dos alunos, na articulação com os representantes das escolas no sentido de implementar medidas promotoras da saúde em ambiente escolar e na execução de projetos de EpS. Os projetos propostos para execução no ano letivo de 2019/2020 e que teve o privilégio de acompanhar e assistir a algumas sessões, são no âmbito da educação alimentar, educação sexual, saúde oral, prevenção de consumos de substâncias licitas e ilícitas e formação em suporte básico de vida (Simões, 2018).

2.1.2 Caracterização da comunidade

O concelho onde se encontra inserida a UCC situa-se na região do Algarve, pertence ao distrito de Faro e abrange uma área total de 88,3 Km² (PORDATA, 2019).

Segundo o PORDATA (2019) no ano de 2017, apresentava uma densidade populacional total de 258,1 habitantes por Km² sendo superior à média nacional (112,3 habitantes/Km²) e à média do Algarve (88,2 habitantes/ Km²). Era constituído por 22 776 residentes o que correspondia a 5,16 % da população total da região do Algarve. Relativamente ao género, cerca de 10 958 habitantes eram do género masculino (48,11%) e 11 795 do género feminino (51,78%). Quanto às faixas etárias 3 311 habitantes apresentavam idades inferiores a 15 anos e 4 718 idades iguais ou superiores a 65 anos idade, com uma taxa de crescimento efetivo anual de -0,2%, acompanhando o saldo negativo da média nacional. Apresentava um índice de envelhecimento de 140,4 por cada 100 jovens, sendo ligeiramente menor à média nacional (153,2) (INE, 2018).

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2018), o concelho apresentava uma taxa bruta de natalidade de 9,17 ‰, que corresponde a 209 nascimentos, acima da taxa de natalidade portuguesa (8,3 ‰). Relativamente à taxa de mortalidade, apresentava 10,44 óbitos por cada mil habitantes, muito semelhante à realidade nacional (10,65‰). A taxa de mortalidade infantil era bastante reduzida, correspondendo a cerca de 1‰ sendo inferior à média nacional. Quanto à taxa bruta de nupcialidade, foram realizados 4,7 matrimónios por cada mil habitantes e 2,5‰ de divórcios (INE, 2018).

O concelho apresenta um saldo natural negativo desde 2011, no entanto, verificou-se um crescimento da população residente. Este facto poderá ser influenciado pelos movimentos migratórios. A entrada de imigrantes permite aumentar a população e reforçar os grupos etários mais jovens e em idade ativa, atenuando o envelhecimento demográfico. Analisando o indicador de residentes com nacionalidade estrangeira verifica-se que o concelho apresentou um aumento na população estrangeira entre 2001 e 2017 de 9% para 16,7%, muito acima da média nacional (4%) (PORDATA, 2019).

Em termos de ensino o concelho apresenta um parque escolar composto por estabelecimentos da rede pública, particular e solidária. A rede pública é composta por dois agrupamentos de escolas. O agrupamento de escolas A é constituído por três escolas do ensino básico (EB) com Jardim de Infância (JI) e 1ºciclo, uma escola de EB com 2º e 3º ciclo e uma escola secundária. O agrupamento de escolas B é composto três escolas do EB com JI e 1ºciclo e duas escolas do EB com 2º e 3º ciclo (Rede Social de [REDACTED] 2011). O concelho

apresenta também quatro Instituições Privadas de Solidariedade Social e uma escola de ensino particular (Rede Social de ██████ 2011).

No ano letivo de 2016/2017 encontravam-se inscritos 3 463 alunos no ensino público e privado nos diferentes níveis de ensino. O concelho apresentava um valor de taxa real de pré-escolarização de 100%, sendo este valor superior ao da região (91,1%) e a nível nacional (90,8%). A taxa de retenção e desistência no ensino básico era de 5%, inferior à média da região (7,6%) e à média nacional (5,4%). No secundário este valor sobe drasticamente para 24,6% sendo superior à média nacional (14,9%) e à média do Algarve (20%) (DGEEC, 2017).

2.1.3 Análise de risco

Para a elaboração de uma intervenção é necessário realizar uma análise provável dos obstáculos ou ameaças à respetiva execução. Estes podem ser de vários tipos, nomeadamente, ao nível do pessoal, dos equipamentos, do meio ambiente, das questões administrativas ou recursos financeiros (Imperatori & Giraldes, 1982).

De modo a avaliar se a equipa de Saúde Escolar da UCC e os agrupamentos de escolas apresentavam uma estrutura capaz de aceitar um projeto de intervenção na área da prevenção e redução do consumo de bebidas energéticas pelos adolescentes foi elaborada uma análise SWOT¹ que pode ser observada no Apêndice III. A análise SWOT ou em português a análise FOFA² é um importante instrumento ligado à gestão. É utilizada para o planeamento estratégico e consiste em recolher dados importantes, efetuar análises internas e externas e preparar opções estratégicas, que permitam identificar os riscos, os problemas e a prioridade dos mesmos (Turner, 2010).

A análise possibilitou a identificação dos pontos fortes que se traduzem pela motivação e compromisso demonstrado pela equipa interdisciplinar em participar e colaborar no projeto. As fraquezas podem ser ultrapassadas através de uma boa gestão dos recursos existentes e uma boa articulação entre os vários elementos envolvidos no projeto.

Relativamente às oportunidades, a área em que se pretende intervir tem sido alvo de uma crescente preocupação por parte das autoridades governamentais e de saúde. Este facto suscita bastante interesse pelo tema e facilita o desenvolvimento de intervenções nesta área. Possibilitou ainda a identificação dos pontos de fragilidade (fraquezas e ameaças) o que nos

¹ *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

² Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças

permite prever as dificuldades que podem surgir. Durante o planeamento e realização das atividades serão desenvolvidas estratégias que permitam minimizar as ameaças identificadas. Após a realização desta análise considera-se que as forças e oportunidades superam as fraquezas e ameaças e encontram-se reunidas as condições para o desenvolvimento de uma intervenção nesta área.

2.1.4 População alvo

Para Fortin (1999, p.202) “a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção (...) e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”. A população alvo que se pretendeu aceder era constituída por adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos de idade, matriculados nas escolas do EB do 2º, 3º ciclo e secundário nos agrupamentos de escolas públicas no ano letivo 2019/2020, da área de intervenção da UCC onde decorreu o estágio final. Foi realizado o levantamento do número de elementos das respetivas escolas tendo sido identificados 1535 elementos.

Como a população alvo é raramente acessível, na sua totalidade, foi necessário recorrer a uma amostra. De modo a que amostra fosse considerada significativa, foi realizado o cálculo da dimensão total da amostra para um nível de confiança de 95%, com erro de amostragem de 5%. tendo se obtido o valor de 308.

De forma a dar resposta a este resultado recorreu-se à técnica de amostragem não probabilística por conveniência. Foi efetuado o levantamento do número de turmas por cada ano escolar e o número aproximado de elementos por cada turma. De acordo com os resultados obtidos foram selecionadas duas turmas por cada ano em cada um dos agrupamentos escolares pelas coordenadoras da Promoção e Educação para a Saúde (PES) de cada um dos agrupamentos. Foram distribuídos 658 consentimentos informados aos alunos para entrega aos encarregados de educação pelos respetivos diretores de turma. Foram recolhidos 336 consentimentos devidamente assinados tendo se procedido à aplicação presencial do inquérito a esses elementos. Durante a introdução dos dados foram considerados dez inquéritos nulos por não estarem devidamente preenchidos obtendo-se uma amostra final constituída por 326 elementos.

2.1.5 Instrumentos, técnicas e procedimentos

Segundo Pender et al. (2015), faz parte da competência do enfermeiro o uso de medidas de avaliação que permitam documentar áreas que necessitam de intervenção para a promoção da melhoria do estado de saúde dos indivíduos, famílias e/ou comunidades. A utilização de instrumentos válidos baseados em teoria e pesquisa é essencial para a realização de uma avaliação significativa. O conhecimento preciso do cliente, família ou comunidade facilitará o desenvolvimento e implementação de intervenções bem sucedidas de promoção da saúde.

O inquérito selecionado denomina-se: “Inquérito aos hábitos de consumo de bebidas energéticas e refrigerantes e é uma adaptação portuguesa realizada ASAE de um questionário utilizado no estudo desenvolvido pela EFSA: “*Gathering consumption data on specific consumer groups of energy drinks*” (Zucconi et al., 2013) que pode ser observado no Anexo I.

Encontra-se organizado em sete secções, nomeadamente, informações gerais, perfil do consumidor, consumo de bebidas energéticas, consumo associado de bebidas energéticas e álcool, consumo de bebidas energéticas e desporto, hábitos gerais de consumo e consumo de outras bebidas, num total de 44 questões de resposta fechada.

A aplicação deste inquérito teve como objetivos avaliar os hábitos de consumo de bebidas energéticas e refrigerantes da população alvo e os determinantes de saúde que os influenciam. Os inquéritos foram aplicados presencialmente entre 18 de outubro e 5 de novembro de 2019, em ambos os agrupamentos, em contexto de sala de aula aos alunos maiores de 18 anos que tinham dado o seu consentimento e aos alunos cujo encarregado de educação tivesse consentido a autorização da participação do educando no estudo.

2.1.6 Considerações éticas e deontológicas

Sendo este relatório realizado no âmbito da enfermagem destaca-se o artigo 106º do dever do sigilo do seu Código Deontológico inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, que afirma na alínea d) que o enfermeiro no exercício da sua profissão deve “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 8). Num procedimento que envolve pessoas deve existir sempre respeito, anonimato e confidencialidade.

Os questionários foram aplicados de modo a interferir o menos possível com o funcionamento das aulas letivas. Os inquiridos responderam às questões de forma livre e consciente, não tendo sido utilizadas práticas de coação física, psíquica, moral ou enganosa, impeditiva da livre manifestação da vontade pessoal dos alunos que aceitaram colaborar. Durante a aplicação dos mesmos foi utilizada uma linguagem acessível, tendo sido assegurada a garantia de esclarecimento, a opção de voluntariedade e a liberdade na participação. Os inquéritos foram aplicados apenas aos alunos maiores que aceitaram colaborar e que assinaram o consentimento informado e aos menores de idade que apresentaram a autorização dos encarregados de educação devidamente preenchida.

Para a introdução dos inquéritos na base de dados procedeu-se à sua identificação através de uma chave de identificação numérica de forma a garantir o anonimato dos participantes do estudo.

De modo a acautelar os aspetos ético-deontológicos foram efetuados os seguintes procedimentos:

- Pedido de autorização aos autores da versão portuguesa do inquérito tendo se obtido resposta positiva (Anexo II);
- Pedido de autorização à DGE, através do sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar tendo sido dada autorização para a sua aplicação. (Anexo III);
- Pedido de autorização às direções dos agrupamentos de escolas tendo sido dado um parecer favorável (Apêndice IV);
- Entrega do consentimento informado aos alunos com 18 anos de idade e aos Encarregados de Educação (Apêndice V).

2.1.7 Apresentação e análise dos resultados

Após a recolha dos dados por meio do inquérito procedeu-se ao seu tratamento estatístico com recurso às ferramentas estatísticas Excel 2013 e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.

De acordo com os dados obtidos foi desenvolvido um estudo quantitativo, descritivo transversal com o objetivo de realizar a caracterização sociodemográfica da amostra e identificar os comportamentos relacionados com o consumo de bebidas energéticas, de outras bebidas com teor de cafeína e de refrigerantes com e sem teor de cafeína. O estudo pretendeu ainda analisar a existência da associação entre o consumo de bebidas energéticas e outros determinantes em saúde como o consumo do álcool e a prática desportiva.

Com base no Modelo de Promoção da Saúde já anteriormente apresentado os dados relativos à caracterização sociodemográfica da amostra foram agrupados no componente **Características e experiências pessoais** em fatores pessoais biológicos (idade e género) e fatores pessoais socioculturais (freguesia de residência, ano de escolaridade, agregado familiar) Os dados podem ser observados no quadro 1 e 2 (Pender et al., 2015).

Quadro 1. Fatores pessoais biológicos

Factores Pessoais Biológicos					
Variável	Média	Moda	Desvio Padrão	Minímo	Máximo
<i>Idade</i>	13	15	2,40	10	18
Variável			Valor Absoluto	Percentagem	
<i>Género</i>	Masculino		158	48,47%	
	Feminino		168	51,53%	

Pela análise dos fatores biológicos, nomeadamente da variável *idade* verifica-se que a amostra apresenta um ligeiro desvio na sua distribuição uma vez que a média de idade situa-se nos 13 anos e a moda nos 15 anos de idade. Relativamente ao género, a amostra apresenta 48,47% elementos do género masculino e 51,53% elementos do género feminino sendo semelhante à população do concelho (48,11% do género masculino e 51,78% do género feminino) (INE, 2019).

Quadro 2. Fatores pessoais socioculturais

Fatores Pessoais Socioculturais			
Variável		Valor Absoluto	Porcentagem
<i>Freguesia de residência</i>	A	92	28,2%
	B	7	2,1%
	C	170	52,2%
	D	13	4%
	Outra	44	13,5%
<i>Ano de Escolaridade</i>	5º	47	14,4%
	6º	46	14,1%
	7º	37	11,4%
	8º	48	14,7%
	9º	69	21,2%
	10º	28	8,6%
	11º	28	8,6%
	12º	23	7%
<i>Agregado Familiar</i>	Pais	311	95%
	Avós	5	2%
	Outros	10	3%

Quanto à freguesia de residência a grande maioria dos elementos da amostra residem na freguesia C (52,2%) seguido da A (28,2%). Estes valores são congruentes com a densidade populacional das diferentes freguesias do concelho.

Relativamente ao número de elementos por cada ano de escolaridade verifica-se que a amostra apresenta um maior número de elementos entre o 5º e o 9º ano de escolaridade sendo este último, o ano que apresenta o maior número de elementos. Os dois agrupamentos de escolas, dos quais foi recolhida a amostra, apresentam diferentes níveis de ensino. O agrupamento A é composto por estabelecimentos de ensino com 2º e 3º ciclo e secundário e o agrupamento B por estabelecimentos de ensino com 2º e 3º ciclo. Deste modo a amostra apresenta um maior número de elementos a frequentar o 2º e 3º ciclo do que o secundário. Esta situação também influenciou a média de idades observada anteriormente. O 9º ano de escolaridade é o que apresenta o maior número de elementos porque para além das duas turmas por agrupamento foram inseridos dados relativos a duas turmas de Cursos de Educação e Formação que confere certificação escolar os alunos equivalente ao 3º ciclo. Quanto ao agregado familiar verificou-se que cerca de 95% da amostra reside com os pais. As famílias monoparentais foram incluídas no item da residência com os pais.

Os resultados das questões relacionadas com os comportamentos de consumo dos inquiridos foram agrupados na variável de **Comportamentos anteriores** de acordo com o Modelo de Promoção da Saúde. As variáveis analisadas foram: os hábitos tabágicos, o consumo de bebidas energéticas, o consumo de bebidas com teor de cafeína e o consumo de refrigerantes com e sem teor de cafeína. Os resultados podem ser observados no quadro 3.

Quadro 3. Comportamentos anteriores

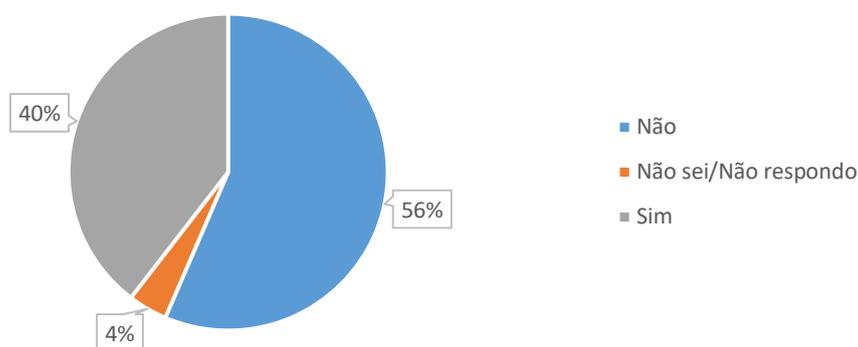
Comportamentos anteriores			
Variável		Valor Absoluto	Percentagem (%)
<i>Consumo de tabaco</i>	Não	266	82%
	Não Respondo	14	4%
	Sim	46	14%
	Nº cigarros/dia		
	0	14	30,4%
	1 -5	21	45,7%
	6-10	1	2,2%
	11-20	8	17,4%
>1 maço	2	4,3%	
<i>Consumo de bebidas energéticas</i>	Não	184	56%
	Não sei/Não Respondo	13	4%
	Sim	129	40%
	Diariamente	6	5%
	>1x/semana	14	11%
	1x/semana	9	7%
	1-2x mês	34	26%
	Raramente	61	47%
Não sei /Não respondo	5	4%	
<i>Consumo de café</i>	Não	141	43%
	Sim	185	57%
	Diariamente	45	14%
	>1x/semana	28	9%
	1x/semana	19	6%
Raramente	91	28%	
<i>Consumo de chá</i>	Não	178	55%
	Sim	148	45%
	Diariamente	20	6%
	>1x/semana	10	3%
	1x/semana	16	5%
Raramente	102	31%	
<i>Consumo de refrigerantes tipo cola</i>	Não	77	24%
	Sim	249	76%
	Diariamente	35	14%
	>1x/semana	36	14%
	1x/semana	49	20%
Raramente	129	52%	
<i>Consumo de refrigerantes tipo ice tea</i>	Não	29	9%
	Sim	297	91%
	Diariamente	71	24%
	>1x/semana	62	21%
	1x/semana	44	15%
Raramente	120	40%	
<i>Consumo de refrigerantes sem cafeína</i>	Não	92	28%
	Sim	234	72%
	Diariamente	28	12%
	>1x/semana	40	17%
	1x/semana	43	18%
	1-2 vezes por mês	49	21%
Raramente	74	32%	

De acordo com os resultados obtidos verificou-se a existência dos comportamentos anteriores alvos de avaliação. O consumo do tabaco é o comportamento que apresenta a menor frequência de respostas positivas (14%) e o consumo de refrigerantes do tipo *ice-tea* representa o comportamento em que se verificou um maior número de respostas positivas (91%).

Análise dos hábitos de consumo de bebidas energéticas

Através das respostas dos participantes ao inquérito aplicado em meio escolar foi possível aceder a alguns dados relativos aos seus hábitos de consumo de bebidas energéticas. Uma das questões que os participantes responderam foi se durante o último ano tinham consumido bebidas energéticas pelo menos uma vez. Na figura 1 é possível observar que 40% dos participantes (n=129), responderam ter consumido bebidas energéticas pelo menos uma vez no último ano, 56% (n=184) responderam não ter consumido e 4% (n=13) responderam que não sabem ou não respondem. Realizando a comparação deste resultado com os resultados obtidos no estudo realizado em 2012 a nível europeu pela EFSA (que constatou o consumo em 68% dos adolescentes com idades compreendidas entre os 10-18 anos de idade) pode se considerar que o consumo nesta amostra não é tão elevado (Zucconi, et al., 2013). Contudo os valores são semelhantes aos observados no estudo desenvolvido pela ASAE em 2014 no concelho de Lisboa que verificou o consumo em 48% da amostra (Gaspar, et al., 2014).

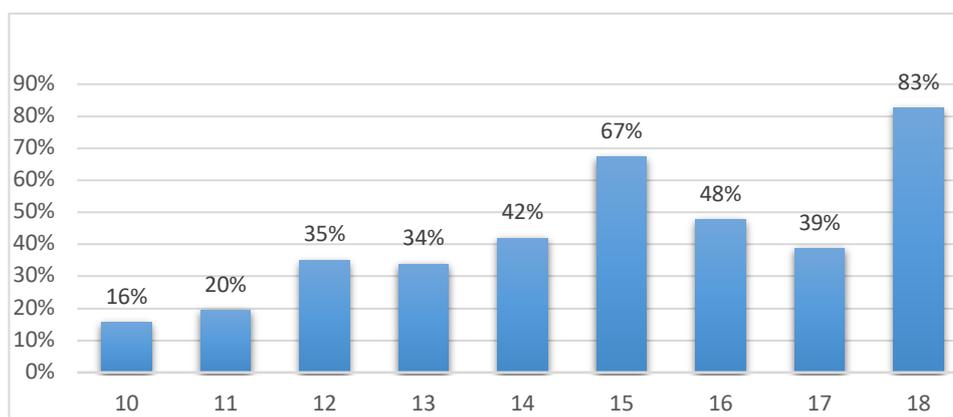
Figura 1. Consumo de bebidas energéticas pelo menos uma vez no último ano



Consumo de bebidas energéticas em função da idade, escolaridade e género:

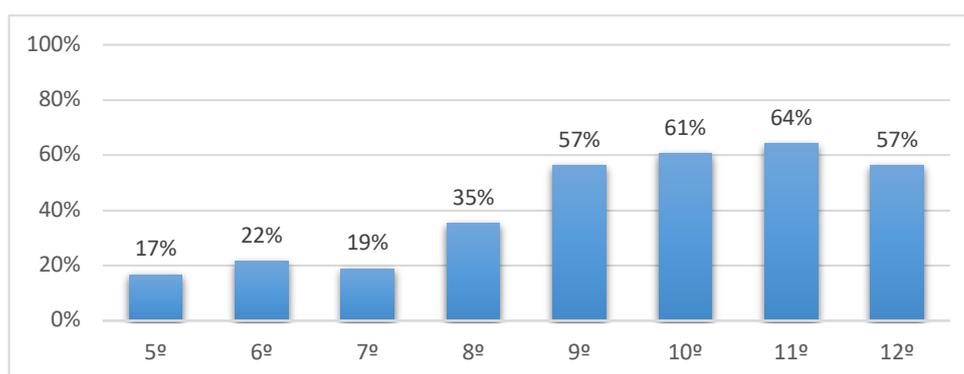
Ao se analisar a mesma questão mas em função da idade, ano de escolaridade e género dos participantes, verifica-se a existência de diferenças significativas que se observam nas figuras 2, 3 e 4.

Figura 2. Consumo de bebidas energéticas em função da idade



Pela análise do consumo em função da idade, verifica-se que existe um baixo consumo nas faixas etárias dos 10 (16%) e 11 anos de idade (20%). A partir dos 12 anos verifica-se um aumento gradual até aos 15 anos de idade, seguido de uma redução aos 16 e 17 anos de idade. O maior consumo verifica-se aos 18 anos de idade em que numa amostra de 23 elementos cerca de 19 responderam afirmativamente, o que corresponde a uma taxa de resposta positiva de 83%.

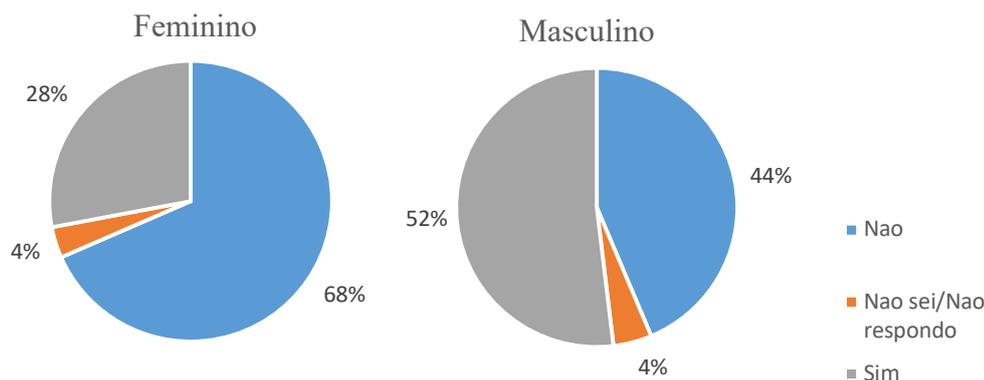
Figura 3. Consumo de bebidas energéticas em função do nível de escolaridade



Ao se analisar o consumo em função do nível de escolaridade verifica-se efetivamente um menor consumo nos anos de escolaridade mais baixos, existindo um aumento gradual entre o 8º e o 11º ano, verificando-se um consumo acima dos 50% a partir do 9º ano. O 11º ano de escolaridade é o ano com o maior número de respostas positivas (64%) verificando-se um ligeiro decréscimo no 12º ano de escolaridade (57%).

Curiosamente a faixa etária com maior número de respostas positivas foi os 18 anos de idade mas o 12º ano apresenta um número de respostas positivas inferior ao 11º ano de escolaridade. Provavelmente esta situação poderá ter ocorrido pela existência de alunos repetentes no 11º ano.

Figura 4. Consumo de bebidas energéticas em função do género



Pela análise do consumo da amostra em função do género verifica-se que o género masculino apresenta um padrão de consumo (52%) bastante mais elevado que o género feminino (28%).

Locais de consumo, frequência de consumo, tamanho das embalagens, marcas favoritas e razões para o consumo:

Apenas os participantes que responderam afirmativamente à questão anterior: “Durante o último ano consumistes bebidas energéticas pelo menos uma vez?”(n=129), ou seja, 40% dos participantes preencheram os restantes itens do questionário referentes aos hábitos de consumo de bebidas energéticas.

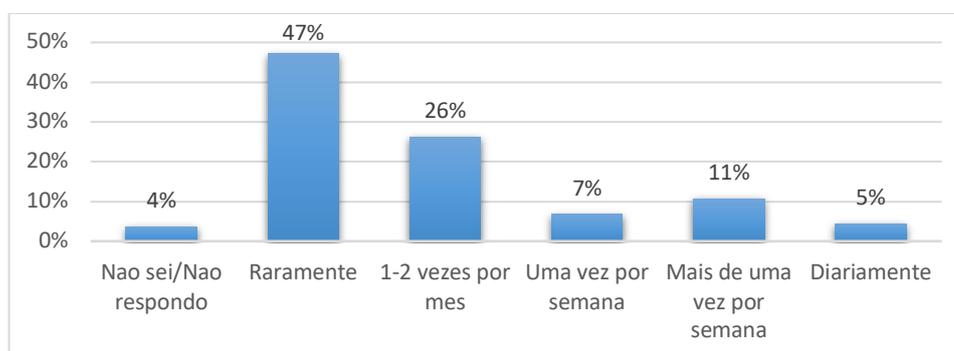
As questões do inquérito analisadas de modo a auxiliar na caracterização dos hábitos de consumo de bebidas energéticas foram: os locais de consumo de bebidas energéticas e a sua frequência nesses locais (quadro 4), a frequência de consumo num mês de aulas (figura 5), a dimensão das embalagens (figura 6), as marcas de bebidas mais consumidas (figura 7), os tipos de bebidas energéticas consumidas de acordo com o seu teor de açúcar (Figura 8) e as razões para o consumo e nível de importância atribuído pelos participantes (quadro 5).

Quadro 4. Locais de consumo e frequência

Local	Resposta	Valor Absoluto	Porcentagem
Em casa, no dia-a-dia	Frequentemente	12	9%
	Nunca	82	64%
	Por vezes	35	27%
Em casa, durante festas com os amigos	Frequentemente	20	16%
	Nunca	48	38%
	Por vezes	60	47%
Na escola, no dia-a-dia	Frequentemente	9	7%
	Nunca	98	76%
	Por vezes	22	17%
Na escola, quando há festas	Frequentemente	10	8%
	Nunca	88	68%
	Por vezes	32	25%
Bar/ discotecas	Frequentemente	22	17%
	Nunca	59	45%
	Por vezes	49	38%
Associado a desporto e exercício físico	Frequentemente	14	11%
	Nunca	76	58%
	Por vezes	40	31%
Outra	Frequentemente	5	42%
	Por vezes	7	58%

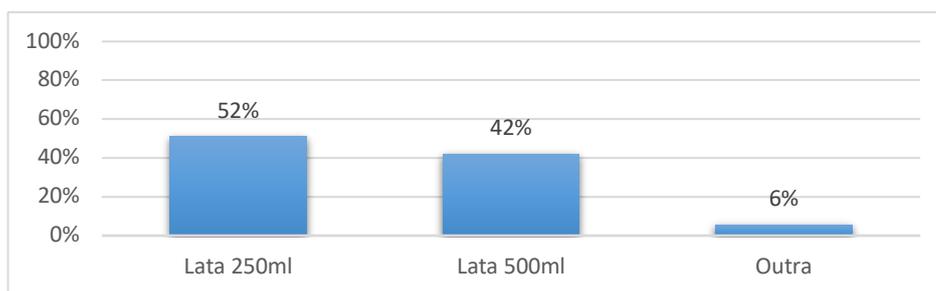
De acordo com os dados analisados, os locais onde o consumo de bebidas energéticas ocorre com maior frequência são os “bares/ discotecas” (17%), seguido de “em casa, durante festas com os amigos” (16%) e “associado a desporto e exercício físico” (11%). Os locais com maior número de resposta “nunca” foram “na escola, no dia-a-dia” (76%) seguido de “em casa, no dia-a-dia” (64%).

Figura 5. Frequência de consumo de bebidas energéticas num mês de aulas



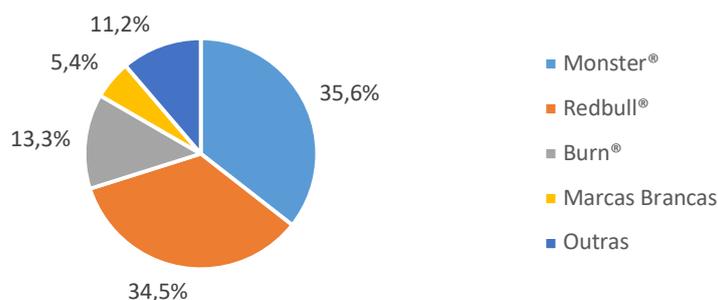
Foi pedido aos participantes que seleccionassem a frequência de consumo de bebidas energéticas num mês de aulas. Como se pode observar, os itens mais seleccionados foram “raramente” (47%) e “1-2 vezes por semana” (26%). Apenas 5% dos inquiridos respondeu que consome diariamente.

Figura 6. Dimensão das embalagens



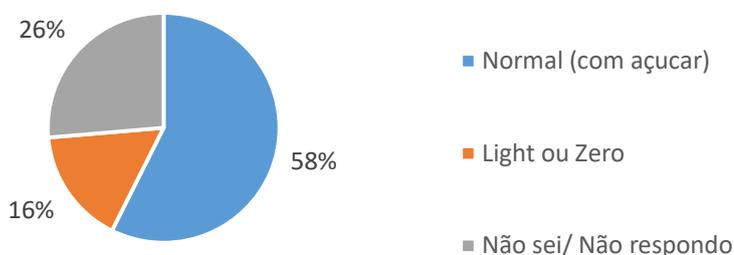
Relativamente à dimensão das embalagens, 52% dos participantes respondeu que o tamanho normal das embalagens de bebidas energéticas que consome é de 250 ml e 42% assinalou a opção de 500 ml.

Figura 7. Marcas de bebidas energéticas mais consumidas



Foi pedido aos participantes para listar as três marcas de bebidas energéticas que consumiam mais frequentemente por ordem de grandeza de entre as opções apresentadas. De acordo com as respostas, a marca mais consumida foi a *Monster*® (35,6%), seguido da *Redbull*® (34,5%) e da *Burn*® (13,3%).

Figura 8. Tipos de bebidas energéticas consumidas de acordo com o teor de açúcar.



De acordo com a questão sobre o teor de açúcar das bebidas energéticas consumidas, 58% dos inquiridos referiu consumir bebidas energéticas consideradas “normais” com açúcar, 26% “não sabe ou não responde” e 16% selecionou bebidas “light ou zero”.

Quadro 5. Razões para o consumo e nível de importância atribuída pelos participantes.

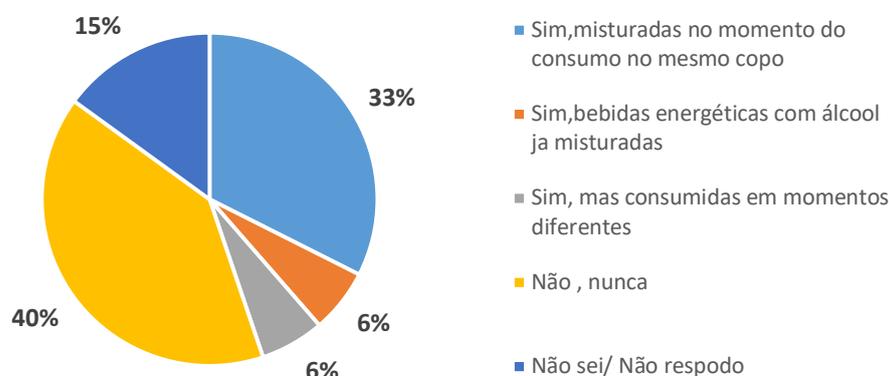
Razões para o consumo	Nível de Importância	Valor Absoluto	Porcentagem
Preciso de Energia	Muito importante	18	14%
	Importante	42	32%
	Pouco Importante	33	26%
	Não sei/ Não respondo	36	28%
Para ficar acordado	Muito importante	14	11%
	Importante	15	12%
	Pouco importante	59	45%
	Não sei/Não respondo	41	32%
Gosto do sabor	Muito importante	34	26%
	Importante	54	42%
	Pouco importante	27	21%
	Não sei/Não respondo	14	11%
Para aumentar a concentração	Muito importante	13	10%
	Importante	18	14%
	Pouco Importante	54	42%
	Não sei/Não respondo	44	34%
Tratar a ressaca	Muito Importante	9	7%
	Importante	9	7%
	Pouco importante	46	36%
	Não sei/Não respondo	65	50%
Melhorar o rendimento desportivo	Muito Importante	19	15%
	Importante	28	22%
	Pouco importante	39	30%
	Não sei/Não respondo	43	33%
Estimular o meu metabolismo	Muito Importante	13	10%
	Importante	17	13%
	Pouco importante	44	34%
	Não sei/Não respondo	55	43%

Pela análise das razões para o consumo e o nível de importância atribuída pelos participantes, verifica-se que as razões consideradas muito importantes foram: “gosto do sabor”(26%) seguido por: “melhorar o rendimento desportivo”(15%) e “preciso de energia”(14%). As razões apontadas como pouco importantes foram: “para aumentar a concentração”(42%), “tratar a ressaca” (36%), e “estimular o meu metabolismo”(34%).

Associação do consumo de bebidas energéticas com bebidas alcoólicas

Foi pedido aos participantes que responderam afirmativamente quanto ao seu consumo de bebidas energéticas (n=129), que selecionassem uma opção, de entre as apresentadas, relativamente à sua experiência de consumo de bebidas energéticas e bebidas alcoólicas numa só ocasião pelo menos uma vez. A análise a esta questão permitiu verificar se os participantes associam estes dois consumos concomitantemente. Os resultados podem ser observados na figura 9.

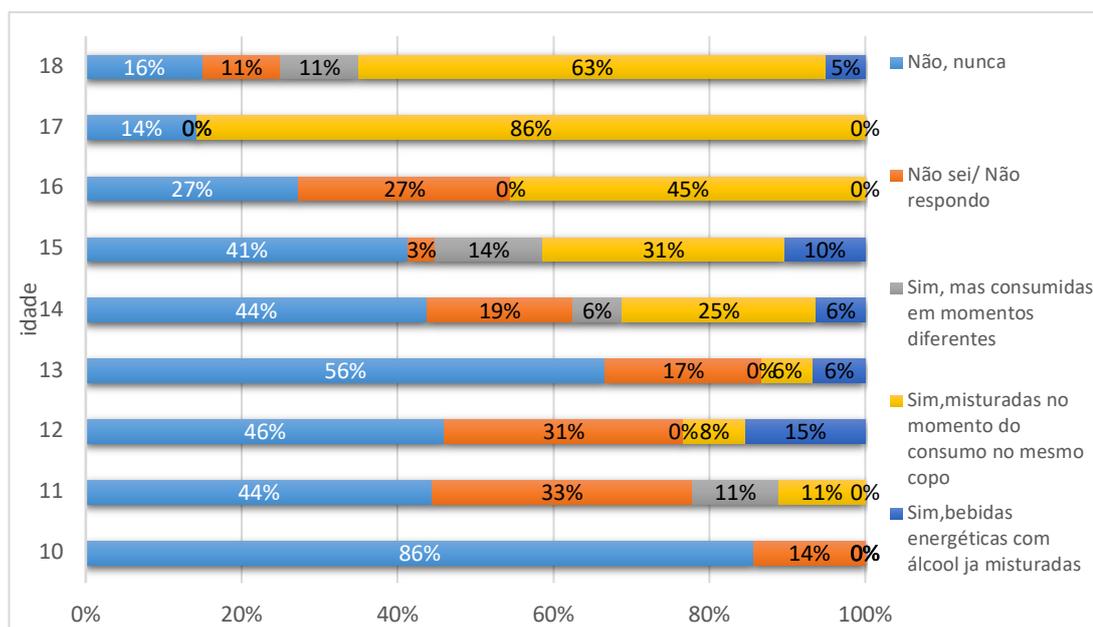
Figura 9. Consumo de bebidas energéticas e álcool pelo menos uma vez, numa única ocasião.



Pela análise dos resultados é possível verificar que 45% dos inquiridos já consumiu bebidas energéticas e álcool na mesma ocasião em associação ou em momentos diferentes. Cerca de 40% refere nunca ter ingerido as duas substâncias numa só ocasião e 15% respondeu que não sabe ou não responde.

Seguidamente, procedeu-se à análise das respostas relacionadas com a associação entre o consumo de bebidas energéticas e bebidas alcoólicas na mesma ocasião em função da idade dos participantes de modo a avaliar se existiam diferenças significativas entre faixas etárias. Os resultados podem ser observados na Figura 10.

Figura 10. Consumo de bebidas energéticas e bebidas alcoólicas na mesma ocasião em função da idade.



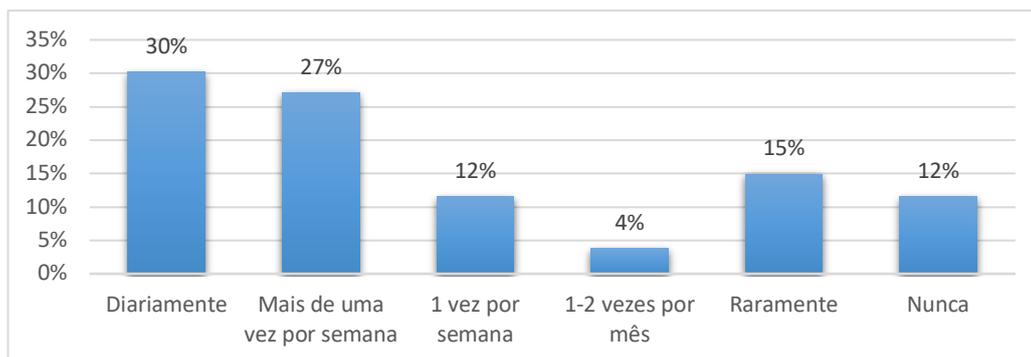
Pela análise dos resultados é possível constatar que nenhum dos participantes com 10 anos de idade respondeu que consumiu bebidas energéticas em associação com as bebidas alcoólicas na mesma ocasião. A partir dos 11 anos verifica-se o início deste comportamento (22%). Os valores mantêm-se semelhantes aos observados aos 11 anos nos 12 anos (23%) contudo aos 13 anos de idade verifica-se um decréscimo neste comportamento (12%). A partir dos 14 anos verifica-se um aumento acentuado com 36% dos inquiridos a responderem afirmativamente. Aos 15 anos de idade as respostas positivas ultrapassa em mais de metade as respostas negativas (55%). Aos 16 anos verifica-se um ligeiro decréscimo para os 45%, voltando a aumentar e atingindo o pico aos 17 anos de idades (86%). Aos 18 anos verifica-se novamente um ligeiro decréscimo (79%).

De acordo com as respostas dos inquiridos verificou-se a existência de uma associação significativa entre o consumo de bebidas energéticas e bebidas alcoólicas na mesma ocasião a partir dos 14 anos de idade. As idades onde se verificou um maior número de respostas positivas foram os 15, 17 e 18 anos de idade.

Associação entre o consumo de bebidas energéticas e o exercício físico

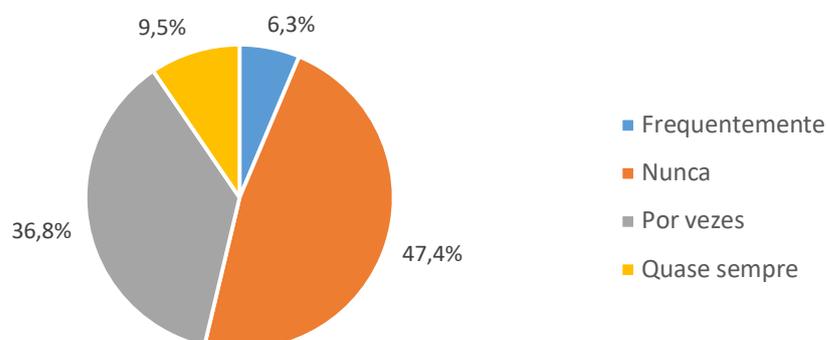
Foi solicitado aos participantes que consumiram bebidas energéticas no último ano que respondessem a uma questão sobre a frequência da sua prática desportiva ou exercício físico fora das aulas no último ano. Os resultados podem ser observado na figura 11.

Figura 11. Frequência da prática de desporto ou exercício físico fora das aulas no último ano.



Pela análise dos resultados verifica-se que 88% dos inquiridos (n=113) responderam que praticaram exercício físico ou desporto fora das aulas no último ano. Destes, 30 % praticou diariamente, 27% mais de uma vez por semana, 12% uma vez por semana e 4% 1-2 vezes por mês. Aos inquiridos que responderam “diariamente”, “mais de uma vez por semana”, “uma vez por semana” e “1-2 vezes por mês” foi solicitada resposta a questões relacionadas com o consumo de bebidas energéticas antes, durante ou depois da prática de desporto ou exercício físico. Uma das questões relacionava-se com a frequência em que esta associação ocorria. Os resultados podem ser observados na figura 12.

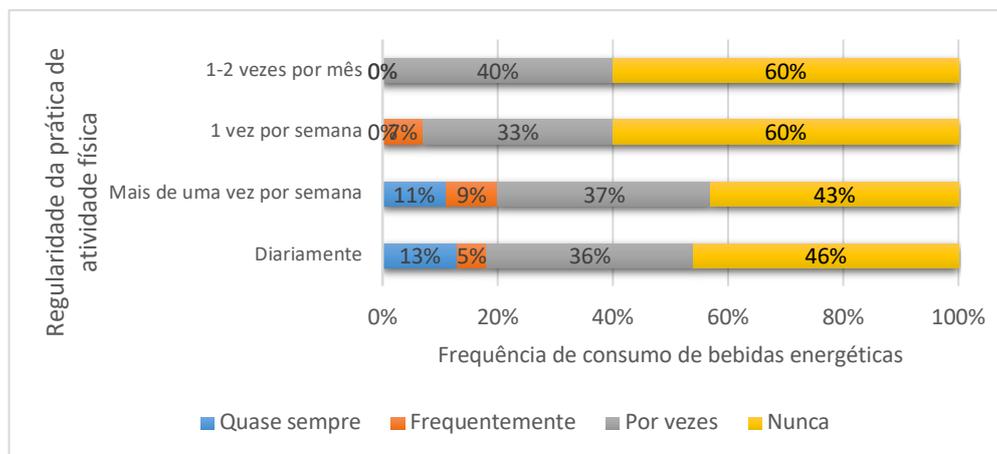
Figura 12. Frequência de consumo de bebidas energéticas antes, durante ou depois da prática de desporto ou exercício físico.



De acordo com os resultados obtidos mais de metade dos participantes (52,6%) responderam ter consumido bebidas energéticas em ocasiões de desporto ou prática desportiva e 47,4% responderam nunca terem realizado esta associação. Dos que responderam afirmativamente a esta questão, 9,5% responderam que realizavam a associação “quase sempre”, 6,3% responderam “frequentemente” que significa que em aproximadamente metade das ocasiões o exercício foi acompanhado do consumo de bebidas energéticas e 36,8% responderam “por vezes” que significa o consumo em aproximadamente um quarto das ocasiões.

Realizou-se a análise da relação entre a regularidade da prática de desporto ou atividade física fora das aulas pelos participantes e a frequência de consumo de bebidas energéticas antes, durante ou após a prática de desporto ou exercício físico. Os resultados podem ser observados na figura 13.

Figura 13. Relação entre a regularidade da prática de desporto ou atividade física fora das aulas e a frequência de consumo de bebidas energéticas antes, durante ou após a prática de desporto ou exercício físico.



É possível verificar que os participantes que responderam que praticam desporto ou atividade física mais regularmente (diariamente e mais de uma vez por semana) são os que referem uma maior frequência de consumo de bebidas energéticas em ocasiões de prática desportiva ou atividade física tendo sido apenas estes a responder que realizavam a associação “quase sempre”. Dos inquiridos que praticam atividade física ou desportiva “diariamente” 54% referem realizar a associação entre a prática de atividade física e o consumo de bebidas energéticas e foi o grupo que respondeu com maior frequência à opção

“quase sempre”(13%). Dos que praticam “mais de uma vez por semana” 57% referem o consumo e foi o grupo onde a opção “frequentemente” foi mais selecionada (9%).

Verifica-se uma menor associação entre a prática desportiva ou de atividade física e o consumo de bebidas energéticas nos participantes que referem praticar desporto com menor regularidade. Os inquiridos que praticam desporto ou atividade física fora das aulas “1 vez por semana” e “1-2 vezes por mês”, na sua maioria (60%), responderam não realizar a associação. O grupo que pratica desporto “1-2 vezes por mês” apenas selecionou as opções “por vezes” (40%) e “nunca” (60%).

Uma outra questão interrogava os participantes quanto às razões para a associação entre o consumo de bebidas energéticas e o desporto ou atividade física. Os participantes deveriam assinalar o seu nível de importância. Os resultados podem ser observados no quadro 6.

Quadro 6. Razões para a associação entre o consumo de bebidas energéticas e a prática de desporto ou exercício físico de acordo com o seu nível de importância.

Razões	Nível de importância	Valor Absoluto	Percentagem
Aumenta o tempo de resistência a intensidade máxima	Muito Importante	6	12%
	Importante	11	22%
	Pouco importante	16	32%
	Não sei/ Não respondo	17	34%
Aumenta a resistência aeróbica	Muito Importante	10	20%
	Importante	13	26%
	Pouco Importante	14	28%
	Não sei/ Não respondo	13	27%
Aumenta a vitalidade	Muito Importante	14	28%
	Importante	18	36%
	Pouco importante	8	16%
	Não sei/ Não respondo	10	20%
Aumenta a concentração	Muito Importante	19	38%
	Importante	8	16%
	Pouco importante	11	22%
	Não sei/Não Respondo	12	24%
Aumenta a força	Muito Importante	17	34%
	Importante	19	38%
	Pouco importante	5	10%
	Não sei/ Não respondo	9	18%

De acordo com as respostas dos participantes, as razões consideradas mais importantes para a associação da prática desportiva ou exercício físico e o consumo de bebidas

energéticas foram “aumenta a concentração” (38%), seguido de “aumenta a força” (34%) e “aumenta a vitalidade (28%). As razões consideradas menos importantes foram “aumenta o tempo de resistência a intensidade máxima”(32%) e “aumenta a resistência aeróbica”. De realçar a elevado número de respostas “não sei/ não respondo”. Este facto poderá indicar que muitos dos participantes não compreenderam o significado dos termos sugeridos para seleção como razões para a associação entre a prática desportiva e o consumo de bebidas energéticas.

Análise aos hábitos de consumo de bebidas com teor de cafeína e refrigerantes com e sem teor de cafeína

O questionário aplicado apresenta um tópico constituído por vários questões que pretendem avaliar os hábitos gerais de consumo de bebidas com teor de cafeína, nomeadamente do café e chá, de refrigerantes com teor de cafeína como os do tipo cola e do tipo *ice-tea* e dos refrigerantes em geral sem teor de cafeína. Foi realizada uma breve análise a alguns dos itens do questionário que foram selecionados de modo a caracterizar os hábitos gerais de consumo dos inquiridos que podem ser observados no Apêndice VI.

Após o tratamento e análise dos dados foram identificados os seguintes problemas que se encontram descritos no quadro 7.

Quadro 7-Problemas identificados pelo tratamento e análise dos dados.

- 14% da amostra respondeu afirmativamente à questão relacionada com o consumo de tabaco.	Consumo de Tabaco – P1
- 40% da amostra revelou ter consumido pelo menos uma vez bebidas energéticas no último ano.	Consumo de bebidas energéticas- P2
-76 % da amostra respondeu que consumiu refrigerantes do tipo cola -91% que consumiu refrigerantes do tipo <i>ice tea</i> -72% que consumiu refrigerantes sem teor de cafeína.	Consumo de refrigerantes com e sem teor de cafeína- P3

2.1.8 Diagnósticos de Enfermagem

Os problemas identificados pela análise dos dados relacionam-se com a adoção de comportamentos pela população que podem afetar a sua saúde. A elaboração dos diagnósticos tiveram em conta o Modelo de Promoção de Saúde de Nola J. Pender segundo o qual os diagnósticos devem contribuir para a adoção de comportamentos promotores de saúde.

Segundo Pender et al. (2015) muitos dos sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem apresentam limitações para a sua adequação no âmbito da promoção da saúde nos indivíduos, família e comunidade. Existe uma tendência para se centrarem principalmente nos indivíduos e em aspetos relacionados com a doença. Deste modo, estados de saúde positivos nem sempre são tratados adequadamente. Contudo, à medida que a promoção da saúde e o conhecimento sobre a prevenção se expande também tem se vindo a verificar a inclusão de novas definições nas taxonomias que apoiam a perspetiva da promoção da saúde/ bem estar.

Para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem recorreu-se à Classificação Internacional para a prática de Enfermagem® (CIPE) versão 2 de 2015 elaborado pelo *International Council of Nursing*. A CIPE® é uma terminologia padronizada que consegue gerar dados fiáveis e válidos para a prática da enfermagem e que inclui conceitos que se adequam à elaboração de diagnósticos de enfermagem centrados na comunidade. As informações resultantes da sua aplicação podem ser utilizadas para apoiar os cuidados, a tomada de decisão, a educação, a pesquisa e as políticas de saúde (International Council of Nursing, 2015). Segundo a CIPE®, ao se utilizar o Modelo de sete eixos na criação de enunciados de diagnósticos de enfermagem deve-se incluir um termo do eixo do foco, um termo do eixo do juízo e pode-se incluir termos adicionais, se necessário dos eixos do Foco, Juízo ou de outros eixos (International Council of Nursing, 2016).

De acordo com estes pressupostos teóricos foram elaborados os seguintes diagnósticos de Enfermagem:

- Abuso do Tabaco (Foco) pelos adolescentes (cliente) presente (Juízo);
- Padrão alimentar (Foco) comprometido (Juízo) nos adolescentes (cliente) (relacionado com a ingestão de bebidas energéticas);
- Padrão alimentar (Foco) comprometido (Juízo) nos adolescentes (cliente) (relacionado com a ingestão de refrigerantes).

2.2 Determinação de Prioridades

Das várias técnicas existentes para a determinação de prioridades, foi selecionada a técnica de Comparação por Pares. A sua seleção prendeu-se com o facto de ser de fácil execução e com resultados precisos sendo útil quando o número de problemas é reduzido (Tavares, 1990). De modo a aplicar esta técnica foi construído um quadro de priorização (quadro 8) adaptado do modelo apresentado por Tavares (1990) e procedeu-se ao seu preenchimento com a colaboração da enfermeira orientadora do estágio final.

Quadro 8-Quadro de priorização por Comparação por Pares.

Problemas de saúde	Comparação por Pares	Valor Final				
P1- Abuso do tabaco pelos adolescentes presente.	<table style="border: none; margin: auto;"> <tr> <td>P1</td> <td>P1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">⊙ P2</td> <td style="text-align: center;">⊙ P3</td> </tr> </table>	P1	P1	⊙ P2	⊙ P3	P1=0
P1	P1					
⊙ P2	⊙ P3					
P2- Padrão alimentar comprometido nos adolescentes relacionado com a ingestão de bebidas energéticas.	<table style="border: none; margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">⊙ P2</td> <td style="text-align: center;">⊙ P2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">P1</td> <td style="text-align: center;">P3</td> </tr> </table>	⊙ P2	⊙ P2	P1	P3	P2= 2
⊙ P2	⊙ P2					
P1	P3					
P3- Padrão alimentar comprometido nos adolescentes relacionado com a ingestão de refrigerantes.	<table style="border: none; margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">⊙ P3</td> <td style="text-align: center;">P3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">P1</td> <td style="text-align: center;">⊙ P2</td> </tr> </table>	⊙ P3	P3	P1	⊙ P2	P3= 1
⊙ P3	P3					
P1	⊙ P2					

A elaboração do quadro de priorização permitiu a sistematização e a seguinte ordenação dos problemas de saúde: 1º P2-Padrão alimentar comprometido nos adolescentes relacionado com a ingestão de bebidas energéticas; 2º P3-Padrão alimentar comprometido nos adolescentes relacionado com a ingestão de refrigerantes e 3º P1- Abuso do tabaco pelos adolescentes presente.

Após análise dos resultados selecionou-se como **problema prioritário o consumo de bebidas energéticas.**

Como Tavares (1990) salienta a determinação de prioridades não implica que os restantes problemas identificados devem ser ignorados. Tendo em conta que foi identificado mais que um problema pelo diagnóstico de saúde a UCC poderá, num futuro próximo, com base nos resultados desenvolver projetos nestas áreas.

2.3 Fixação de Objetivos

Após a elaboração do diagnóstico de situação de saúde e a priorização de problemas é essencial que se proceda à fixação dos objetivos. Esta é uma etapa fundamental do planeamento uma vez que só mediante uma correta e quantificada definição de objetivos se poderá avaliar os resultados obtidos pela execução do plano em causa (Imperatori & Giraldes, 1982).

Segundo Tavares (1991), no enunciado dos objetivos deverão estar inseridos os critérios através dos quais se poderá apreciar o nível de sucesso de um projeto e a adequação entre os fins pretendidos pela sua implementação e as expectativas da população alvo. De acordo com o mesmo autor, existem características estruturais que devem ser cumpridas na elaboração de um objetivo, nomeadamente, este deverá ser: pertinente (adequado à situação que desencadeou a intervenção), preciso (contendo em si a exatidão do percurso a efetuar); realizável (não deverá ser demasiado ambicioso) e mensurável (possibilitando uma correta avaliação posterior).

Tendo em conta os pressupostos anteriores e os resultados obtidos no diagnóstico de situação de saúde foi realizada uma reunião com a equipa de Saúde Escolar e com as coordenadoras do PES onde foram analisados os resultados do diagnóstico de saúde e realizada a fixação de objetivos tendo em conta a exequibilidade das atividades a implementar para a sua consecução.

Deu-se início à fixação dos objetivos com a elaboração de um objetivo geral formulado de forma genérica de acordo com os resultados que se pretendia atingir. Seguidamente, foram desenvolvidos dois objetivos específicos que detalham, as diversas componentes que se pretendiam desenvolver de modo a contribuir para que o objetivo geral fosse atingido.

Para que seja possível uma boa gestão de um projeto é necessário a definição clara de objetivos operacionais ou metas que são: “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade” (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 48). Assim para cada objetivo específico foram elaborados objetivos operacionais ou metas.

Os indicadores são os instrumentos de medida usualmente utilizados de modo a analisar a consecução dos objetivos operacionais. Os dois tipos de indicadores mais utilizados são os indicadores de resultados que medem o impacto das intervenções e que só são passíveis de ser utilizados nas avaliações a médio e longo prazo e os indicadores de

atividade que medem a execução das intervenções e que são utilizados na avaliações a curto prazo (Imperatori & Giraldes, 1982).

No âmbito desta intervenção comunitária, apenas é possível realizar uma avaliação a curto prazo, pelo que foram apenas definidos indicadores de atividade. Os objetivos e indicadores definidos encontram-se descritos no quadro 9.

Quadro 9. Objetivos e indicadores.

<p>Objetivo Geral: Contribuir para a adoção de comportamentos saudáveis que conduzam à prevenção e redução do consumo de bebidas energéticas nos alunos do 2º e 3º ciclo e secundário dos agrupamentos da rede escolar pública do concelho no ano letivo 2019/2020</p>		
Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais/ Metas	Indicadores
Sensibilizar os profissionais de saúde da UCC e a comunidade escolar para a problemática do consumo de bebidas energéticas	Que 100% da atividade planeada de participação na festa de Natal para a divulgação do tema seja realizada	<p><u>Taxa de execução</u></p> $\frac{N^{\circ} \text{ atividades realizadas}}{N^{\circ} \text{ atividades planeadas}} \times 100$
	Que 100% das reuniões planeadas com os profissionais de saúde, órgãos de gestão dos agrupamentos e coordenadoras do PES sejam realizadas	<p><u>Taxa de execução</u></p> $\frac{N^{\circ} \text{ de reuniões realizadas}}{N^{\circ} \text{ de reuniões planeadas}} \times 100$
	Que pelo menos 80% dos Diretores de Turma (DT) acedam a informação sobre o tema por meio de um folheto informativo	<p><u>Taxa de execução</u></p> $\frac{N^{\circ} \text{ de folhetos distribuídos}}{N^{\circ} \text{ de diretores de turma}} \times 100$
Promover a aquisição de conhecimentos sobre as bebidas energéticas e os efeitos do seu consumo para saúde nos alunos de uma turma do 6º, 9º e 12º ano de escolaridade de cada escol.	Que 100% das sessões de EpS planeadas sejam realizadas	<p><u>Taxa de execução</u></p> $\frac{N^{\circ} \text{ de sessões de EpS realizadas}}{N^{\circ} \text{ de sessões de EpS planeadas}} \times 100$
	Que pelo menos 80% dos alunos estejam presentes nas sessões de EpS	<p><u>Taxa de adesão</u></p> $\frac{N^{\circ} \text{ de alunos presentes nas sessões de EpS}}{N^{\circ} \text{ total de alunos}} \times 100$
	Que pelo menos 80% dos alunos se considerem satisfeitos com as atividades realizadas nas sessões de EpS	<p><u>Taxa de satisfação</u></p> $\frac{N^{\circ} \text{ de alunos que se consideram satisfeitos após as sessões}}{N^{\circ} \text{ total de alunos presentes}} \times 100$

2.4 Seleção de estratégias

Durante a seleção de estratégias é fundamental conceber o processo mais adequado de modo a reduzir os problemas identificados. Nesta etapa devem ser propostas formas de atuação que possibilitem atingir os objetivos definidos e reduzir a tendência da evolução natural dos problemas de saúde (Imperatori & Giraldes, 1982).

Segundo Tavares (1990) é uma etapa que exige criatividade. Quanto maior fôr o conhecimento sobre o problema, maior será a probabilidade de propôr novas formas de abordagem que permitam a redução ou eliminação do problema. No entanto implica também um conjunto de procedimentos para a criação e seleção das estratégias a adotar.

Na seleção da estratégia a implementar foram tidos em consideração os parâmetros recomendados por Tavares (1990), nomeadamente, os custos, obstáculos, a pertinência e as vantagens e inconvenientes.

A principal estratégia selecionada de modo a atingir os objetivos fixados foi a Educação para a Saúde (EpS). A EpS é um dos componentes da promoção da saúde, centra-se em actividades e experiências que facultem a aprendizagem e é fundamental no processo de comunicação entre os profissionais de saúde e os indivíduos e grupos. (Pender et al., 2015).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), cabe ao enfermeiro, no âmbito da promoção da saúde: “O fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo grupo/comunidade” (p.7).

De acordo com o Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender os comportamentos de saúde e estilo de vida dos adolescentes são alvo de fortes influências interpessoais como a família, os pares, os profissionais de saúde e de educação e os modelos sociais e influências situacionais que podem facilitar ou impedir o comportamento (Pender et al., 2015). Tendo por base estas premissas foi desenvolvida uma abordagem de EpS à população alvo que não se limitasse apenas à transmissão de informação mas que fosse adaptada às suas características específicas. Foram também desenvolvidas atividades dirigidas aos profissionais de saúde e a toda a comunidade escolar de modo a desenvolver parcerias e favorecer o processo de promoção de adoção de comportamentos saudáveis.

2.5 Preparação Operacional e Implementação

Após o desenvolvimento das etapas anteriores é necessário planejar a operacionalização da execução das diversas atividades inerentes à intervenção e proceder à sua implementação (Tavares, 1990).

As atividades a desenvolver e a sua programação foram definidas em parceria com a equipa de Saúde Escolar e as coordenadoras do PES dos agrupamentos de escolas tendo em vista a consecução dos objetivos operacionais predefinidos e de acordo com os recursos existentes e a limitação temporal do estágio. Os conteúdos das atividades foram desenvolvidos de acordo com os conhecimentos mais atuais sobre o tema ajustados aos resultados obtidos no inquérito quanto aos hábitos de consumo de bebidas energéticas e determinantes de saúde associados.

As atividades realizadas em meio escolar foram desenvolvidas integradas nas atividades da equipa de Saúde Escolar pelo que não foi necessária autorização para a sua implementação.

Foi elaborado um cronograma de Gantt de modo a facilitar a visualização da programação das atividades no período de tempo considerado (Apêndice VII) e foram elaborados planos de sessão de modo a descrever detalhadamente as atividades. Em cada plano de sessão encontra-se descrito o tipo de atividade, objetivos, formadores, participantes, local, data e duração, métodos pedagógicos, recursos materiais e método de avaliação (Apêndice VIII). Todas as atividades foram devidamente organizadas e documentadas num portfólio para consulta pela equipa de saúde de modo a favorecer a continuidade do projeto.

Seguidamente será realizada uma breve descrição das atividades realizadas por ordem cronológica:

Atividade 1- “Bebidas Energéticas – Diagnóstico de Saúde” (Apêndice IX)

Foram realizadas três reuniões dirigidas aos profissionais de saúde da UCC e aos órgãos de gestão e coordenadores de PES dos agrupamentos de escolas.

Esta atividade teve como objetivos a sensibilização dos profissionais para a problemática do consumo de bebidas energéticas; a transmissão dos resultados do diagnóstico de saúde; a exposição da priorização dos problemas identificados, o fortalecimento de parcerias e a discussão das atividades a desenvolver e a sua programação.

Atividade 2- “Bebidas energéticas” (Apêndice X)

Foram realizadas três sessões de EpS dirigidas aos alunos do 6º ano de escolaridade (selecionada uma turma por cada escola EB do 2º e 3º ciclo de ambos os agrupamentos).

Atividade 3- “Des(cons)truindo as bebidas energéticas” (Apêndice XI)

Foram realizadas três sessões de EpS dirigidas aos alunos do 9º ano de escolaridade (1 turma por cada escola EB do 2º e 3º ciclo de ambos os agrupamentos).

Ambas as atividades tiveram como objetivos a promoção da aquisição de conhecimentos pelos alunos sobre: bebidas energéticas, efeitos do seu consumo na saúde e informação nutricional presente nos rótulos. A transmissão dos conteúdos foi realizada por meio de uma apresentação de diapositivos e foi integrada uma componente prática na qual os alunos eram convidados a analisar a informação nutricional presente na diversas latas de bebidas energéticas que se encontravam expostas. Nas duas atividades foram abordados os mesmos conteúdos, contudo, os métodos pedagógicos e a linguagem foi adaptada à faixa etária do público alvo.

Aos alunos do 6º ano foi apresentado um jogo didático interativo por meio do retroprojektor. Segundo Cruz (2012), a utilização de jogos didáticos permite a exploração e o desenvolvimento de competências de comunicação. Os participantes são confrontados com a necessidade de superar os desafios e estabelecer relações de cooperação entre si.

Atividade 4- “À conversa sobre bebidas energéticas” (Apêndice XII)

Foi realizada uma sessão de EpS dirigida aos alunos de 12º ano de escolaridade (uma turma da escola secundária pertencente ao agrupamento A).

Esta atividade teve como objetivos a promoção da aquisição de conhecimentos pelos alunos sobre: bebidas energéticas, efeitos do seu consumo na saúde e os efeitos das campanhas de *marketing* na perceção dos jovens sobre as bebidas energéticas.

Nesta faixa etária supõe-se que o adolescente já adquiriu a capacidade de pensamento formal, ou seja, consegue realizar operações no plano das ideias, apresenta autonomia para refletir, tirar conclusões a partir de hipóteses e fazer a sua própria interpretação das experiências (Silva, Viana, & Carneiro, 2011).

Deste modo, nesta sessão optou-se por uma abordagem mais informal com a visualização de um vídeo em idioma inglês exportado do canal de visualização *Youtube* tendo sido realizada a sua legendagem em português (Cracked, 2017). O vídeo foi analisado

previamente pela equipa de Saúde Escolar e coordenadoras do PES de modo a avaliar os seus conteúdos e sua adequação ao público alvo. Após a visualização foram apresentados alguns dos temas presentes no vídeo em formato de diapositivo e conduzido um debate sobre os temas abordados.

Atividade 5- “Desconstrói as bebidas energéticas” (Apêndice XIII)

A festa de Natal da escola EB 2º e 3º ciclo do agrupamento A demonstrou ser um momento propício para o contato com vários elementos da comunidade escolar, nomeadamente, alunos, professores, assistentes operacionais e pais. Esta atividade teve como objetivo sensibilizar a comunidade escolar para os efeitos do consumo de bebidas energéticas na saúde.

Foi elaborado um expositor que incluiu um cartaz de sensibilização, uma mesa onde foram expostas várias marcas de bebidas energéticas e a sua concentração em açúcar, uma tabela com os valores nutricionais diários recomendados, folhetos informativos e um jogo didático. Os visitantes eram incentivados a participar no jogo. Durante o momento lúdico os jogadores e assistentes eram esclarecidos sobre diversos conceitos relacionados com a temática e no final foi realizada a distribuição de um Panfleto informativo.

Atividade 6- Panfleto informativo: “Bebidas energéticas-que implicações para a saúde?” (Apêndice XIV)

Durante as reuniões de final do primeiro período do ano letivo as coordenadoras do PES responsabilizaram-se pela distribuição de um folheto informativo a todos os Diretores de Turma (DT) das escolas EB 2º e 3º ciclo e secundárias dos agrupamentos. Os DT receberam instruções para a divulgação do tema aos Encarregados de Educação durante as reuniões de entrega das avaliações do primeiro período.

Esta atividade teve como objetivo a sensibilização dos DT para a problemática do consumo de bebidas energéticas e os seus efeitos na saúde.

2.6 Avaliação

A última etapa do planeamento é a avaliação. É nesta fase que sabemos se um plano foi eficaz, ou seja, se os objetivos predefinidos foram ou não atingidos (Nunes, 2016). Pode-se considerar uma etapa decisiva num processo que se quer dinâmico, ligando-se circularmente com a fase inicial do planeamento (Imperatori & Giraldes, 1982).

Na intervenção comunitária, apenas foi possível realizar uma avaliação a curto prazo, pelo que se selecionaram apenas indicadores de atividade de modo a analisar a consecução dos objetivos operacionais delineados de acordo com os objetivos específicos pré-estabelecidos. No quadro 10 são descritos os resultados obtidos para cada indicador proposto.

Quadro 10-Avaliação da intervenção comunitária de acordo com os indicadores propostos

Objetivos Operacionais	Indicadores de Atividade	Resultados
Que 100% da atividade planeada de participação na festa de Natal para a divulgação do tema seja realizada	Taxa de execução de atividade planeada= 100%	Taxa de execução das atividade planeada= 100%
Que 100% das reuniões planeadas com os profissionais de saúde, órgãos de gestão dos agrupamentos e coordenadoras do PES sejam realizadas	Taxa de execução das reuniões= 100%	Taxa de execução das reuniões= 100%
Que pelo menos 80% dos DT acedam a informação sobre o tema por meio de um folheto informativo	Taxa de distribuição de folhetos informativos >80%	Taxa de distribuição de folhetos informativos= 100%
Que 100% das sessões de EpS planeadas sejam realizadas	Taxa de execução das sessões de EpS = 100%	Taxa de execução das sessões de EpS= 100%
Que pelo menos 80% dos alunos estejam presentes nas sessões de EpS	Taxa de presença nas sessões de EpS >80%	Taxa de presença = 93%
Que pelo menos 80% dos alunos se considerem satisfeitos com as sessões de EpS	Taxa de satisfação com as sessões de educação para a saúde >80%	Taxa de satisfação= 88%

No âmbito do objetivo específico de **sensibilização dos profissionais de saúde da UCC e da comunidade escolar para a problemática do consumo de bebidas energéticas** foram propostos os indicadores de taxa de execução para a participação na festa de Natal, taxa de execução das reuniões e taxa de distribuição dos folhetos informativos aos DT. Todas as atividades planeadas foram devidamente executadas e os folhetos informativos foram distribuídos pelas coordenadoras do PES a todos os DT nas reuniões de avaliação do primeiro período (54 DT no agrupamento A e 35 DT no agrupamento B) obtendo-se 100% em todas as taxas propostas.

Para o objetivo específico de **promoção da aquisição de conhecimentos sobre as bebidas energéticas e os efeitos do seu consumo para saúde nos alunos de uma turma do 6º, 9º e 12º ano de escolaridade de cada escola** foram propostos os indicadores de atividade de taxa de execução das EpS, taxa de presença dos alunos nas sessões de EpS e taxa de satisfação dos alunos com as sessões de EpS.

Relativamente à taxa de execução, todas as sessões de EpS foram realizadas, obtendo-se uma taxa de execução de 100%.

A taxa de presença dos alunos nas sessões de EpS foi obtida pela número de presenças em sala de aula no momento da sessão em relação ao número total de alunos da turma. Dos 139 alunos matriculados nas turmas alvo de intervenção estiveram presentes nas sessões 129 o que corresponde a uma taxa de presença de 93%, tendo-se atingido o objetivo operacional previamente estipulado de pelo menos 80% dos alunos presentes nas sessões de EpS.

Para a avaliação do nível de satisfação dos alunos com as sessões de EpS foi apresentada uma escala de faces através de uma aplicação de telemóvel que pode ser observada no Anexo (IV). Segundo Reynolds-Keefe, Johnson, & Dickenson (2009), a vantagem de se utilizar este tipo de escalas em determinadas áreas como a satisfação é o facto de não existir a necessidade dos participantes de ler ou compreender escalas de texto, tornando-se uma forma mais rápida e agradável de responder a um questionário. A escala foi apresentada aos alunos no final da sessão através de uma aplicação no telemóvel denominada “*Satisfaction Kiosk*”. Um elemento da equipa de Saúde Escolar apresentava a imagem com as três faces e com as palavras: “gostei”, “indiferente” e “não gostei”. O aluno clicava na face e palavra correspondente ao seu nível de satisfação com a sessão. Os resultados foram posteriormente exportados e registados com a devida data numa folha de *excell* e realizado o seu tratamento estatístico.

Dos alunos que assistiram à sessão (n=129), 88,3% assinalaram o item “gostei”, 7% classificou a sessão como “indiferente” e 4,7% responderam “não gostei”. De acordo com

estes resultados considera-se que o objetivo operacional de pelo menos 80% de alunos satisfeitos com a sessão foi cumprido.

Para a avaliação da participação dos alunos nas sessões de EpS optou-se por uma abordagem qualitativa. Ao longo das sessões, os alunos foram incentivados a participar, partilhar experiências e colocar questões. A utilização de métodos audiovisuais e do jogo didático e interativo demonstraram ser fundamentais para aumentar os níveis de motivação e participação dos alunos. A grande maioria dos alunos demonstrou receptividade aos conteúdos, participou nas atividades, respondeu e colocou questões sobre o tema.

De acordo com os resultados obtidos no âmbito dos indicadores propostos e da análise qualitativa das sessões de EpS pode-se considerar que todos os objetivos delineados para a intervenção comunitária foram alcançados com sucesso. A resposta e interesse pelo tema demonstrado pelos alunos, foi muito positivo o que proporcionou um ambiente facilitador de aprendizagem e de partilha de experiências.

3. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Espera-se que o enfermeiro, no decorrer da sua aprendizagem como enfermeiro Especialista de Saúde Pública e de Saúde Comunitária, desenvolva um corpo de saberes que lhe permita o desenvolvimento de competências comuns a todas as áreas de especialidade e específicas da sua área de intervenção, atribuídas pela Ordem dos Enfermeiros e descritas no Regulamento N°140/2019, de 6 de fevereiro e no Regulamento n° 428/2018, de 16 de julho.

As competências adquiridas nestas áreas, ao longo desta etapa de aprendizagem, serão, seguidamente, descritas neste capítulo.

A aquisição das competências comuns são um passo fundamental e todos os enfermeiros especialistas devem adquirir um conjunto de competências que suportam a sua prática clínica e que se inserem nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais. (Regulamento n° 140/2019, de 18 de fevereiro).

No domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal** foi adotada uma postura profissional visando a melhor prática no respeito pelas normas legais e princípios éticos e a deontologia profissional. As tomadas de decisão e o desenvolvimento de estratégias para a consecução dos objetivos foi realizada em parceria com a equipa de Saúde Escolar e os órgãos de gestão dos agrupamentos de escolas e coordenadoras do PES. Os conhecimentos e experiência destes profissionais foram uma mais valia para o desenvolvimento de todo o processo. Para a realização do projeto foram cumpridos todos os procedimentos ético-deontológicos tendo sido dadas as autorizações necessárias à sua execução pelas entidades envolvidas. O contato com a população alvo, nomeadamente na aplicação do inquérito, foi realizado tendo em conta os princípios do respeito, anonimato e confidencialidade. Os inquéritos foram aplicados apenas aos alunos que detinham o consentimento informado devidamente preenchido.

Visando a **melhoria contínua da qualidade**, foi desenvolvido um projeto na área da promoção da saúde, em contexto escolar. A realização deste projeto permitiu a aquisição

de competências nesta área uma vez que permitiu a mobilização de conhecimentos e o desenvolvimento de uma postura de liderança e de dinamização. Ao longo da sua implementação foram desenvolvidas medidas no sentido de realizar uma avaliação contínua das atividades, realizando os ajustes necessários de acordo com a resposta dos participantes.

No âmbito da **gestão de cuidados** foi necessário realizar o planeamento e implementação das atividades de acordo com os recursos existentes. Foram realizadas diversas reuniões com a equipa de Saúde Escolar e coordenadoras do PES de modo a envolver todos os elementos no processo de identificação de recursos e ajustar as atividades de modo a interferir o menos possível com as aulas letivas e quotidiano dos alunos. Durante a realização das sessões de EpS foi adotada uma postura de liderança e uma linguagem adaptada ao contexto escolar, à faixa etária e às características específicas dos participantes.

De modo a favorecer o **desenvolvimento de aprendizagens profissionais** foi necessário refletir sobre valores e atitudes de modo a adequar a interação aos diferentes contextos e atores. Na procura constante pela melhor prática baseada na evidência foi realizada uma extensa pesquisa bibliográfica sobre o tema e neste âmbito foi elaborada uma *scoping review* sobre as implicações do consumo de bebidas energéticas nos adolescentes. A sua realização foi importante uma vez que permitiu o desenvolvimento de uma intervenção sólida, baseada nos conhecimentos mais atuais sobre o tema.

No contexto da formação em trabalho, foi identificada a existência de necessidades de formação sobre o tema nos profissionais de saúde da UCC. Deste modo, foi realizada uma reunião para esclarecimento de conceitos e divulgação do diagnóstico de saúde. Esta reunião teve também como objetivo motivar e envolver toda equipa no projeto e promover a sua continuidade.

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, deverá deter um conhecimento profundo sobre os determinantes de saúde e uma capacidade de resposta adequada às necessidades de saúde dos indivíduos, grupos e comunidades. Durante a sua formação especializada, deverá desenvolver competências no âmbito do desenvolvimento de programas e projetos de intervenção, de acordo com a metodologia de Planeamento em Saúde, com o objetivo de promover “a capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania” (Regulamento n.º 128/2011, p.8667).

Esta etapa de aprendizagem possibilitou a aquisição de competências no domínio do **estabelecimento, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, da avaliação do estado de saúde de uma comunidade** através da elaboração do projeto de intervenção.

Inicialmente, realizou-se o diagnóstico de saúde da população alvo. Para tal, foi necessário realizar uma pesquisa bibliográfica de modo a caracterizar a comunidade onde se inseria e consultar a equipa de Saúde Escolar de modo a compreender melhor e os seus principais determinantes de saúde. Procedeu-se também à aplicação de um inquérito, de modo a avaliar se efetivamente o tema do consumo de bebidas energéticas seria um problema de saúde na população alvo. De acordo com os resultados obtidos foram identificados vários problemas de saúde pelo que foi necessário determinar, com base em critérios objetivos, qual o problema prioritário que seria alvo de intervenção.

Seguidamente, foram delineados objetivos pertinentes e exequíveis, definidas estratégias e realizado o planeamento operacional das atividades de forma a possibilitar a consecução dos objetivos propostos. Durante estas etapas foram realizadas reuniões no sentido de envolver todos os intervenientes nas tomadas de decisão, identificar os recursos disponíveis e garantir uma maior eficácia das intervenções. Por fim, foi implementada uma intervenção comunitária de promoção de comportamentos saudáveis no âmbito do consumo de bebidas energéticas e procedeu-se à sua avaliação e monitorização.

A segunda capacidade específica adquirida durante este processo formativo foi **contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades** e foi concretizada através da implementação da intervenção comunitária. A sua implementação só foi possível através do desenvolvimento de uma parceria com a escola alicerçada nas várias reuniões realizadas.

Para o desenvolvimento desta competência foi necessário mobilizar conhecimentos de outras áreas como a educação e a comunicação de modo a adquirir maiores competências pedagógicas durante a realização das atividades e torná-las mais eficientes e adaptadas à população alvo. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender serviu de enquadramento e suporte às decisões de planeamento, intervenção e avaliação das ações de promoção da saúde. As atividades desenvolvidas tiveram como base a fundamentação teórica desenvolvida inicialmente de modo a transmitir os conhecimentos científicos mais atuais sobre o tema. Para a transmissão dos conteúdos recorreu-se às novas tecnologias, meios audiovisuais e a jogos pedagógicos de modo a torná-los mais atrativos e apelativos para os adolescentes. De forma a documentar e sistematizar o projeto de intervenção

comunitária foi desenvolvido um portfólio para consulta pelos profissionais de saúde com o objetivo de favorecer a continuidade do projeto.

Este percurso académico visa também a aquisição do grau académico de Mestre em Enfermagem. Em Portugal, no regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior redigido no Decreto-Lei nº74/2006, de 24 de março foram redigidas as qualificações esperadas para a obtenção deste grau de ensino de acordo com o Quadro Europeu de Qualificações.

O grau de Mestre é atribuído a quem demonstre possuir conhecimentos e capacidade de compreensão de modo a desenvolver e aprofundar os conhecimentos adquiridos no grau de Licenciatura e que realizem ou desenvolvam trabalhos originais em muitos casos no âmbito da Investigação. Neste contexto, foi realizada uma *scoping review* que possibilitou o esclarecimento de conceitos e serviu de suporte científico para a elaboração dos conteúdos abordados durante a intervenção. Foi realizada a sua submissão à revista *Interface comunicação, saúde e educação* e encontra-se de momento em apreciação para eventual publicação.

O processo de recolha e análise de dados necessário para a elaboração do diagnóstico de saúde também contribuiu para a aquisição de competências no âmbito da investigação quantitativa. Procedeu-se à submissão de um resumo sobre os resultados obtidos pela aplicação do inquérito tendo sido aceite para a apresentação de uma comunicação oral no Congresso Internacional da Criança e do Adolescente 2020. A comunicação intitulava-se “Hábitos de consumo de bebidas energéticas dos adolescentes de um concelho da região do Algarve”, foi realizada no dia 24 de janeiro de 2020 e pode ser observada no Apêndice XV. Finalmente, a elaboração deste relatório possibilitou a obtenção de capacidades de raciocínio, sistematização e de transmissão de todo o percurso de aprendizagem.

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório permitiu descrever, refletir e integrar um corpo de saberes essenciais para o desenvolvimento de competências no âmbito da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

A UCC onde decorreu esta etapa de aprendizagem é uma unidade funcional de excelência que desenvolve um trabalho exemplar junto da comunidade da sua área de influência. Foi um privilégio acompanhar a equipa de Saúde Escolar e ter a oportunidade de desenvolver este projeto na sua comunidade educativa.

O tema selecionado para a intervenção comunitária demonstrou ser um grande desafio. O consumo de bebidas energéticas é um tema recente, pouco estudado e apesar de existir uma crescente preocupação por parte das autoridades quanto aos seus efeitos, em Portugal não existe regulamentação que limite o seu consumo pelos mais jovens. Por serem de venda livre e fazerem parte dos consumos quotidianos são muitas vezes vistos como produtos isentos de risco e a nível nacional a atuação nesta área é rara ou inexistente.

Todavia o consumo de bebidas energética acarreta potenciais riscos, principalmente para a saúde das crianças e dos adolescentes e deveria ser alvo de mais estudos de modo a analisar a necessidade do desenvolvimento de políticas para a sua regulamentação e estratégias de promoção da saúde nesta área.

Na atualidade, o consumo de bebidas energéticas encontra-se contemplado no PNSE, no âmbito dos consumos de *performance*. De acordo com as recomendações nesta matéria, os profissionais de saúde devem estar alerta quanto aos hábitos de consumo da sua comunidade e desenvolver ações de prevenção e redução deste tipo de comportamentos (DGS, 2015).

Os resultados obtidos pela aplicação do inquérito na etapa de diagnóstico de saúde sugerem que o padrão de consumo de bebidas energéticas é significativo entre os adolescentes inquiridos.

Tendo em conta os factos supracitados, foi desenvolvida uma intervenção, de acordo com a Metodologia em Saúde, de forma a contribuir para a adoção de comportamentos saudáveis na população alvo tendo-se obtido resultados positivos na sua avaliação.

Uma intervenção comunitária que pretenda a capacitação da sua população alvo para comportamentos saudáveis é um processo que exige continuidade no tempo, por vezes anos, de modo a ser possível obter resultados quanto ao seu impacto (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

O planeamento da intervenção foi realizado no sentido de ser dado o seu seguimento pela equipa de Saúde Escolar integrada no seu plano anual. As sessões de EpS foram desenvolvidas em faixas etárias chave que coincidem com os anos em que, na atualidade, é desenvolvido um projeto de educação alimentar. A enfermeira responsável pela equipa de Saúde Escolar, em conjunto com as coordenadoras do PES, equacionam a possibilidade de num futuro próximo, integrarem as atividades planeadas nos conteúdos desse projeto.

Durante esta etapa de aprendizagem foram desenvolvidas capacidades no sentido de compreender a dinâmica e a metodologia inerente a cada etapa do Planeamento em Saúde, mobilizar conhecimentos científicos e atuais sobre o tema, utilizar o modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender como suporte para a intervenção e adaptar esses conhecimentos à realidade da unidade e da comunidade alvo de intervenção num esforço de promoção da sua capacitação.

A realização de todo este processo implicou rigor, perseverança, flexibilidade, vigilância e uma procura constante pela melhor prática baseada na evidência. Implicou sobretudo humildade para reconhecer que a metodologia de planeamento é complexa e vai muito para além da iniciativa individualista. Envolve procedimentos, parcerias e a articulação entre diferentes entidades num esforço conjunto de promoção da saúde.

Apesar de não se ter revelado um percurso fácil, foi sem dúvida muito compensador e de acordo com os resultados positivos obtidos pode-se considerar que os objetivos definidos para esta fase foram cumpridos com sucesso.

O sentimento de dever cumprido pela conclusão deste ciclo estende-se ao desafio do início de uma nova etapa. A nível pessoal e profissional, as competências adquiridas serão certamente uma mais valia futuramente, como enfermeira especialista de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Ao nível da comunidade onde foi desenvolvida a intervenção, verificaram-se resultados notoriamente positivos, os profissionais de saúde e de educação manifestaram interesse pelo tema e a expectativa pessoal é que seja dado seguimento às atividades desenvolvidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alsunni, A. A. (2015). Energy Drink Consumption: Beneficial and Adverse Health Effects. *International Journal Health and Science*, 9(4), 468–474, disponível em <https://ijhs.org.sa/index.php/journal/article/view/1244>.
- American Academy of Pediatric (2018). AAP Publication Reaffirmed. *AAP News & Journals*, 141, (3). doi:<https://doi.org/10.1542/peds.2017-4173>.
- American Academy of Pediatrics (2011). Sports Drinks and Energy Drinks for Children and Adolescents: Are They Appropriate? American Academy of Pediatrics Clinical Report. *AAP News & Journals*, 127 (6), 1182-1189. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0965>.
- Amorim, M. d. (2015). (Re)pensar a educação para a saúde: Educação para a Saúde ou para a vida?. *Promoção da saúde Da Investigação à Prática*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde Editora, LDA.
- ARS Algarve (2016). *Plano de Atividades 2016*. Ministério da Saúde, Administração Regional do Algarve.
- Berger, A., & Alford, K. (2009). Cardiac arrest in a young man following excess consumption of caffeinated energy drinks. *Medical Journal of Australia*, vol. 190 (1), 41–43. Disponível em <https://www.mja.com.au/journal/2009/190/1/cardiac-arrest-young-man-following-excess-consumption-caffeinated-energy-drinks>.
- Branco, L., Flor-de-lima, F., Ferreira, C., Macedo, L., & Laranjeira, C. (2017). Bebidas Energéticas: Qual a Realidade na Adolescência. *Acta Pediatrica Portuguesa*. 48 (1), 109-117.
- Breda, J., Whiting, S., & Encarnação, R. (2014). Energy drink consumption in Europe: a review of the risks, adverse health effects, and policy options to respond. *Front. Public Health*. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00134>.
- Buss, P. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência Saúde Coletiva*, 5, 163-77.

- Campbell, B., Wilborn, C., La Bounty, P., Taylor, L., Nelson, M., Greenwood, M., . . . Collins, R. (2013). *International Society of Sports Nutrition position stand: Energy drinks.*, disponível em <https://jssn.biomedcentral.com/articles/10.1186/1550-2783-10-1>.
- Committee on Nutrition and the Council on Sports Medicine and Fitness (2011). *Sports drinks and energy drinks for children and adolescents: are they appropriate?* 127 (6), 1182-1189, doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0965>.
- Cracked (2017). *If Energy Drink Ads Were Honest - Honest Ads (Monster, Red Bull, Gatorade Parody)*, disponível em: youtube: <https://youtu.be/xdZttArhtn8>.
- Cruz, J. (2012). *A aplicação do jogo didático nas aulas de História e Geografia*. Dissertação de Mestrado em Ensino de História e Geografia. Faculdade de Letras do Porto. Porto.
- DECO (2019, março 1). Notícias: Cafeína: 2 chávenas de chá equivalem a 1 bica. Acesso em julho de 2019, disponível em Deco Proteste: <https://www.deco.proteste.pt/eletrodomesticos/maquinas-cafe/noticias/cafeina-2-chavenas-de-cha-equivalem-a-1-bica>
- Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. *Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*. Diário da República, , série I-A. Lisboa.
- Despacho n.º 10143/2009, de 22 de fevereiro. *Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade*. Ministério da Saúde, Diário da República n.º 74/2009, Série II. Lisboa.
- DGE. (2014). *Programa de apoio à promoção e educação para a saúde*. Lisboa: Direção Geral de Educação.
- DGEEC (2017). *Regiões em números 2016/2017 - Volume V. Algarve*. Lisboa: Direção Geral de Estatística da Educação e Ciência.
- DGS (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- DGS (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direção Geral de Educação, Lisboa.
- Dias, S. & Gama, A. (2014). Promoção da saúde: Evolução de um paradigma e desafios contemporâneos. *Revista de Saúde Pública*, 16 (2), 307-317.

- EFSA (2013). “Energy” drinks report. Associação Europeia de Segurança Alimentar. disponível em “Energy” drinks report: <https://www.efsa.europa.eu/en/press/news/130306>.
- Energy Drink Europe (2014). *Regulation*. Energy Drink Europe. disponível em: <http://www.energydrinkseurope>.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gaspar, S., Mendes, M., & Ramos, F. (2014). *Avaliação do risco da exposição a substâncias estimulantes (caféina, taurina e glucoronolactona) em adolescentes do distrito de Lisboa*. (ASAE, Ed.). disponível em https://eg.uc.pt/bitstream/10316/28944/1/MSA_Suana%20Gaspar.pdf.
- George, F. (2014). Sobre determinantes de saúde. Em F. George, *Histórias de Saúde Pública*. DGS.
- Gomes, M. F. (2015). *Bebidas energéticas: o seu uso em crianças e adolescentes*. Tese de Mestrado em Medicina, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Gonçalves, C., & Ramos, V. (2010). *Cidadania e Saúde um caminho a percorrer*. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- Graça, L. (2015). Promoção da Saúde: Uma abordagem positiva da saúde. *Promoção da saúde: da investigação à prática* (Vol. I). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde Editora, LDA.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- INE (2018). *Retorno de informação personalizada dos municípios*. Instituto Nacional de Estatística, disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_doc_municipios.
- International Council of Nursing (2015). *ICNP Definition*. International Council of Nursing, disponível em <http://www.old.icn.ch/what-we-do/definition-a-elements-of-icnpr/>.

- International Council of Nursing (2016). *CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Khoshnood, Z., Rayyani, M., & Tirgari, B. (2018). Theory analysis for Pender's health promotion model (HPM) by Barnum's criteria: a critical perspective. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 1-11. doi: 10.1515/ijamh-2017-0160.
- Lei nº 156/2015, de 16 de setembro. Diário da República n.º 181/2015, Série I. Lisboa: Assembleia da república.
- Maia, C., Freira, S., Fonseca, H., Pedro, R., & Silva, F. (2010). Consumo de substâncias no adolescente. *Acta Pediatrica Portuguesa*, 41, 262-265.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 5ªed. Pensilvania: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nunes, M. (2016). *Cartilha metodológica do planeamento em saúde e as ferramentas de auxilio*. Lisboa: Chiado Editora.
- OMS (1978). Declaração de Alma-Ata . *Conferência Internacional sobre Cuidados de saúde Primários*. Casaquistão: World Health Organization.
- OMS (1996). Carta de Ottawa. *Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde*. Canadá: World Health Organization.
- OMS (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization.
- OMS (2007). *Orientation program on Adolescent Health for health care providers*. Geneva: World Health Organization, disponível em https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/9241591269_op_handout.pdf
- OMS (2013). *Definition of key terms. Consolidated ARV guidelines 2013*. Geneva: World Health Organization, disponível em <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en/>.
- OMS (2014). *Constitution of the world health organization*. Geneva: World Health Organization.
- OMS (2014). *Energy drinks cause concern for health of young people*. Geneva: World Health Organization, disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/news/news/2014/10/energy-drinks-cause-concern-for-health-of-young-people>.

- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código Deontológico*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros., disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Parsons, M., Pender, N., & Murdaugh, C. (2011). *Health promotion in nursing practice*. Londres: Pearson Higher Education.
- Pender, N. (2011). *Health Promotion Model - Frequent Questions*. Deepblue, disponível em: <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85352>.
- Pender, N. (2011a). *Health Promotion Model Manual*. Michigan: University of Michigan.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. 7ªed. New Jersey: Pearson Education.
- PORDATA. (2019). *PORDATA*, disponível em [https://www.pordata.pt/_Municipios/Quadro+Resumo+██████████+\(Munic%c3%adpio\)-232879](https://www.pordata.pt/_Municipios/Quadro+Resumo+██████████+(Munic%c3%adpio)-232879)
- PROBEB. (2019). *Legislação relevante. Bebidas Refrigerantes. Associação Portuguesa de Refrescantes não Alcoólicas*. PROBEB, disponível em <https://probeb.pt/conteudo/Legisla%C3%A7%C3%A3o/-/27>.
- Rede Social de ██████████ (2011). *Diagnóstico Social*. Rede Social de ██████████, ██████████
- Regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*; Ordem dos Enfermeiros. Diário da República; n.º 35, 2.ª série. Lisboa.
- Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª série- N.º 135. Lisboa.
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª série-N.º26. Lisboa.

- Reynolds-Keefer, L., Johnson, R., & Dickenson, T. (2009). *Validity issues in the use of pictorial Likert scales. Studies in Learning Evaluation Innovation and Development.*, disponível em <http://sleid.cqu.edu.au> Innovation and Development.
- Sakraida, T. (2004). Modelo de Promoção da Saúde. em T. AM, & A. M., *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. 699-712. Loures: Lusociência.
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *Revista Saúde Coletiva*, 17, 29-41.
- Silva, P., Viana, M., & Carneiro, S. (2011). *O desenvolvimento da adolescência na Teoria de Piaget*. Psicologia.pt, disponível em <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0250.pdf>.
- Simões, A. (2018). *Relatório de Atividade 2017*. UCC D'Alagoa, Lagoa.
- SNS (2019). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Serviço Nacional de Saúde. disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/5/50003/5080651/Pages/default.aspx>.
- SNS (2019). *Saúde Escolar*. Serviço Nacional de Saúde. disponível em <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/saude-escolar-2/>.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. Lisboa: Lusociência.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos.Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- The Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewer' s Manual: Methodology for JBI Scoping Reviews*. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: Methodology for JBI Scoping Reviews.
- Turner, S. (2010). *Ferramentas de Apoio à Gestão- guia essencial para o gestor de sucesso*. Monitor-Projectos e Edições, Lda.
- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*, 379, 1641-1652.
- Vitor, J., Lopes, M. & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista Enfermagem*, 18, 235-240.

- Young, B. (2003). Does food advertising influence children's food choices? *International journal of advertising*, 22, pp. 441-459.
- Zucconi, S., Volpato, C., Adinolfi, F., Gandini, E., E, G., Loi, A., & Fioriti, L. (2013). *Gathering Consumption Data on Specific Consumer Groups of Energy Drinks*, Itália.

ANEXOS

ANEXO I- Inquérito aos hábitos de consumo de bebidas energéticas e refrigerantes.

INQUÉRITO AOS HÁBITOS DE CONSUMO DE BEBIDAS ENERGÉTICAS E REFRIGERANTES

Este inquérito tem como objetivo a avaliação dos hábitos de consumo de bebidas energéticas e refrigerantes por adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos de idade. O seu preenchimento, demora aproximadamente 10 minutos.

I. INFORMAÇÕES GERAIS

1. Idade _____ anos
2. Sexo Masculino Feminino
3. Freguesia de residência: _____
- 3.1. Ano de escolaridade que frequenta: _____

II. PERFIL DO CONSUMIDOR

Responde agora a algumas questões sobre o teu estilo de vida.

4. Quantas horas dormes por noite?

Menos de 6 horas/noite	<input type="checkbox"/>
Entre 6 e 8 horas/noite	<input type="checkbox"/>
Mais de 8 horas/noite	<input type="checkbox"/>

5. Fumas ou alguma vez fumaste?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/> → PASSAR PARA A QUESTÃO 7
Não respondo	<input type="checkbox"/> → PASSAR PARA A QUESTÃO 7

6. Quantos cigarros fumas, em média por dia?

1 a 5 cigarros/dia	<input type="checkbox"/>
6 a 10 cigarros/dia	<input type="checkbox"/>
11 a 20 cigarros/dia	<input type="checkbox"/>
Mais de 1 maço/dia	<input type="checkbox"/>

7. Características do teu agregado familiar:

Vivo com os meus pais	<input type="checkbox"/>
Vivo com os avós	<input type="checkbox"/>
Outros _____	<input type="checkbox"/>

III. CONSUMO DE BEBIDAS

8. Qual das bebidas consumes mais em cada uma das ocasiões (durante o dia, durante o desporto, outras ocasiões)?

<i>Escolhe a tua bebida favorita (apenas uma) para cada coluna.</i>	Durante o dia	Durante o desporto.	Outras ocasiões (festas, etc)
Água engarrafada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Água com sabores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refrigerantes (Coca-Cola, Fanta, Ice Tea...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sumos de frutas, batidos...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Néctares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chocolate quente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Café/Capuccino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas energéticas (Red Bull, Monster,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas isotónicas para desportistas (Gatorade, Powerade, Lucozade,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cerveja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas espirituosas (vodka, rum, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras bebidas. Quais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Consumo de bebidas energéticas

Responde às seguintes questões sobre o consumo de bebidas energéticas, nomeadamente produtos como o Red Bull, Monster, Burn, etc...

9. Os teus pais¹ consomem bebidas energéticas?

	Ambos	Pai	Mãe
Sim, frequentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, ocasionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não, nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sei/Não respondo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Durante o último ano consumiste bebidas energéticas pelo menos uma vez?



Sim	<input type="checkbox"/>	→ PASSAR PARA A QUESTÃO 11
Não	<input type="checkbox"/>	→ PASSAR PARA A QUESTÃO 26
Não sei/Não respondo	<input type="checkbox"/>	→ PASSAR PARA A QUESTÃO 26

11. Onde e com que frequência bebes bebidas energéticas?

Para cada local/situação seleciona a opção respeitante à frequência com que bebes bebidas energéticas

	Frequentemente	Por vezes	Nunca
Em casa, no dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em casa, durante festas com os amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na escola, no dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na escola, quando há festas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bar/Discooteca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Associada a desporto e exercício físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Num mês de aulas, com que frequência consumes bebidas energéticas?

Diariamente	<input type="checkbox"/>
Mais de uma vez por semana	<input type="checkbox"/> Indica quantos dias _____
Uma vez por semana	<input type="checkbox"/>
1-2 vezes por mês	<input type="checkbox"/>
Raramente	<input type="checkbox"/> → PASSAR PARA A QUESTÃO 15
Não sei/Não respondo	<input type="checkbox"/> → PASSAR PARA A QUESTÃO 15

13. Qual o tamanho normal das bebidas energéticas que consumes?

	Lata 250 mL	<input type="checkbox"/>
	Lata 500 ml = 0,5 L	<input type="checkbox"/>
	Outra? Qual: _____ (em mL)	<input type="checkbox"/>

14. Num mês de aulas, quantas latas de bebidas energéticas bebes?

	1	<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>
	4	<input type="checkbox"/>
	Mais de 4	<input type="checkbox"/> Quantas? _____

15. Numa única ocasião, quantas latas de bebidas energéticas consumes, num período de tempo de algumas horas?

Considera "numa única ocasião" o tempo de apenas algumas horas (por exemplo, uma saída à noite, uma sessão de estudo ou de prática desportiva).

Em saídas à noite:

Uma	<input type="checkbox"/>
Mais de uma Quantas? _____ (em média)	<input type="checkbox"/>

Em sessões de estudo:

Uma	<input type="checkbox"/>
Mais de uma Quantas? _____ (em média)	<input type="checkbox"/>

Durante a prática desportiva:

Uma	<input type="checkbox"/>
Mais de uma Quantas? _____ (em média)	<input type="checkbox"/>

16. Qual a razão de beberes bebidas energéticas?

Indica a **importância** que atribuis a cada uma das frases, de acordo com a escala: **1 = Pouco Importante; 2 = Importante; 3 = Muito Importante; 4 = Não sei/Não respondo**

	1- Pouco Importante	2- Importante	3- Muito importante	4- Não sei/Não
Preciso de energia (no geral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para ficar acordado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosto do sabor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para aumentar a concentração (estudo/trabalho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratar ressaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Melhorar o rendimento desportivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estimular o meu metabolismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Que marca de bebidas energéticas consumes geralmente?

Lista por ordem de importância as marcas de bebidas energéticas, partindo daquela que consumes mais até à que consumes menos, utilizando a numeração de 1 a 3, sendo que 1 é o mais consumido e o 3 o menos consumido.

Exemplos de bebidas energéticas



1. _____

2. _____

3. _____

18. Geralmente preferes bebidas energéticas...

Normal (com açúcar)	<input type="checkbox"/>
Light ou Zero (Redução de açúcar/ Sem açúcar)	<input type="checkbox"/>
Não sei/Não respondo	<input type="checkbox"/>

V. CONSUMO DE BEBIDAS ENERGÉTICAS E DE ÁLCOOL

Responde agora a algumas questões sobre o consumo de bebidas energéticas e de álcool numa única ocasião. Considera "numa única ocasião" o tempo de apenas algumas horas (por exemplo, uma saída à noite, uma sessão de estudo ou de prática desportiva).

19. Durante o último ano consumiste bebidas energéticas e álcool, pelo menos uma vez, numa só ocasião?

Escolhe apenas uma opção.

Sim, misturadas no momento do consumo no mesmo copo (ex: cocktail: bebida energética e álcool)	<input type="checkbox"/>
Sim, bebidas energéticas com álcool já misturadas (ex: lata/garrafa pronta a beber).	<input type="checkbox"/>
Sim, mas consumidas em momentos diferentes (ex: consumo de álcool precedido ou seguido do consumo de bebida energética)	<input type="checkbox"/>
Não, nunca	<input type="checkbox"/> → PASSAR PARA A QUESTÃO 22
Não sei/Não respondo	<input type="checkbox"/> → PASSAR PARA A QUESTÃO 22

20. Num mês de aulas, com que frequência consumes bebidas energéticas com álcool (misturadas ou consumidas em momentos diferentes, numa única ocasião)?

Diariamente	<input type="checkbox"/>
Mais de uma vez por semana	<input type="checkbox"/> Indica quantos dias: _____
Uma vez por semana	<input type="checkbox"/>
1-2 vezes por mês	<input type="checkbox"/>
Raramente	<input type="checkbox"/> → PASSAR PARA A QUESTÃO 22
Não sei/Não respondo	<input type="checkbox"/> → PASSAR PARA A QUESTÃO 22

21. Num mês de aulas, quantos cocktails de bebidas energéticas misturadas com álcool consumiste numa única ocasião?

Um cocktail	<input type="checkbox"/>
Mais do que um cocktail	<input type="checkbox"/> Indica quantos cocktails: _____
Não sei/Não respondo	<input type="checkbox"/>

VI. BEBIDAS ENERGÉTICAS E DESPORTO

Responde agora a algumas questões sobre o consumo de bebidas energéticas associadas ao desporto e exercício físico.

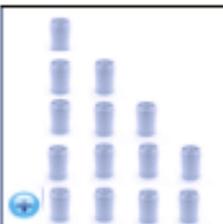
22. Durante o último ano, com que frequência praticaste desporto ou exercício físico, fora das aulas?

Diariamente	<input type="checkbox"/>
Uma vez por semana	<input type="checkbox"/>
Mais do que uma vez por semana	<input type="checkbox"/> Indica quantos dias: _____
Uma vez por mês	<input type="checkbox"/>
Raramente	<input type="checkbox"/> → PASSAR PARA A QUESTÃO 26
Nunca	<input type="checkbox"/> → PASSAR PARA A QUESTÃO 26

23. Com que frequência consumes bebidas energéticas antes, durante ou depois da prática de desporto ou exercício físico?

Quase sempre	<input type="checkbox"/>
Frequentemente (aproximadamente em metade das ocasiões o exercício foi acompanhado do consumo de bebidas energéticas)	<input type="checkbox"/>
Por vezes (aproximadamente num quarto das ocasiões)	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/> →PASSAR PARA A QUESTÃO 26

24. Num mês de aulas, em média, quantas latas de bebidas energéticas consumiste numa só ocasião em que praticaste desporto ou exercício físico?

	1	<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>
	4	<input type="checkbox"/>
	Mais de 4	<input type="checkbox"/> Quantas? _____

25. Qual a razão de consumires bebidas energéticas antes, durante ou depois do desporto?

Indica a importância que atribuis a cada uma das frases, de acordo com a escala: 1 = Pouco Importante; 2 = Importante; 3 = Muito Importante; 4= Não sei/Não respondo

	1- Pouco importante	2- Importante	3 - Muito importante	4-Não sei/Não respondo
Aumenta o tempo de resistência a intensidade máxima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumenta a resistência aeróbica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumenta a vitalidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumenta a concentração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumenta a força	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII. HÁBITOS GERAIS DE CONSUMO

Responde agora a algumas questões sobre o consumo de outras bebidas (café, chá)

26. Numa semana de aulas, com que frequência consumes café ou bebidas com café (ex: cappuccino)

Diariamente	<input type="checkbox"/>
Mais de uma vez por semana	<input type="checkbox"/> Indica quantos dias _____
Uma vez por semana	<input type="checkbox"/>
Raramente	<input type="checkbox"/> →PASSAR PARA A QUESTÃO: 29
Nunca	<input type="checkbox"/> →PASSAR PARA A QUESTÃO 29

27. Num dia de aulas, quando consumes café ou bebidas com café, quantas chávenas consumes?

Considera uma chávena típica para cada tipo de bebida.

	1 chávena	Mais de uma chávena
Café expresso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quantas? _____
Café (instantâneo, moido, café gelado...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quantas? _____
Cappuccino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quantas? _____
Outra Indique qual _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quantas? _____

28. O café ou bebidas com café (ex.: cappuccino) que costumás beber é:

Normal (com cafeína)	<input type="checkbox"/>
Descafeinado	<input type="checkbox"/>
Não sei/Não respondo	<input type="checkbox"/>

29. Numa semana de aulas, com que frequência consumes chá (preto, verde ou branco)?

Diariamente	<input type="checkbox"/>
Mais do que uma vez por semana	<input type="checkbox"/> Indica quantos dias _____
Uma vez por semana	<input type="checkbox"/>
Raramente	<input type="checkbox"/> →PASSAR PARA A QUESTÃO 32
Nunca	<input type="checkbox"/> →PASSAR PARA A QUESTÃO 32

30. Num dia, durante o periodo de aulas, quando consumes chá, quantas chávenas (preto, verde ou branco) consumes?

1 chávena/copo = 200 mL

	1 chávena/copo	Mais de uma chávena/copo
Chá (preto, verde ou branco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quantas? _____

31. O chá que costumás beber é:

Normal	<input type="checkbox"/>
Descafeinado	<input type="checkbox"/>
Não sei/Não respondo	<input type="checkbox"/>

VII. CONSUMO DE OUTRAS BEBIDAS

Responde agora algumas questões sobre refrigerantes.

32. Os teus pais¹ consomem refrigerantes em geral?

	Ambos	Pai	Mãe
Sim, frequentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, ocasionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não, nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sei/Não respondo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Com que frequência consumes COLAS (ex: Coca-cola, Pepsi)

Diariamente	<input type="checkbox"/>
Mais do que uma vez por semana	<input type="checkbox"/> Indica quantos dias _____
Uma vez por semana	<input type="checkbox"/>
Raramente	<input type="checkbox"/> →PASSAR PARA A QUESTÃO 36
Nunca	<input type="checkbox"/> →PASSAR PARA A QUESTÃO 36

34. Na sequência da questão anterior, indica quantas latas/copos de COLA bebes, por semana?

1 lata /copo e meio = 330 ml

	1	<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>
	4	<input type="checkbox"/>
	Mais de 4	<input type="checkbox"/> Quantas? _____

35. A COLA (ex.: Coca-cola, Pepsi) que costumás beber é:

Normal (com cafeína e com açúcar)	<input type="checkbox"/>
Descafeinada (sem cafeína e com açúcar)	<input type="checkbox"/>
Light ou Zero (com cafeína e redução açúcar/sem açúcar)	<input type="checkbox"/>
Light ou Zero descafeinada (sem cafeína e redução açúcar/sem açúcar)	<input type="checkbox"/>
Não sei/Não respondo	<input type="checkbox"/>

36. Com que frequência consumes ICE TEA?

Diariamente	<input type="checkbox"/>
Mais do que uma vez por semana	<input type="checkbox"/> Indica quantos dias _____
Uma vez por semana	<input type="checkbox"/>
Raramente	<input type="checkbox"/> →PASSAR PARA A QUESTÃO 39
Nunca	<input type="checkbox"/> →PASSAR PARA A QUESTÃO 39

37. Na sequência da questão anterior, indica quantas latas/copos de ICE TEA bebes, por semana?

1 lata /copo e meio = 330 ml

	1	<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>
	4	<input type="checkbox"/>
	Mais de 4	<input type="checkbox"/> Quantas? _____

38. O ICE TEA que costumás beber é:

Normal (com açúcar)	<input type="checkbox"/>
Light ou Zero (Redução de açúcar/ Sem açúcar)	<input type="checkbox"/>
Não sei/Não respondo	<input type="checkbox"/>

Para as próximas perguntas considera o teu consumo de bebidas refrigerantes (de sumo de frutos, de extratos vegetais e aromatizado), com exceção dos questionados anteriormente, ou seja, colas e ice tea.

39. Num mês de aulas, quantas vezes consumes refrigerantes (como Fanta[®], Frisumo[®], Joi[®], Sumol[®], Sprite[®], 7 Up[®], etc)?

Diariamente	<input type="checkbox"/>
Mais de uma vez por semana dias	<input type="checkbox"/> Indica quantos dias _____
Uma vez por semana	<input type="checkbox"/>
1-2 vezes por mês	<input type="checkbox"/>
Raramente	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/> →O TEU INQUÉRITO TERMINA AQUI

40. Onde e com que frequência bebes refrigerantes (como Fanta[®], Frisumo[®], Joi[®], Sumol[®], Sprite[®], 7 Up[®], etc)?

Indica a resposta para cada local/situação.

	Frequentemente	Por vezes	Nunca
Em casa, no dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em casa, durante festas com os amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na escola, no dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na escola, quando há festas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Associada a desporto e exercício físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em refeições fora de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Qual a quantidade total de refrigerantes (como Fanta[®], Frisumo[®], Joi[®], Sumol[®], Sprite[®], 7 Up[®], etc) consomes num dia?

Quantidade total diária	
200 ml	<input type="checkbox"/>
330 ml	<input type="checkbox"/>
500 ml = 50 cl	<input type="checkbox"/>
1 L	<input type="checkbox"/>
1,5 L	<input type="checkbox"/>
2L	<input type="checkbox"/>
Outra Indica quanto: _____	<input type="checkbox"/>

42. Qual a razão de beberes refrigerantes (como Fanta[®], Frisumo[®], Joi[®], Sumol[®], Sprite[®], 7 Up[®], etc)?

Indica a importância que atribuis a cada uma das frases, de acordo com a escala: 1 = Pouco Importante; 2 = Importante; 3 = Muito Importante; 4 = Não sei/Não respondo

	1- Pouco importante	2 -Importante	3- Muito importante	4- Não sei/Não respondo
Gosto do sabor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porque me apetece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porque não gosto de leite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porque não gosto de água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preciso de energia (no Para fazer desporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Os refrigerantes (como Fanta[®], Frisumo[®], Joi[®], Sumol[®], Sprite[®], 7 Up[®], etc...) que costumás beber são:

Normal (com açúcar)	<input type="checkbox"/>
Light ou Zero (redução açúcar/ sem açúcar)	<input type="checkbox"/>
Indiferente	<input type="checkbox"/>
Não sei/Não respondo	<input type="checkbox"/>

Obrigado pela colaboração

ANEXO II- Autorização dos autores da adaptação portuguesa do inquérito.

**Pedido de autorização para a utilização da Adaptação do questionário utilizado no estudo dese
"Gathering consumption data on specific consumer groups of energy drinks (2012)**

Para: Rita Cabrita <rita_ijk@hotmail.com>

Exma. Sr.ª

Boa Tarde,

Não existe qualquer problema de utilizar o inquérito, desde que seja efetuada a sua referencia no trabalho.

Disponível para esclarecimentos adicionais,

Com os melhores cumprimentos


Diretora de Serviços de Segurança Alimentar



Direção-Geral de Alimentação e Veterinária

Campo Grande, 50

1700-093 Lisboa, PORTUGAL

Tlf.: 213239525

www.dgav.pt

O conteúdo deste email é confidencial e destinado apenas ao destinatário original.

Não deve partilhar qualquer parte desta mensagem com terceiros, salvo se resultar do conteúdo da mesma a necessidade da sua divulgação.

Se recebeu esta mensagem por engano, avise-nos imediatamente, e exclua essa mensagem do seu sistema.

[Citação ocultada]

ANEXO III- Autorização da DGE para a aplicação do inquérito.

23/09/2019

Email – Rita Cabrita – Outlook

Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0703500001

mime-noreply@gepe.min-edu.pt

Seg, 23/09/2019 07:57

Para: rita_jjc@hotmail.com <rita_jjc@hotmail.com>; 192018073@alunos.lisboa.ucp.pt <192018073@alunos.lisboa.ucp.pt>

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0703500001, com a designação **INQUÉRITO AOS HÁBITOS DE CONSUMO DE BEBIDAS ENERGÉTICAS E REFRIGERANTES**, registado em 30-08-2019, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Rita Isabel de Jesus Cabrita

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos

José Vitor Pedroso

Diretor-Geral

DGE

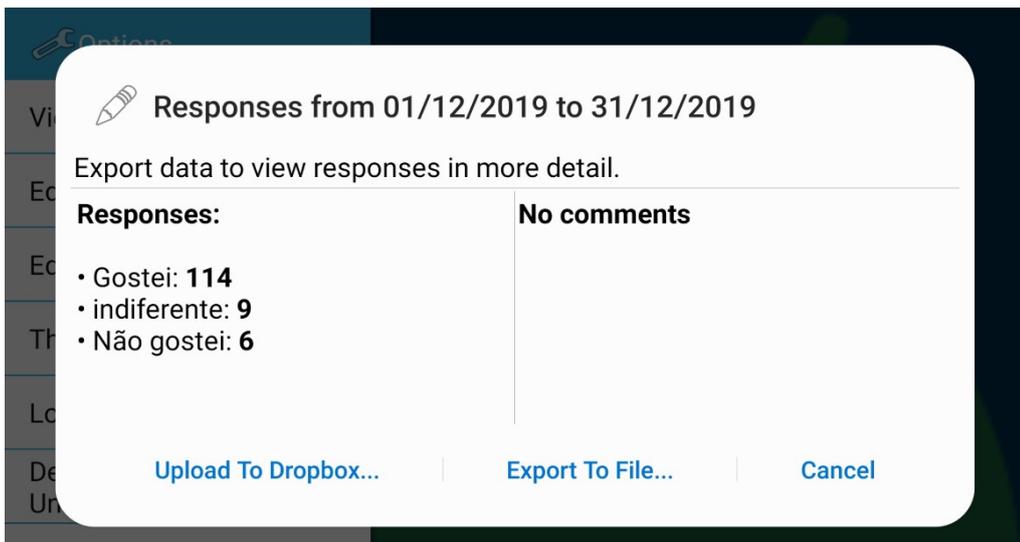
Observações:

- a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque onerosos, sensíveis e de vida privada, devendo fazer-se em estreita articulação com as Direções dos Agrupamentos.
- b) Considerando que se afirma na nota metodológica que (...) A recolha e análise dos dados auxilia na identificação das possíveis necessidades de intervenção nesta área podendo servir como base para o posterior desenvolvimento de uma intervenção de promoção da saúde e adoção de estilos de vida saudáveis na população em questão. (...), esta intervenção carece de prévia decisão/autorização por parte dos competentes órgãos dos Agrupamentos de Escolas. Assim, informa-se que a DGE não é competente para autorizar a realização intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação em meio escolar dadas as competências da Escola/Agrupamento, nos domínios da organização pedagógica, da organização curricular, da gestão estratégica, entre outras. Os órgãos de gestão pedagógica e educativa, (a Direção, o Conselho Pedagógico e o Conselho Geral) melhor decidirão sobre a realização do projeto de intervenção de promoção de saúde e suas inerentes ações.
- c) Deve considerar-se o disposto legal em matéria de garantia de anonimato dos sujeitos, confidencialidade, proteção e segurança dos dados. Considerados os documentos que foram anexados e para efeitos da proteção de dados pessoais sensíveis e de vida privada a recolher junto dos inquiridos, em cumprimento da legislação em vigor (Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto, que assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados), resultam obrigações que o responsável se propõe cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os inquiridos e a quem intervenha na recolha e tratamento de dados pessoais. É obrigatório recolher as declarações de consentimento informado e esclarecido a utilizar junto dos inquiridos, (ou de seus representantes legais) salvaguardando as condições de segurança dos dados recolhidos para objeto de tratamento, indicando finalidade do estudo, tipologia de dados a recolher, o carácter voluntário da inquirição, exercício do direito de acesso, retificação, atualização e apagamento dos dados pessoais, da existência ou não de comunicações ou interconexões de dados, qual o prazo de conservação dos dados, salvaguardando as condições de segurança dos dados recolhidos para objeto de tratamento. Mais deverão ser presentes com os inquéritos para recolha do prévio consentimento dos inquiridos (sua anuência/concordância com o que lhe é efetivamente proposto responder). Não deve haver cruzamento ou associação de dados entre os que são recolhidos pelos instrumentos de inquirição e os constantes das declarações de consentimento informado.

Podem consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

ANEXO IV- Modelo da aplicação de telemóvel “*Satisfaction kiosk*”.

Modelo da aplicação de telemóvel “*Satisfaction kiosk*”



APÊNDICES

APÊNDICE I -Implicações do consumo de bebidas energéticas nos adolescentes: *a scoping review.*

Título: Implicações do consumo de bebidas energéticas nos adolescentes: a *scoping review*

Resumo:

As bebidas energéticas são um grupo de bebidas que tipicamente, são publicitadas como tendo a capacidade de aumentar os níveis de energia e a *performance* física e psicológica. Nos últimos anos, tem-se verificado um aumento na sua popularidade, principalmente entre os jovens, o que tem suscitado preocupação quanto aos possíveis efeitos do seu consumo. Deste modo foi realizada uma *scoping review* que tem como objetivo identificar as implicações do consumo de bebidas energéticas por adolescentes.

A revisão foi realizada segundo o protocolo de *Joanna Briggs Institute*. De acordo com os critérios definidos foram incluídos na análise nove artigos. Verificou-se que o consumo de bebidas energéticas poderá estar associado a efeitos adversos, alterações na saúde mental e na adopção de comportamentos de risco pelos jovens. Os resultados dos estudos justificam alguma precaução no seu consumo.

Palavras-chave:

“Bebidas energéticas”, Adolescentes.

Metodologia

A metodologia adotada para a elaboração destas *scoping review* foi a proposta no *The Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual 2015: Methodology for JBI Scoping*.

Estratégia de pesquisa e seleção [subtítulo]

Inicialmente, procedeu-se a uma pesquisa sobre o tema, nas bases de dados, *Google Scholar* e *Pubmed*, de modo a analisar as palavras dos títulos e dos resumos dos artigos. Esta primeira pesquisa possibilitou a identificação das palavras-chave: “Bebidas Energéticas”, Adolescente, “*Energy Drink*” e *Adolescent*. Posteriormente, foi realizada uma segunda pesquisa, nas bases de dados *EBSCO Host* e *PubMed* utilizando as palavras-chave identificadas e os limitadores idioma inglês e artigos disponíveis em texto completo.

Na *EBSCO Host* procedeu-se à pesquisa utilizando o termo “*Energy Drink*” [AND] “*Adolescent*” no título e resumo. Na *Pubmed* realizou-se a pesquisa utilizando o termo “*Energy Drink**” [AND] “*Adolescent**” no título e resumo.

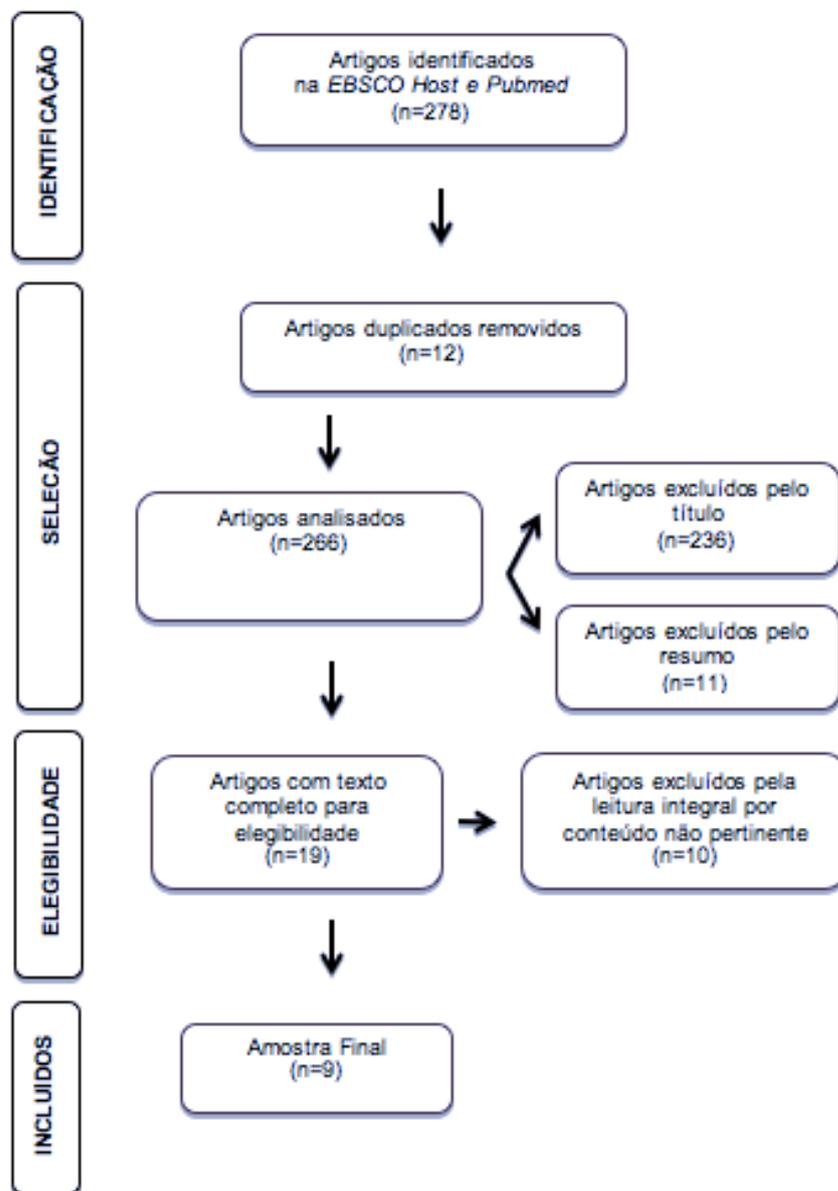
Relativamente aos critérios de inclusão foram compreendidos todos os artigos que abordavam adolescentes até aos 19 anos de idade, de qualquer nacionalidade, etnia ou raça. Foram consideradas todas as implicações do consumo de bebidas energéticas e adolescentes e incluído qualquer contexto onde o adolescente se encontra inserido.

Foi realizada uma pesquisa “aberta” de modo a incluir todo o tipo de fontes disponíveis.

Com esta pesquisa foi possível identificar duzentos e setenta e oito artigos, dos quais doze se encontravam em duplicado, duzentos e trinta e seis foram excluídos pelo título, onze foram excluídos pelo resumo e dez foram excluídos após a sua leitura integral, obtendo-se nove artigos elegíveis para inclusão na revisão.

Os resultados da pesquisa são apresentados num Fluxograma PRISMA que pode ser observado na figura 1.

Figura 1- Fluxograma Prisma



Resultados

Para a extração de resultados, foi utilizada uma tabela que inclui a identificação do artigo, o país, o objetivo, o tipo de estudo, a população/amostra, as implicações do consumo de bebidas energéticas e as conclusões. Os artigos são apresentados por ordem cronológica de publicação e podem ser observados na tabela 1.

Tabela 1 – Extração de resultados

Identificação do artigo	País	Objetivos	Tipo de estudo	População/ amostra	Implicações do consumo de bebidas energéticas	Conclusões
Leal W; Jackson D. 2018	Estados Unidos da América	Avaliar o contributo do consumo de bebidas energéticas para o uso de drogas e para a evolução na severidade do consumo.	Correlacional transversal	Adolescentes (13-18 anos) (n=7738)	-Foi estabelecida a relação entre o consumo de bebidas energéticas e um aumento significativo no consumo de drogas consideradas “leves”, especialmente nos adolescentes mais jovens e no consumo de drogas “duras”. -O consumo poderá desempenhar um papel importante na progressão para o consumo de drogas pesadas principalmente quando existe a mediação pelo consumo de drogas leves.	-O consumo pode representar o início na progressão do consumo de drogas, deixando os jovens mais vulneráveis. -Representa um problema de saúde pública e os Estados Unidos da América deverão considerar o desenvolvimento medidas de regulamentação de modo a combater as potenciais repercussões do seu consumo na saúde dos jovens.
Utter, J; Denny, S; Teevale T.; Sheridan J. 2017	Nova Zelândia	Descrever o padrão de consumo de Bebidas energéticas e explorar a relação entre o seu consumo e os comportamentos de risco para a saúde, o Índice de Massa Corporal e a Saúde Mental	Correlacional transversal	Adolescentes (n=8500)	-O consumo de bebidas energéticas associa-se a vários comportamentos de risco para a saúde, sendo que a probabilidade aumenta quanto maior o padrão de consumo. -O consumo de Bebidas energéticas associa-se a a várias perturbações de Saúde Mental. Não foi observada qualquer associação entre o consumo de Bebidas energéticas e o Índice de Massa Corporal.	- Os profissionais de saúde devem estar alerta para o consumo de bebidas energéticas, uma vez que pode ser um indicador para comportamentos de risco e sofrimento emocional. -Dado o seu alto teor de açúcar e cafeína deverão ser desenvolvidas estratégias de saúde pública de forma a limitar o seu consumo entre os jovens.
Kim SY; Sim S; Choi HG. 2017	Coreia do Sul	Analisar a associação entre o consumo de bebidas energéticas, o estresse, as perturbações do sono, o desempenho escolar e a ideação suicida	Correlacional Transversal	Adolescentes (13 -18 anos) (n=121106)	- Níveis elevados de estresse perturbações do sono e baixo desempenho escolar estão significativamente associados à Ideação Suicida e estas encontram-se associadas ao seu consumo frequente - O consumo frequente encontra-se significativamente associado à ideação suicida independentemente da existência de outros fatores coadjuvantes.	-Tendo em conta os efeitos adversos do consumo de BE é sugerida a realização de mais estudos nesta população.

<p>Park S; Lee Y; Lee J. 2016</p>	<p>Coreia do Sul</p>	<p>Analisar a associação entre a ingestão de bebidas energéticas e a insatisfação com o padrão de sono, estresse auto-percecionado, humor depressivo persistente e a IS</p>	<p>Correlacional transversal</p>	<p>Adolescentes (12 -18 anos) (n=68 043)</p>	<p>-A ingestão frequente encontra-se significativamente associada à insatisfação com o padrão de sono, estresse auto-percecionado, humor depressivo persistente e ideação suicida. - Verificou-se a associação das bebidas energéticas com a atividade física, o consumo de álcool e de <i>junk food</i>. -A associação é mais significativa em indivíduos com maior frequência de consumo.</p>	<p>-Os adolescentes que consomem bebidas energéticas regularmente encontram-se em risco de desenvolver problemas de saúde mental, particularmente, quando existe a associação com o consumo de <i>junk food</i>. -Deverá ser realizada a monitorização da quantidade de BE consumidas e desenvolvidas intervenções educacionais sobre os efeitos negativos do consumo de BE dirigidas aos adolescentes que as consomem regularmente.</p>
<p>Costa B; Hayley A; Miller P. 2016</p>	<p>Austrália</p>	<p>Examinar os padrões e características dos consumidores de bebidas energéticas. Avaliar a extensão de sintomas fisiológicos a curto prazo e as suas percepções relacionadas com a venda e consumo.</p>	<p>Correlacional transversal?</p>	<p>Adolescentes (12-18 anos) (n=399)</p>	<p>-Mais de metade dos consumidores experienciaram pelo menos um sintoma físico associado ao consumo de bebidas energéticas. -Os sintomas mais reportados, dos incluídos no estudo, foram: aumento da frequência cardíaca, palpitações, discurso rápido, distúrbios digestivos, insónia, ansiedade/ agitação, distúrbios visuais. Alguns participantes reportaram “outros sintomas” que incluíram tonturas, hiperestimulação, desconforto intestinal e cansaço/ perda de energia</p>	<p>-O estudo acrescenta evidência quanto aos sintomas fisiológicos percecionados pelos adolescentes após o consumo de bebidas energéticas. -Existe a necessidade de regulamentação e restrição do consumo em crianças e adolescentes. Como primeiro passo, sugere uma aposta na educação sobre os potenciais malefícios do seu consumo por jovens.</p>
<p>Nordt SP; Claudius I; Ragan C.; Armijo E; Milano P; Yanger S; Tomaszsewski C. 2016</p>	<p>Estados Unidos da América</p>	<p>Identificar o padrão de consumo de bebidas energéticas e as influências na escolha da marca e os eventos adversos associados à sua ingestão.</p>	<p>Correlacional transversal</p>	<p>Adolescentes 13-19 anos) (n=270)</p>	<p>Cerca de 40 % dos consumidores relataram reações adversas associadas à sua ingestão. Os sintomas mais reportados por ordem decrescente foram: insónias, nervosismo, palpitações, desconforto gastrointestinal, cefaleias, dor torácica, dispneia e convulsões.</p>	<p>Um número significativo de consumidores reportou a ocorrência de efeitos adversos associados à sua ingestão.</p>

<p>Koivusilta L; Kuoppamak H; Rimpela A. 2016</p>	<p>Finlândia</p>	<p>Examinar a relação entre o consumo de bebidas energéticas, as queixas de saúde e o hábito de se deitar tarde</p>	<p>Correlacional transversal</p>	<p>Adolescentes (13 anos) (n=9446)</p>	<p>- O consumo associa-se a um aumento no risco de queixas de saúde e do hábito de se deitar tarde. -Os consumidores frequentes apresentavam maior probabilidade de queixas de saúde induzidas pela a cafeína e o hábito de se deitar tarde em comparação com os não consumidores.</p>	<p>-Quando os adolescentes apresentam o tipo de queixas de saúde apresentadas no estudo deverá ser realizada uma averiguação o quanto ao seu consumo de bebidas energéticas -Deverá ser considerada a definição de um limite de idade para a venda e a interdição do seu consumo</p>
<p>Ali F; Rehman H; Babayan Z; Stapleton D; Joshi D. 2015</p>	<p>Estados Unidos da América</p>	<p>Obter informações sobre o espectro clínico dos efeitos adversos associados ao consumo das bebidas energéticas</p>	<p>Revisão sistemática</p>	<p>Adolescentes e jovens adultos</p>	<p>-A causalidade entre o consumo e os eventos adversos não pode ser completamente comprovada. Não existe uma definição padronizada quanto ao seu uso e há falta de conhecimento sobre os efeitos dos vários ingredientes ativos. No entanto, a relação temporal entre a sua ingestão e a ocorrência de efeitos adversos, em conjunto com os efeitos fisiológicos conhecidos dos ingredientes ativos, torna esta associação altamente provável. -A maioria dos casos reportados relacionam-se com problemas cardiovasculares, seguidos por problemas neurológicos e com muito menor frequência foram identificadas outras complicações.</p>	<p>-O consumo de bebidas energéticas é um problema de saúde, principalmente para a população masculina adolescente e jovem adulta. Apesar da falta de correlação comprovada entre o consumo de BE e os eventos adversos, existe evidência suficiente que justifique alguma precaução. - Salienta-se a importância da educação dos consumidores para os riscos e a necessidade de existir maior regulamentação. Deverão ser conduzidos mais estudos de modo a comprovar ou refutar a causalidade entre o consumo e os eventos adversos.</p>
<p>Jackson D; Cotter B. Merchant R. Babu K; Baird J; Nirenberg T; Linakis J. 2013</p>	<p>Estados Unidos da América</p>	<p>Analisar a prevalência de alterações de comportamento e efeitos fisiológicos adversos experienciados por indivíduos que consumiram bebidas energéticas e/ou bebidas com teor de cafeína nos 30 dias anteriores à sua admissão no serviço de urgência</p>	<p>Correlacional transversal</p>	<p>Adolescentes (13-18 anos) e jovens adultos (18-25 anos) (n=169)</p>	<p>-Ambos os grupos reportaram alterações comportamentais e fisiológicas. Os consumidores de bebidas energéticas reportaram um maior número de efeitos adversos e com maior frequência</p>	<p>A razão para a diferença entre os dois grupos ainda não é conhecida. Sugere-se que sejam incluídas questões relacionadas com o consumo de bebidas energéticas na recolha de dados realizada durante a admissão nas urgências, principalmente quando a sintomatologia possa estar relacionada com o consumo de cafeína e outros estimulantes. Profissionais de saúde devem estar preparados para educar os utentes sobre as potenciais complicações associadas ao seu consumo.</p>

Os resultados foram extraídos por dois revisores independentes. Quaisquer desacordos entre os revisores foram resolvidos através da discussão dos seus pontos de vista.

Os artigos incluídos para a revisão correspondem a oito estudos quantitativos correlacionais transversais, publicados entre 2013 e 2019 e uma revisão sistemática publicada em 2015. Os estudos apresentados foram realizados nos Estados Unidos da América, Nova Zelândia, Coreia do Sul, Austrália e Finlândia. Pela análise dos artigos é possível verificar que o consumo de bebidas energéticas poderá ter implicações nos adolescentes, podendo dar origem a efeitos adversos a nível fisiológico, a implicações na sua saúde mental e contribuir para a adopção de comportamentos de risco para a saúde.

Efeitos adversos a nível fisiológico

Os efeitos adversos fisiológicos mais frequentes, que podem estar associados ao consumo de bebidas energéticas, são os problemas cardíacos e os problemas relacionados com a estimulação do sistema nervoso central¹⁷. A sintomatologia cardíaca mais frequente, associada ao consumo de bebidas energéticas são: as palpitações, o aumento da frequência cardíaca e a dor torácica¹⁷⁻¹⁹. Os problemas cardíacos mais comuns são as arritmias, tendo sido reportados alguns casos isolados de vasoespasmos coronários, dissecção aórtica, paragem cardiorrespiratória, prolongamento do intervalo QT, cardiomiopatia, hipertensão taquicardia postural, trombose coronária aguda e enfarte agudo do miocárdio com elevação do segmento ST¹⁷. Os sintomas mais comuns, relacionados com a estimulação do Sistema Nervoso Central, são o discurso rápido, a ansiedade, a agitação, a irritabilidade, o nervosismo, as cefaleias, as perturbações do sono¹⁸⁻²¹ tendo sido identificados alguns casos de problemas neurológicos mais graves como as convulsões^{17,18} e a agitação neuropsiquiátrica¹⁷. Foram citados, mas com menor frequência, sintomas a nível gastrointestinal, nomeadamente, náuseas e distúrbios digestivos e intestinais, e outros sintomas menos específicos como as tonturas, a fadiga, o cansaço/ perda de energia, a dispneia e os distúrbios visuais¹⁸⁻²⁰. Em casos raros, foram reportadas complicações hemorrágicas, anafilaxia renal e

anormalidades renais e eletrolíticas, tendo-se identificado um caso de lesão hepática¹⁷.

Implicações na saúde mental

Pela análise de alguns dos estudos, que incidiram na população adolescente, é possível identificar uma possível associação entre o consumo de bebidas energéticas e algumas perturbações que podem influenciar a sua saúde mental. Os adolescentes que consomem bebidas energéticas, principalmente aqueles que o fazem frequentemente, encontram-se em maior risco de apresentar níveis elevados de estresse, insatisfação e perturbação no padrão de sono, sintomatologia depressiva²²⁻²⁴ dificuldade emocional, menor nível de bem-estar²⁵ e em casos mais graves ideação suicida^{22,23}.

Comportamentos de risco

O consumo de bebidas energéticas associa-se a vários comportamentos de risco para a saúde, sendo que a probabilidade aumenta quanto maior o padrão de consumo^{24,25}. Os adolescentes que consomem bebidas energéticas apresentam um maior risco de desenvolver maus hábitos de sono²⁰, distúrbios alimentares, consumir substâncias como o tabaco, o álcool^{22,24} e outras drogas não lícitas²⁵, realizar sexo não protegido, adoptar comportamentos violentos e condução perigosa²⁴. Um dos estudos revelou ainda que o consumo poderá estar relacionado com baixo desempenho escolar²³.

Discussão de resultados

O consumo de bebidas energéticas poderá ter diversas implicações, sendo possível subdividi-las em três grupos: efeitos adversos a nível fisiológico, alterações na saúde mental e a adopção de comportamentos de risco para a saúde.

Relativamente à possível ocorrência de efeitos adversos nos jovens, associados ao consumo de bebidas energéticas, quatro estudos apresentaram resultados similares à evidência existente na literatura consultada^{6,8-10}. A maioria dos sintomas identificados assemelham-se aos efeitos de consumo excessivo de bebidas com elevado teor de cafeína. No entanto, foram identificados outros sintomas menos específicos, sem relação direta com a cafeína, que podem ser provocados por

outras substâncias contidas nas bebidas energéticas¹⁷⁻²¹. Alguns dos estudos analisados verificaram a existência de uma associação significativa entre o consumo de bebidas energéticas e as alterações na saúde mental²²⁻²⁴ e a adoção de comportamentos de risco para a saúde pelos jovens^{20,22,24,25}. Esta associação é mais significativa quanto maior a frequência no consumo de bebidas energéticas. Pela análise dos resultados não é possível comprovar uma causalidade entre o consumo de bebidas energéticas e as implicações identificadas. Contudo, os resultados obtidos são motivo para preocupação quanto aos efeitos e justificam precaução no seu consumo. Apesar das diferenças a nível geográfico e sociodemográfico dos estudos e da diversidade de implicações analisadas, verifica-se uma unânime apreensão relacionada com o consumo de bebidas energéticas pelos jovens.

Na atualidade, existe uma preocupação crescente, por parte das autoridades governamentais e de saúde, relativamente ao consumo de bebidas energéticas, principalmente entre os jovens. No entanto, a nível mundial, são poucos os países, que apresentam políticas para a sua regulamentação e que desenvolvem medidas para a sensibilização para os riscos potenciais associados ao seu consumo⁶. Nos estudos, são apresentadas algumas sugestões dirigidas às entidades governamentais e aos profissionais de saúde. Segundo os autores, deverão ser desenvolvidas políticas que restrinjam o acesso aos mais jovens através da definição de limitações na venda de acordo com a idade^{17,19,20,22,24,25}. Relativamente aos profissionais de saúde, é salientada a importância da sua sensibilização para os padrões de consumo entre os jovens e a necessidade de desenvolverem competências para a identificação dos sintomas que possam ser associados ao consumo de bebidas energéticas^{20,24}. Deverá existir também uma maior aposta na educação dos consumidores sobre os potenciais riscos associados à sua ingestão^{17,19,21,22}.

Esta revisão de literatura apresenta algumas limitações. A estratégia de pesquisa utilizada nas bases de dados pode ter constituído uma limitação sendo possível que não se tenha acedido a toda a informação disponível sobre o tema. Tendo em conta a metodologia das *scoping review*, a qualidade metodológica dos artigos incluídos não foi validada, não sendo possível definir recomendações para a prática com base nesta revisão.

Apesar das suas limitações, considera-se que a sua elaboração foi pertinente na medida em que permitiu o mapeamento de conceitos relacionados com as implicações do consumo de bebidas energéticas nos jovens podendo servir como ponto de partida para futuras investigações nesta área.

Conclusão

O consumo de bebidas energéticas poderá estar associado a efeitos adversos a nível fisiológico, a alterações na saúde mental e promover a adopção de comportamentos de risco pelos jovens. Apesar de nenhum dos estudos analisados conseguir comprovar a existência de uma causalidade, os resultados obtidos justificam alguma precaução no seu consumo, principalmente na população jovem. Este é um assunto recente e carece de investigação que incida especificamente nas suas implicações nos mais jovens. Seria importante o desenvolvimento de mais estudos nesta área de modo a ser possível identificar, especificamente, quais os efeitos dos diferentes ingredientes que constituem estas bebidas e definir inequivocamente ou refutar a causalidade entre o seu consumo e as implicações identificadas nos estudos analisados.

Referências Bibliográficas

1. Campbell B, Wilborn C, La Bounty P, Taylor L, Nelson MT, Greenwood M, et al. International Society of Sports Nutrition position stand: Energy drinks. J Int Soc Sports Nutr. [Internet], 2013 [acesso a 1 jun 2019];10:1: Disponível em: <https://jissn.biomedcentral.com/articles/10.1186/1550-2783-10-1>.
2. OMS. Energy drinks cause concern for health of young people. WHO. [Internet], 2014 [acesso a 1 Jun 2019]; Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/healthtopics/diseaseprevention/nutrition/news/news/2014/10/energy-drinks-cause-concern-for-health-of-young-people>.
3. PROBEB. Legislação relevante. Bebidas Refrigerantes. Associação Portuguesa de Refrescantes não Alcoólicas.[Internet] [acesso a 1 Jun 2019]; Disponível em <https://probeb.pt/conteudo/Legisla%C3%A7%C3%A3o/-/28>.

4. EFSA. Caffeine explains risk assessment. European Food Safety Authority. Itália. [Internet], 2015 [acesso a 1 Jun 2019]; Disponível em: https://www.efsa.europa.eu/sites/default/files/corporate_publications/files/efsaexplainscaffeine150527.pdf.
5. Committee on Nutrition and the Council on Sports Medicine and Fitness. Sports drinks and energy drinks for children and adolescents: are they appropriate? Pediatrics. [Internet], 2011 [acesso a 1 Jun 2019]; 127: 1182-1189. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/127/6/1182>.
6. Breda J, Whiting S, Encarnação R , et al. Energy drink consumption in Europe: a review of the risks, adverse health effects, and policy options to respond. Front. Public Health. [Internet], 2014 [acesso a 2 jun 2019]; Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00134>
7. Young B. Does food advertising influence children's food choices? Int J Advertising. 2003; 22:441-59.
8. EFSA. "Energy" drinks report. [Internet]. Itália: European Food Safety Authority; 2013 [acesso a 3 jun 2019]; Disponível em: <https://www.efsa.europa.eu/en/press/news/130306>
9. Gaspar SS, Mendes MM, Ramos F. Avaliação do risco da exposição a substâncias estimulantes (cafeína, taurina e glucoronolactona) em adolescentes do distrito de Lisboa. [Internet]. Lisboa: ASAE, 2014 [acesso a 3 jun 2019]; Disponível em: https://eg.uc.pt/bitstream/10316/28944/1/MSA_Suana%20Gaspar.pdf
10. Branco L, Flor-de-lima F, Ferreira C., et. al. Bebidas Energéticas: Qual a Realidade na Adolescência. Acta Pediatr. Port. 2017, 48:109-17.
11. AAP. Sports Drinks and Energy Drinks for Children and Adolescents: Are They Appropriate? American Academy of Pediatrics Clinical Report. [Internet], 2011 [acesso a 3 jun 2019]; Vol. 127/6: Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/127/6/1182>

12. Zucconi S, Volpato C, Adinolfi F, Gandini E, Gentile E, Loi A, et al. Gathering Consumption Data on Specific Consumer Groups of Energy Drinks. Parma: Supporting Publications. 2013.
13. OMS. Definition of key terms. Consolidated ARV guidelines. WHO. [Internet], 2013 [acesso a 5 jun 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en/>
14. OMS. Orientation program on Adolescent Health for health care providers. Genova: WHO. [Internet], 2007 [acesso a 5 jun 2019]. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/9241591269_op_handout.pdf
15. Maia C, Freira S, Fonseca H, Pedro R, Silva F. Consumo de substâncias no adolescente. Acta Pediatr Port. 2010; 41:262-5.
16. Energy Drink Europe. Regulation. EDE. [Internet], 2014 [acesso a 5 jun 2019]; Disponível em: <http://www.energydrinkseurope.org/regulation/>
17. Ali F, Rehman H, Babayan Z, Stapleton D, Joshi, D. Energy drinks and their adverse health effects: A systematic review of the current evidence. Postgraduate Medicine [Internet], 2015 [acesso a 10 jun 2019]; Vol.127:3, 308-322: Disponível em: doi: 10.1080/00325481.2015.1001712 2015
18. Costa B, Hayley A., Miller, P. Adolescent energy drink consumption: An Australian perspective. Appetite. [Internet], 2016 [acesso a 10 jun 2019]; Vol.105. 638-642: Disponível em: pp. 638-642, doi: 10.1016/j.appet.2016.07.001.
19. Nordt SP, Claudius I, Ragan C, Armijo E, Milano P, Yanger, S; Tomaszewski, C. Reasons for Energy Drink Use and Reported Adverse Effects Among Adolescent Emergency Department Patients. Pediatric Emergency Care. [Internet], 2016 [acesso a 10 jun 2019]; Vol.33(12):770-773. Disponível em: doi: 10.1097/PEC.0000000000000644.
20. Koivusilta L, Kuoppamak H, Rimpela A. Energy drink consumption, health complaints and late bedtime among young adolescent. Int J Public Health. [Internet],

2016 [acesso a 10 jun 2019]; Vol. 61:299–306: Disponível em:Doi 10.1007/s00038-016-0797-9

21. Jackson D, Cotter B, Merchant R, Babu K, Baird J, Nirenberg T, Linakis J. Behavioral and physiologic adverse effects in adolescent and young adult emergency department patients reporting use of energy drinks and caffeine. *Clinical Toxicology*. [Internet], 2013 [acesso a 10 jun 2019]; Vol. 51, 557–565. Disponível em: doi: 10.3109/15563650.2013.820311 2013

22. Park S, Lee Y, Lee J. Association between energy drink intake, sleep, stress, and suicidality in Korean adolescents: energy drink use in isolation or in combination with junk food consumption. *Nutrition Journal*. [Internet], 2016 [acesso a 10 jun 2019]; 15:87: Disponível em: doi 10.1186/s12937-016-0204-7

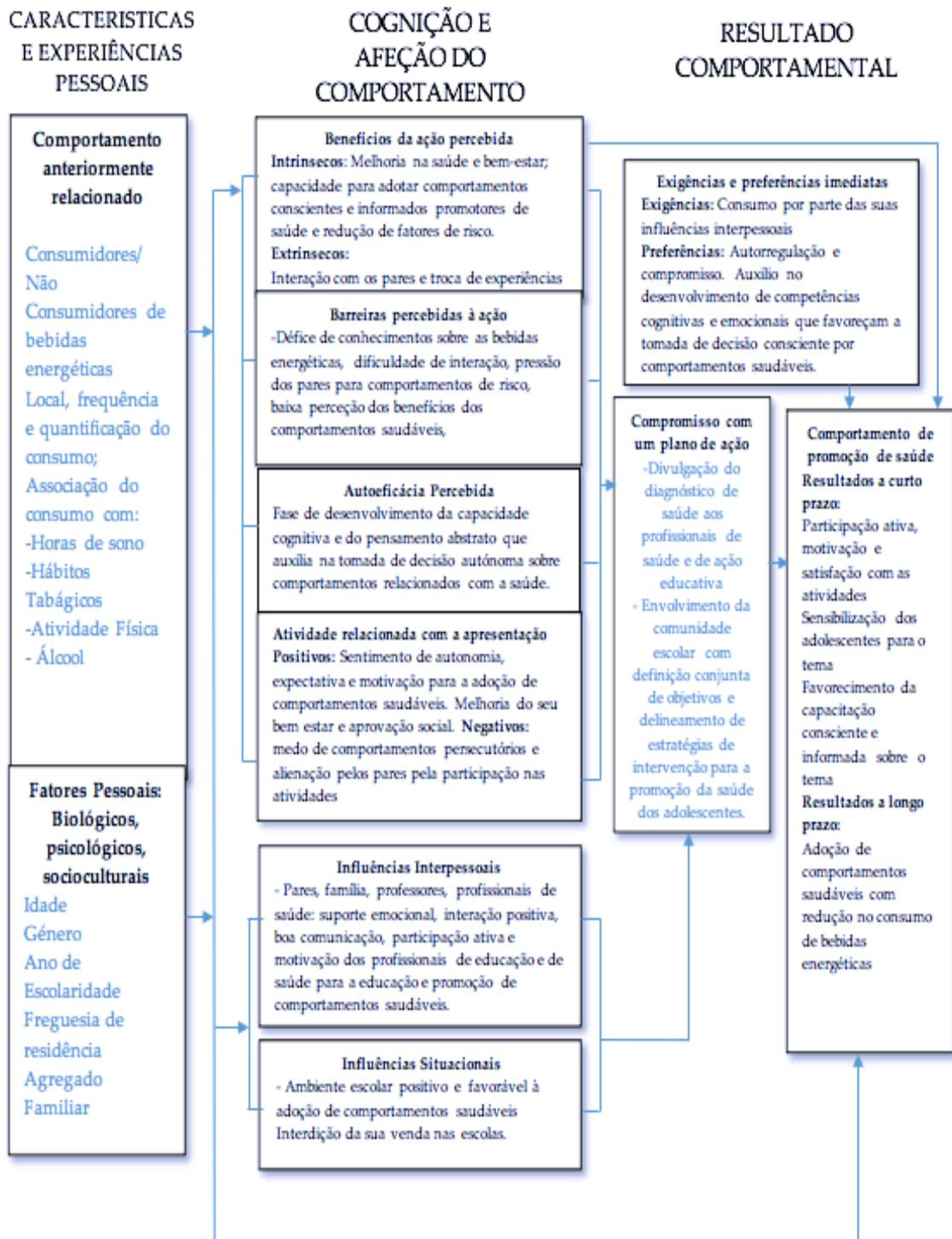
23. Kim SY, Sim S, Choi HG. High stress, lack of sleep, low school performance, and suicide attempts are associated with high energy drink intake in adolescents. *PLoS ONE* [Internet], 2017 [acesso a 10 jun 2019]; 12(11): e0187759: Disponível em: doi.org/10.13

24. Utter J, Denny S, Teevale T, Sheridan J. Energy drink consumption among New Zealand adolescents: Associations with mental health, health risk behaviours and body size. *Journal of Paediatrics and Child Health*. [Internet], 2017 [acesso a 10 jun 2019]: Disponível em: doi:10.1111/jpc.13708

25. Leal W, Jackson D. Energy drinks and escalation in drug use severity: An emergent hazard to adolescent health. *Preventive Medicine*. [Internet], 2018 [acesso a 10 jun 2019]; Vol. 111. 391-396: Disponível em: doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.11.033.

APÊNDICE II- Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender.

O diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender numa situação de intervenção comunitária a adolescentes a frequentar o 2º, 3º ciclo e secundário, no âmbito da sensibilização para a problemática do consumo de bebidas energéticas para a saúde.



APÊNDICE III- Análise SWOT.

Análise SWOT

Intervenção comunitária a adolescentes a frequentar o 2º, 3º ciclo e secundário, no âmbito da sensibilização para a problemática do consumo de bebidas energéticas para a saúde.

FORÇAS	FRAQUEZAS
<ul style="list-style-type: none">-Pertinência do Tema;-O tema enquadra-se no Programa de Saúde Escolar no âmbito da Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e /ou outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância- consumos de performance;-Equipa de de Saúde Escolar e coordenadores dos Programas Educação para a Saúde (PES) motivados e colaboradores;-Aprovação pelos responsáveis dos agrupamentos de escolas para a realização da intervenção;-Existência de condições físicas para a realização das atividades em meio escolar, nomeadamente, salas de aulas e auditórios.	<ul style="list-style-type: none">-Recursos humanos insuficientes para a realização das atividades planeadas para os diversos níveis de ensino uma vez que a equipa é constituída por apenas duas pessoas que desenvolvem várias intervenções em simultâneo em diversas áreas de promoção da saúde;-Dificuldade na programação das atividades de modo a não interferir com o normal funcionamento das aulas.
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none">-Importância do tema a nível nacional e internacional; -Replicabilidade do tema em atividades futuras.	<ul style="list-style-type: none">-Falta de motivação dos participantes durante as atividades;- A não comparência dos participantes às atividades;-Resistência dos participantes para a sua capacitação na adopção de comportamentos saudáveis;-Desmotivação da equipa por falta de envolvimento dos participantes.

APÊNDICE IV – Pedidos de autorização aos órgãos de gestão dos agrupamentos.

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de instrumento de recolha de dados sobre hábitos de consumo de bebidas energéticas pelos jovens.

Eu, Rita Isabel de Jesus Cabrita, enfermeira a desempenhar funções na Consulta Externa da Unidade Hospitalar de Lagos no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, mestranda do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização Enfermagem Comunitária e Saúde Pública na Universidade Católica de Lisboa, encontro-me de momento a desenvolver a Unidade Curricular Estágio final e Relatório sob supervisão da Coordenadora da UCC [REDACTED], Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária Enfermeira Especialista Anabela Simões e a orientação da Docente Doutora Cândida Ferrito.

Venho por este meio solicitar a V. Ex.ª a autorização para a aplicação de um instrumento de recolha de dados no âmbito do consumo de bebidas energéticas aos alunos que se encontram a frequentar o 2º, 3º ciclo e secundário.

As bebidas energéticas são descritas como bebidas que contêm substâncias estimulantes não nutritivas e elevados níveis de açúcar, com um possível efeito no aumento da performance física. (*Committee on Nutrition and the Council on Sports Medicine and Fitness*, 2011). A grande variedade e disponibilidade de bebidas energéticas, associado ao fato de se utilizarem estratégias de marketing para as tornar mais atrativas para as gerações mais novas, aumenta a preocupação sobre os possíveis efeitos destas substâncias no desenvolvimento fisiológico e comportamental dos jovens (Temple, 2009).

Nos últimos anos, o seu consumo tem aumentado, particularmente nos adolescentes e nos adultos jovens. Um estudo realizado em 2012, pela Autoridade Europeia de Segurança Alimentar, que incluiu 16 países, verificou que 68% dos adolescentes tinham consumido bebidas energéticas no ano de 2011. Em Portugal, os hábitos de consumo deste tipo de bebidas foram avaliados em 2014, no distrito de Lisboa, pela Autoridade de Segurança Alimentar e Económica, tendo-se verificado o consumo deste tipo de bebidas em 42% dos adolescentes. Um outro estudo realizado em 2017, no concelho de Guimarães a adolescentes, verificou o consumo em 63% dos inquiridos.

inquiridos.

O consumo de bebidas energéticas pelos jovens é uma realidade, mas as suas consequências e efeitos ainda são pouco conhecidos. Procedeu-se à elaboração de uma revisão sobre o tema e verificou-se que o seu consumo poderá estar associado a efeitos adversos a nível fisiológico, a alterações na saúde mental e promover a adopção de comportamentos de risco pelos jovens. Apesar de nenhum dos estudos analisados conseguir comprovar a existência de uma causalidade, os resultados obtidos justificam alguma precaução no seu consumo, principalmente em crianças e adolescentes.

A aplicação deste instrumento tem como objetivo avaliar os hábitos de consumo na população-alvo, o seu grau de conhecimentos sobre este tipo de bebidas e os determinantes de saúde que o influenciam. A recolha e análise dos dados auxilia na identificação das possíveis necessidades de intervenção nesta área podendo servir como base para o posterior desenvolvimento de uma intervenção comunitária de promoção da saúde e sensibilização para a adopção de estilos de vida saudáveis na população em questão.

O questionário a aplicar é uma adaptação portuguesa realizada pela Autoridade de Segurança Alimentar e Economia de um questionário utilizado no estudo desenvolvido pela Autoridade Europeia de Segurança Alimentar: "*Gathering consumption data on specific consumer groups of energy drinks*". Foi alvo de apreciação pela Direção-Geral da Educação, através do sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME) tendo sido dada autorização para a sua aplicação. Ambos os documentos se encontram em anexo.

Durante a aplicação dos questionários comprometo-me a não interferir com o funcionamento das aulas letivas. Será salvaguardada a proteção dos direitos e liberdade dos participantes que estejam dispostos a colaborar nesta investigação através de um consentimento informado, livre e esclarecido aos participantes ou aos respectivos encarregados de educação dos participantes menores de idade. Serão garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados, assim como não serão utilizados os dados de investigação para outros fins que não aqueles constantes nos objetivos do estudo.

Agradeço desde já a disponibilidade dispensada, estando ao dispor para fornecer qualquer esclarecimento adicional. Sem outro assunto de momento, com os melhores cumprimentos

23 de setembro, 2019

Rita Isabel Jesus Cabrita

Rita Cabrita

Autoridade
de Segurança Alimentar e
Economia
CAPTIVIDADE DE REPTAÇÃO
2019
Escolas Particulares do Grupo
de Escolas de Lisboa

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de instrumento de recolha de dados sobre hábitos de consumo de bebidas energéticas pelos jovens.

Eu, Rita Isabel de Jesus Cabrita, enfermeira a desempenhar funções na Consulta Externa da Unidade Hospitalar de Lagos no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, mestranda do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização Enfermagem Comunitária e Saúde Pública na Universidade Católica de Lisboa, encontro-me de momento a desenvolver a Unidade Curricular Estágio final e Relatório sob supervisão da Coordenadora da UCC [REDACTED] Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária Enfermeira Especialista Anabela Simões e a orientação da Docente Doutora Cândida Ferrito.

Venho por este meio solicitar a V. Ex.ª a autorização para a aplicação de um instrumento de recolha de dados no âmbito do consumo de bebidas energéticas aos alunos que se encontram a frequentar o 2º, 3º ciclo e secundário.

As bebidas energéticas são descritas como bebidas que contêm substâncias estimulantes não nutritivas e elevados níveis de açúcar, com um possível efeito no aumento da performance física. (*Committee on Nutrition and the Council on Sports Medicine and Fitness*, 2011). A grande variedade e disponibilidade de bebidas energéticas, associado ao fato de se utilizarem estratégias de marketing para as tornar mais atrativas para as gerações mais novas, aumenta a preocupação sobre os possíveis efeitos destas substâncias no desenvolvimento fisiológico e comportamental dos jovens (Temple, 2009).

Nos últimos anos, o seu consumo tem aumentado, particularmente nos adolescentes e nos adultos jovens. Um estudo realizado em 2012, pela Autoridade Europeia de Segurança Alimentar, que incluiu 16 países, verificou que 68% dos adolescentes tinham consumido bebidas energéticas no ano de 2011. Em Portugal, os hábitos de consumo deste tipo de bebidas foram avaliados em 2014, no distrito de Lisboa, pela Autoridade de Segurança Alimentar e Económica, tendo-se verificado o consumo deste tipo de bebidas em 42% dos adolescentes. Um outro estudo realizado em 2017, no concelho de Guimarães a adolescentes, verificou o consumo em 63% dos inquiridos.

O consumo de bebidas energéticas pelos jovens é uma realidade, mas as suas consequências e efeitos ainda são pouco conhecidos. Procedeu-se à elaboração de uma revisão sobre o tema e verificou-se que o seu consumo poderá estar associado a efeitos adversos a nível fisiológico, a alterações na saúde mental e promover a adopção de comportamentos de risco pelos jovens. Apesar de nenhum dos estudos analisados conseguir comprovar a existência de uma causalidade, os resultados obtidos justificam alguma precaução no seu consumo, principalmente em crianças e adolescentes.

A aplicação deste instrumento tem como objetivo avaliar os hábitos de consumo na população-alvo, o seu grau de conhecimentos sobre este tipo de bebidas e os determinantes de saúde que o influenciam. A recolha e análise dos dados auxilia na identificação das possíveis necessidades de intervenção nesta área podendo servir como base para o posterior desenvolvimento de uma intervenção comunitária de promoção da saúde e sensibilização para a adopção de estilos de vida saudáveis na população em questão.

O questionário a aplicar é uma adaptação portuguesa realizada pela Autoridade de Segurança Alimentar e Economia de um questionário utilizado no estudo desenvolvido pela Autoridade Europeia de Segurança Alimentar: "*Gathering consumption data on specific consumer groups of energy drinks*". Foi alvo de apreciação pela Direção-Geral da Educação, através do sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME) tendo sido dada autorização para a sua aplicação. Ambos os documentos se encontram em anexo.

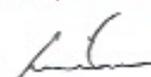
Durante a aplicação dos questionários comprometo-me a não interferir com o funcionamento das aulas letivas. Será salvaguardada a protecção dos direitos e liberdade dos participantes que estejam dispostos a colaborar nesta investigação através de um consentimento informado, livre e esclarecido aos participantes ou aos respectivos encarregados de educação dos participantes menores de idade. Serão garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados, assim como não serão utilizados os dados de investigação para outros fins que não aqueles constantes nos objetivos do estudo.

Agradeço desde já a disponibilidade dispensada, estando ao dispor para fornecer qualquer esclarecimento adicional. Sem outro assunto de momento, com os melhores cumprimentos

16 de outubro, 2019

Rita Isabel Jesus Cabrita




Autorizo. 
Director de AERA

APÊNDICE V- Consentimentos informados dos alunos maiores de idade e
Encarregados de Educação.

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETO

Por favor, lê com atenção a seguinte informação. Em caso de dúvidas não hesites em pedir informações. Se concordares por favor faz uma rubrica ou assina este documento, o que significa que dás o teu consentimento para preencheres um questionário.

Título do Projeto: Consumo de bebidas energéticas nos jovens

O meu nome é Rita Cabrita, sou enfermeira, estudante do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, ministrado pela Universidade Católica Portuguesa. Estou a realizar o Estágio final na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED] sob a orientação da Professora Doutora Cândida Ferrito (UCP) e a supervisão da Senhora Enfermeira Especialista Anabela Simões, Mestre em Enfermagem Comunitária e Coordenadora da Unidade Funcional UCC [REDACTED]

Durante o estágio estou a desenvolver um Projeto sobre o consumo de bebidas energéticas pelos adolescentes e é neste âmbito que estou a solicitar a tua colaboração, no preenchimento de um Inquérito. O inquérito tem por objetivo avaliar os hábitos de consumo de bebidas energéticas e refrigerantes dos adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos de idade que se encontram a frequentar o 2º e 3º Ciclo e Secundário pertencentes aos agrupamentos de escolas [REDACTED]

O questionário é constituído por perguntas de resposta fechada, e deves colocar um (X) na resposta que melhor se adequa à tua situação. Para que o questionário seja válido, solicito que respondas a todas as questões.

O preenchimento é de participação voluntária, não havendo qualquer prejuízo se não quiseres participar, podendo desistir a qualquer momento do preenchimento do mesmo. Não há respostas certas ou erradas.

As respostas são anónimas e confidenciais pelo que ninguém vai conseguir identificar as tuas respostas, não escrevas o teu nome ou outra informação que te identifique em qualquer folha do questionário.

As respostas aos questionários serão utilizadas para fins de um Projeto de Intervenção.

Responsável pelo Projeto: Rita Isabel de Jesus Cabrita, Enfermeira a desempenhar funções na Consulta Externa na Unidade de Lagos do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, mestranda do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Telemóvel: 966537482. E-mail: 192018073@alunos.lisboa.ucp.pt

Orientadora: Professora Doutora Cândida Ferrito no Instituto de Ciências da Saúde na Universidade Católica Portuguesa, Especialista em Enfermagem Comunitária.

Supervisora: Enfermeira Especialista Anabela Simões, Mestre em Enfermagem, Área de Especialização Enfermagem Comunitária e Coordenadora da Unidade Funcional UCC [REDACTED]

Assinatura/s:

Rita Cabrita
Simões
Cândida Ferrito

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste projeto sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este projeto e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a responsável.

Nome:

Assinatura:

Data: / /

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO

Título do Projeto: Consumo de bebidas energéticas nos jovens

Caro (a) Encarregado (a) de Educação

O meu nome é Rita Cabrita, sou Enfermeira, estudante do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, ministrado pela Universidade Católica Portuguesa (UCP). Estou a realizar o Estágio final na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED] sob a orientação da Professora Doutora Cândida Ferrito da UCP e a supervisão da Enfermeira Especialista Anabela Simões, Mestre em Enfermagem Comunitária e Coordenadora da Unidade Funcional UCC [REDACTED]

Durante o estágio estou a desenvolver um Projeto sobre o consumo de bebidas energéticas pelos adolescentes e é neste âmbito que estou a solicitar a colaboração, do seu educando/ filho, para o preenchimento de um inquérito. O inquérito tem por objetivo avaliar os hábitos de consumo de bebidas energéticas e refrigerantes dos adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos de idade que se encontram a frequentar as escolas do 2º e 3º Ciclo e Secundário pertencentes aos agrupamentos de escolas [REDACTED]

O preenchimento do questionário é de participação voluntária, não havendo qualquer prejuízo se não permitir que o seu educando participe, e ele pode desistir a qualquer momento do preenchimento do mesmo. Não há respostas certas ou erradas.

As respostas são anónimas e confidenciais pelo que ninguém vai conseguir identificar as respostas do seu educando, em nenhuma parte vai constar qualquer dado que o identifique. Não serão recolhidas quaisquer informações de natureza sensível. As respostas aos questionários serão utilizadas para o planeamento de intervenções no âmbito da adoção de estilos de vida saudável. Qualquer dúvida que possa surgir não hesite em me contactar.

Responsável pelo Projeto: Rita Isabel de Jesus Cabrita, Enfermeira a desempenhar funções na Consulta Externa na Unidade de Lagos do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, mestranda do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Telemóvel: 966537482. E-mail: 192018073@alunos.lisboa.ucp.pt

Orientadora: Professora Doutora Cândida Ferrito no Instituto de Ciências da Saúde na Universidade Católica Portuguesa, Especialista em Enfermagem Comunitária.

Supervisora: Enfermeira Especialista Anabela Simões, Mestre em Enfermagem, Área de Especialização Enfermagem Comunitária e Coordenadora da Unidade Funcional UCC [REDACTED]

Assinatura/s:

Rita Cabrita
Simões
Cândida Ferrito

Formulário de autorização do encarregado de educação.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, não autorizar o meu educando ou de poder desistir em qualquer altura sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, permito que o meu educando participe e permito a utilização dos dados, confiando em que apenas serão utilizados para este projeto e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a responsável.

Nome do (a) aluno (a):

Assinatura do(a) encarregado(a) de educação:

_____ Data: _____

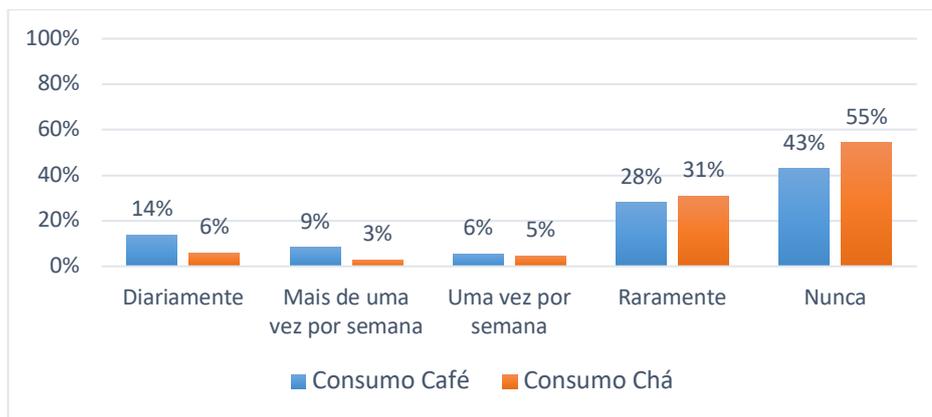
APÊNDICE VI- Apresentação e análise de resultados.

Hábitos de consumo de bebidas com teor de cafeína e refrigerantes com e sem teor de cafeína

Consumo de café e chá

Na figura 14 é possível observar as respostas dos inquiridos em relação à frequência do seu consumo de café e chá numa semana de aulas.

Figura 14. Frequência do consumo de café e chá numa semana de aulas



Pela análise dos resultados é possível constatar que 57% dos participantes respondeu consumir café numa semana de aulas, dos quais 28% respondeu “raramente”. Relativamente ao consumo de chá 45% dos inquiridos respondeu consumir chá dos quais 31% respondeu “raramente”.

Consumo de refrigerantes tipo cola, *ice tea* e de refrigerantes sem teor de cafeína

De acordo com as respostas dos participantes às questões relacionadas com a frequência de consumo de refrigerantes com teor de cafeína do tipo cola e do tipo *ice tea* e de refrigerantes sem teor de cafeína procedeu-se à compilação dos resultados que podem ser observados nas figuras 15 e 16.

Figura 15. Consumo de refrigerantes do tipo cola, *ice tea* e refrigerantes sem teor de cafeína

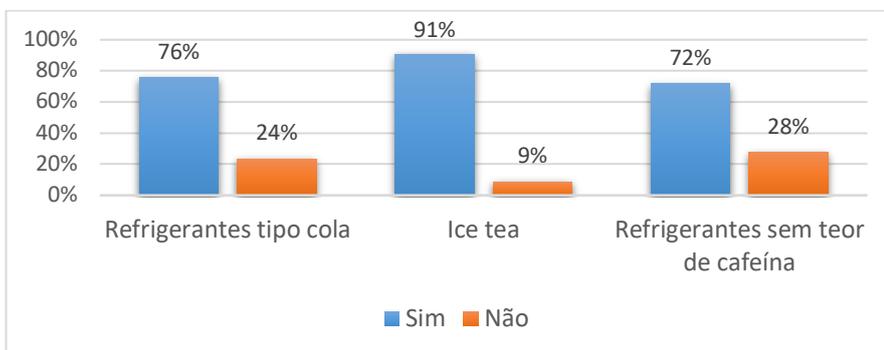
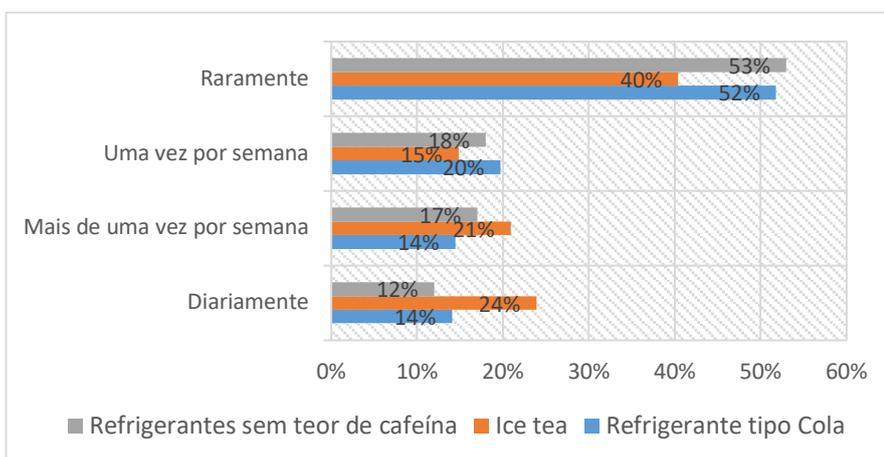


Figura 16. Frequência do consumo de refrigerantes tipo cola, *ice tea* e refrigerantes sem teor de cafeína

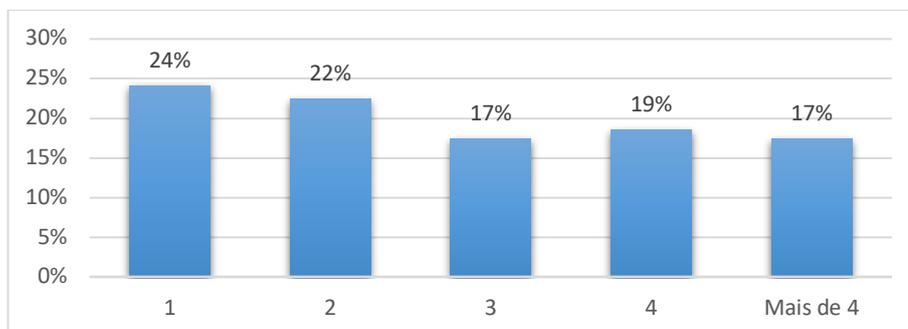


Pela análise dos resultados apresentados na figura 15 verifica-se que a maioria dos inquiridos respondeu afirmativamente quanto ao consumo dos três tipos de bebidas. Os refrigerantes com teor de cafeína, obtiveram um maior número de respostas positivas comparativamente com os refrigerantes sem teor de cafeína. Cerca de 91% (n=297) dos participantes responderam consumir refrigerantes do tipo *ice tea*, 76% referem consumir refrigerantes do tipo cola e 72% refrigerantes sem teor de cafeína.

Ao se avaliar a frequência do seu consumo (figura 16) é possível constatar que a maioria dos participantes responderam que consomem refrigerantes do tipo cola e refrigerantes sem teor de cafeína “raramente” (53% e 52% respectivamente). Os refrigerantes do tipo *ice tea* apresentaram uma resposta de frequência “raramente” de 40%. Este tipo de bebidas foram as que obtiveram respostas de maior frequência de consumo, nomeadamente, 24% responderam consumir “diariamente” e 21% “mais de uma vez por semana”.

Tendo em conta o elevado número de respostas positivas quanto à frequência consumo de *ice tea* procedeu-se à análise de uma questão sobre a quantidade de latas/copos de *ice tea* consumidos por semana. Os resultados são apresentados na figura 17.

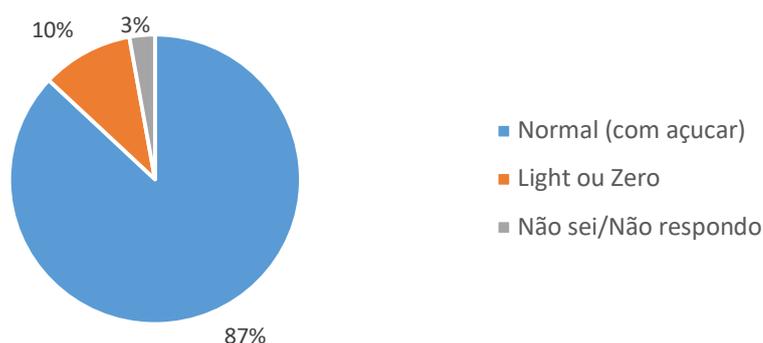
Figura 17. Consumo de refrigerantes do tipo *ice tea* por semana



Pela análise dos resultados salienta-se o facto de 17% da nossa amostra ter respondido que consumia mais de 4 latas/ copos por semana o que indica que provavelmente o seu consumo poderá ser quase diário. Estes resultados reforçam os resultados observados na figura 16 quanto à frequência diária do consumo.

Seguidamente procedeu-se à análise de uma questão relacionada com o tipo de refrigerante *ice-tea* que costumam ingerir de acordo com o seu teor de açúcar (figura 18).

Figura 18. Refrigerantes do tipo *ice tea* usualmente consumidos de acordo com o teor de açúcar



Como se pode verificar 87% dos inquiridos responderam que usualmente ingeriam refrigerantes do tipo *ice tea* “normal (com açúcar), 10% responderam consumir *ice-tea* light ou zero e 3% responderam ”não sei/ não respondo”.

Os resultados são semelhantes aos observados para a mesma questão mas relativamente às bebidas energéticas o que poderá significar uma maior preferência dos participantes por refrigerantes com açúcar.

APÊNDICE VII- Cronograma de Gantt.

CRONOGRAMA DE GANTT

ATIVIDADES	Novembro	Dezembro		
	15-30	1-7	8-15	16-22
Atividade 1 Reunião : “Bebidas Energéticas – Diagnóstico de Saúde”				
Atividade 2 Sessão de EpS: “Bebidas Energéticas”				
Atividade 3 Sessão de EpS : “Des(cons)truindo as bebidas energéticas”				
Atividade 4 Sessão de EpS : “À conversa sobre as bebidas energéticas”				
Atividade 5 Participação na festa de Natal: “Des(cons)trói as bebidas energéticas				
Atividade 6 Distribuição do panfleto informativo: “Bebidas energéticas-que implicações para a saúde?”				

APÊNDICE XVIII- Planos de sessão.

<p style="text-align: center;">Reunião</p> <p style="text-align: center;">Título: “Bebidas Energéticas - Diagnóstico de saúde”</p>	
Formadores	<p>Enf^a Rita Cabrita</p> <p>Enf^a Anabela Simões</p>
Participantes	Profissionais de saúde da UCC
Local	UCC
Data/ Duração	20 de Novembro de 2019/ 50 minutos
Objetivos	<p>- Promover a aquisição de conhecimentos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> •O que são bebidas energéticas •Efeitos do seu consumo na saúde <p>- Transmitir os resultados do Diagnóstico de Saúde</p> <p>- Expor a priorização dos problemas identificados</p> <p>- Fortalecer parcerias e a participação dos profissionais;</p> <p>-Debater sobre as atividades a desenvolver e a sua programação.</p>
Métodos Pedagógicos	<p>Método Expositivo</p> <p><i>Brainstorming</i></p>
Recursos Materiais	<p>Computador</p> <p>Retroprojektor</p> <p>Latas de bebidas energéticas</p>
Avaliação	Número de presenças

<p style="text-align: center;">Reunião</p> <p style="text-align: center;">Título: “Bebidas Energéticas - Diagnóstico de saúde”</p>	
Formadores	<p>Enf^a Rita Cabrita</p> <p>Enf^a Anabela Simões</p>
Participantes	Orgãos de Gestão dos Agrupamentos de escolas A e B e coordenadoras do PES
Local	Escolas do EB 2º e 3º Ciclo dos agrupamentos A e B
Data/ Duração	26 e 27 de Novembro de 2019/ 50 minutos
Objetivos	<p>- Promover a aquisição de conhecimentos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> •O que são bebidas energéticas •Efeitos do seu consumo na saúde <p>- Transmitir os resultados do Diagnóstico de Saúde</p> <p>- Expor a priorização dos problemas identificados</p> <p>- Fortalecer parcerias e a participação dos profissionais;</p> <p>-Debater sobre as atividades e a sua programação.</p>
Métodos Pedagógicos	<p>Método Expositivo</p> <p><i>Brainstorming</i></p>
Recursos Materiais	<p>Computador</p> <p>Retroprojeter</p> <p>Latas de Bebidas energéticas</p>
Avaliação	Número de presenças

<p>Sessão de educação para a saúde</p> <p>Título: “Bebidas energéticas”</p>	
Formadores	<p>Enfª Rita Cabrita</p> <p>Enfª Anabela Simões</p> <p>Enfª Vera Couto</p>
Participantes	Alunos do 6º ano de escolaridade
Local	Escolas EB 2º e 3º ciclo dos agrupamentos A e B
Data/ Duração	3, 12 e 16 de dezembro de 2019/ 50 minutos
Objetivos:	<p>- Promover a aquisição de conhecimentos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O que são bebidas energéticas • Efeitos do seu consumo na saúde • Informação nutricional presente nos rótulos <p>- Sensibilizar para a problemática do consumo de bebidas energéticas</p>
Métodos Pedagógicos	<p>Método expositivo</p> <p>Jogos</p>
Recursos Materiais	<p>Computador</p> <p>Retroprojeter</p> <p>Latas de bebidas energéticas</p> <p>Jogo didático</p>
Avaliação	<p>Número de presenças</p> <p>Questionário de satisfação</p>

<p>Sessão de educação para a saúde</p> <p>Título: “Des(cons)truindo as bebidas energéticas”</p>	
Formadores	<p>Enf^a Rita Cabrita</p> <p>Enf^a Anabela Simões</p> <p>Enf^a Vera Couto</p>
Participantes	Alunos do 9º ano de escolaridade
Local	Escolas EB 2º e 3º e Secundária dos agrupamentos A e B
Data/ Duração	10, 12 e 16 de dezembro de 2019/ 50 minutos
Objetivos:	<p>- Promover a aquisição de conhecimentos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O que são bebidas energéticas • Efeitos do seu consumo na saúde • Análise da informação nutricional presente nos rótulos <p>- Sensibilizar para a problemática do consumo de bebidas energéticas</p>
Métodos Pedagógicos	<p>Método Expositivo</p> <p>Método Demonstrativo</p>
Recursos Materiais	<p>Computador</p> <p>Retroprojektor</p> <p>Latas de bebidas energéticas</p> <p>Saquetas de açúcar</p>
Avaliação	<p>Número de presenças</p> <p>Questionário de satisfação</p>

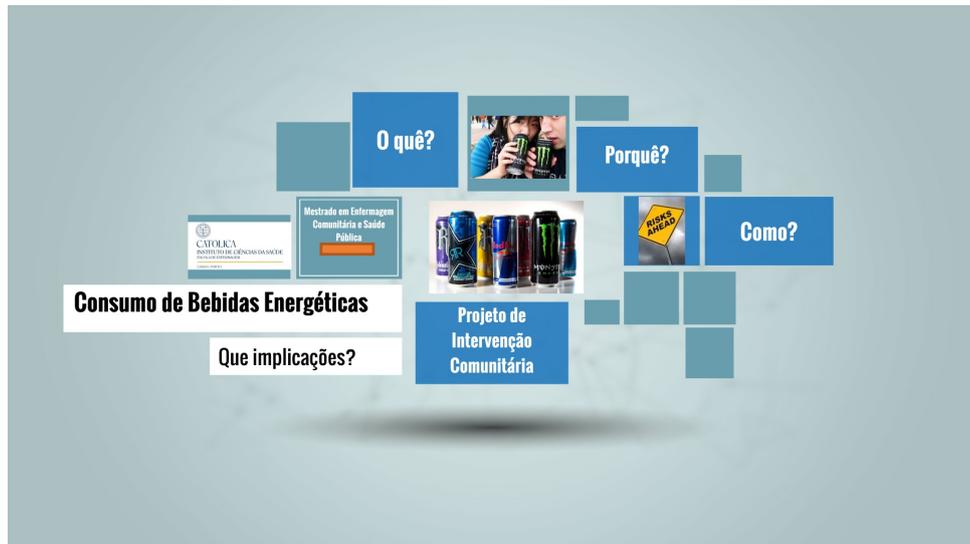
Sessão de educação para a saúde
Título: “À conversa sobre Bebidas energéticas”

Formadores	Enf ^a Rita Cabrita Enf ^a Anabela Simões Enf ^a Vera Couto
Participantes	Alunos do 12 ^o ano de escolaridade
Local	Escola Secundária do agrupamento A
Data/ Duração	9 de dezembro de 2019/ 50 minutos
Objetivos	- Promover a aquisição de conhecimentos sobre: <ul style="list-style-type: none">• O que são bebidas energéticas• Efeitos do seu consumo na saúde• Os efeitos das campanhas de marketing na perceção dos jovens sobre as bebidas energéticas - Sensibilizar para a problemática do consumo de bebidas energéticas
Métodos Pedagógicos	Método Expositivo Discussão orientada
Recursos Materiais	Computador Retroprojektor Latas de Bebidas energéticas
Avaliação	Número de presenças Questionário de satisfação

Participação na festa de Natal da Escola EB 2,3 do agrupamento A
Título: “Des(cons)trói as bebidas energéticas”

Formadores	Enf ^a Rita Cabrita Enf ^a Anabela Simões Enf ^a Vera Couto
Participantes	Comunidade escolar
Local	Escola EB 2, 3 do agrupamento A
Data/ Duração	17 de dezembro de 2019
Objetivos	- Sensibilizar para os efeitos do consumo de bebidas energéticas na saúde
Métodos Pedagógicos	Método Expositivo Método Demonstrativo
Recursos Materiais	Mesa Placard Cartaz Latas de bebidas energéticas Saquetas de açúcar Folhetos informativos Jogo didático
Avaliação	Número de folhetos distribuídos

APÊNDICE IX- Atividade 1: “Bebidas Energéticas – Diagnóstico de Saúde.



Bebida energéticas

- Bebidas não alcoólicas
- Contêm cafeína, vitaminas e outros ingredientes não nutritivos estimulantes (taurina, ginseng, guaraná)
- Usualmente, são comercializadas e publicitadas como possuindo a capacidade de aumentar os níveis de energia e a performance física e psicológica ^{2,3}

Comparação do teor de cafeína entre diferentes bebidas



Fonte: Decoproteste (2019)

Teor de açúcar e cafeína nas bebidas energéticas



Fonte: Safefood. eu (2017)

Hábitos de consumo de bebidas energéticas por crianças e adolescentes

2012 - European Food Safety Authority (EFSA): 16 países, crianças (3-10 anos) e adolescentes (10-18 anos)

- 68% das crianças e adolescentes (10 -18 anos) tinham consumido bebidas energéticas no último ano.

- Crianças (3 -10 anos) - 18% (16% consumidores crónicos)

- Associação com o álcool- 53%

- Associação com exercício físico - 41% 8

2014- Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE)- Lisboa. 851 adolescentes (10-18 anos)

- 42% dos adolescentes tinham consumido bebidas energéticas no último ano 9

2017- Acta Pediátrica Portuguesa- Guimarães. 704 estudantes (14-19 anos)

- 63% dos dos adolescentes tinham consumido bebidas energéticas no último ano 10

Top 15 das bebidas energéticas mais vendidas a nível mundial em 2018

Rank	2018	Brand Owner
1	Red Bull	Red Bull GmbH
2	Monster	Monster Beverage Corp
3	Red Bull	TC Pharmaceutical Industry Co Ltd
4	Rockstar	Rockstar Inc
5	Eastroc Super Drink	Shenzhen Eastroc Beverage Co Ltd
6	Hi-Tiger	Fujian Dali Food Co Ltd
7	Lucozade	Suntory Holdings Ltd
8	NOS	Monster Beverage Corp
9	Oronamin	Otsuka Holdings Co Ltd
10	Burn	Monster Beverage Corp

Fonte: Euromonitor international (2018)

Consequências e efeitos ainda não são totalmente conhecidos

- Pode contribuir para o risco de obesidade
- Muitas das consequências associam-se ao excesso de ingestão de cafeína
- Muitos jovens associam o seu consumo com o álcool e a atividade física

A cafeína é o principal ingrediente, mas existem outras substâncias estimulantes presentes os seus efeitos a médio e longo prazo, associados à cafeína, ainda não são totalmente conhecidos ⁷

Cafeína

Intoxicação por cafeína: Alterações cardiovasculares e do SNC

Recomendações EFSA: A dose diária de cafeína não deverá ultrapassar 200 mg/ dia (3 mg/Kg/Dia)

A partir das 100 mg/Dia já é possível observar sintomas de intoxicação por cafeína ⁸

- 5-10 gramas são potencialmente letais (podendo ocorrer em valores inferiores em indivíduos com distúrbios cardíacos ou convulsivos)

O conteúdo de cafeína nas bebidas energéticas pode variar entre 75 mg a 250 mg por embalagem, dependendo da marca podendo haver uma aproximação dos valores tóxicos apenas com a ingestão de duas embalagens ⁷

Bebidas energéticas e álcool

Estímulo VS Depressão

- Falsa percepção que subestima o nível real de intoxicação - o indivíduo bebe mais e por mais tempo
- “Wideawake drunk” - mantém o indivíduo acordado por mais tempo e com oportunidade de continuar a beber
- Maior apetência para comportamentos de risco
- Maior risco de dependência de álcool
- A sua associação pode provocar desidratação, dificultando a capacidade do organismo em metabolizar o álcool e aumentando a sua toxicidade.

Bebidas energéticas e Desporto

- **Marketing associado a atletas e ao desporto**

- Promove o consumo antes da prática desportiva de modo a aumentar a energia e otimizar o desempenho e após a prática de forma a acelerar a recuperação ⁷

- **Estudo EFSA(2012):** 41% dos adolescentes consumiam bebidas energéticas em associação com a atividade física ⁸

- **Efeitos:**

- A reserva de fluxo sanguíneo do miocárdico diminuiu durante o exercício após a cafeína.
 - Vômitos, náuseas, tremores e ansiedade após o consumo de cafeína antes do exercício
 - Reportados casos de paragem cardiorespiratória após a associação de um consumo excessivo de bebidas energéticas e a atividade física extenuante ⁷

Implicações do consumo de bebidas energéticas Scoping Review

- Efeitos adversos a nível fisiológico
- Alterações na Saúde Mental
- Adoção de comportamentos de risco para a saúde

Recomendação da American Academy of Pediatrics (2011) (2018)

Não deve fazer parte da alimentação de crianças e adolescentes devido ao seu efeito estimulante ¹¹

Regulamentação Europa

Obrigatória a rotulagem de bebidas que contêm 150 miligramas ou mais de cafeína por litro com a seguinte frase:



“Alto teor de cafeína. Não recomendado a crianças, grávidas ou na amamentação”
- teor de cafeína em miligramas por 100 mililitros 7

Diagnóstico de situação de saúde

Avaliação dos hábitos de consumo de bebidas energéticas



**Aplicação presencial do
“Inquérito aos hábitos de consumo de Bebidas Energéticas e
Refrigerantes”**

Entre o dia 17 de outubro e o dia 5 de novembro de 2019

Objetivos:

- Identificar os hábitos de consumo de bebidas energéticas, bebidas com teor de cafeína e refrigerantes dos adolescentes
- Analisar os determinantes de saúde que influenciam o consumo de bebidas energéticas

População alvo:

Adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos de idade, matriculados no 2 e 3o ciclo e secundário nos agrupamentos de escolas públicas do concelho de Lagoa no ano letivo 2019/2020 - Dimensão: 1535

Amostragem não probabilística por cotas:

- Selecionadas por conveniência duas turmas por cada ano de escolaridade
- Entregues 658 consentimentos informados aos encarregados de educação
- Aplicados 336 inquéritos após consentimento- 10 nulos

Amostra: 326

Resultados

Análise sociodemográfica

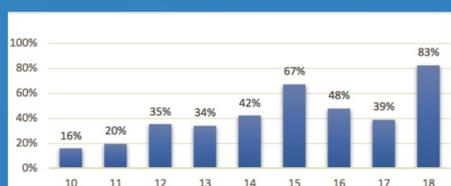
VARIÁVEL	MÉDIA	MODA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO
<i>Idade</i>	13	15	2,40	10	18
VARIÁVEL	FREQUÊNCIA ABSOLUTA (FA)		PERCENTAGEM(%)		
<i>Sexo</i>	Masculino	158	48,47%		
	Feminino	168	51,53%		
<i>Freguesia</i>	Estombar-Parchal	92	28,2%		
	Ferragudo	7	2,1%		
	Lagoa-Carvoeiro	170	52,2%		
	Porches	13	4%		
	Outra	44	13,5%		
<i>Escolaridade</i>	5º	47	14,4%		
	6º	46	14,1%		
	7º	37	11,4%		
	8º	48	14,7%		
	9º	69	21,2%		
	10º	28	8,6%		
	11º	28	8,6%		
	12º	23	3%		
<i>Agregado Familiar</i>	Pais	311	95%		
	Avós	5	2%		
	Outros	10	3%		

Consumos

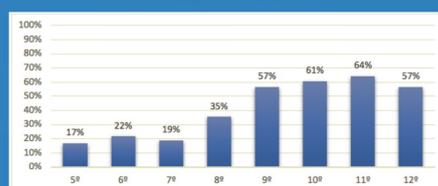
VARIÁVEL		VALOR ABSOLUTO	PERCENTAGEM(%)
Tabaco	Sim	46	14%
	Não sei/ Não respondo	14	4%
	Não	266	82%
Bebidas energéticas	Sim	129	40%
	Não sei/Não respondo	13	4%
	Não	184	56%
Café	Sim	185	57%
	Não	141	43%
Chá	Sim	148	45%
	Não	178	55%
Refrigerantes tipo Cola	Sim	249	76%
	Não	77	24%
Refrigerantes tipo Ice tea	Sim	297	91%
	Não	29	9%
Refrigerantes sem cafeína	Sim	234	72%
	Não	92	28%

Consumo de bebidas energéticas (n=129)

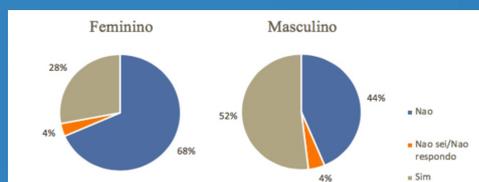
Idade



Escolaridade



Género



Caracterização dos hábitos de consumo de bebidas energéticas (n=129)

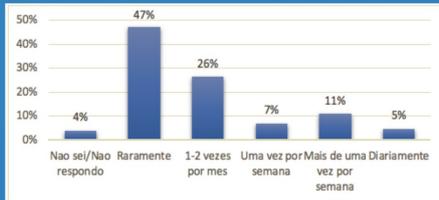
- Locais de consumo:**
- Bares/ discotecas" (17%),
 - Em casa, durante festas com os amigos " (16%)
 - Associado a desporto e exercício físico " (11%).

- Os locais com maior número de resposta "nunca":**
- Na escola, no dia-a-dia (76%)
 - Em casa, no dia-a-dia(64%)

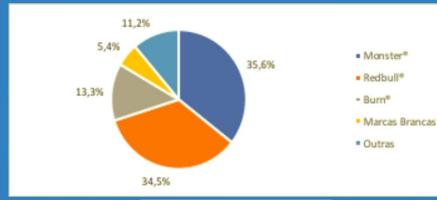
- Razões para o consumo:**
- Gosto do sabor (26%)
 - Melhorar o rendimento desportivo (15%)
 - Preciso de energia (14%)

Caracterização dos hábitos de consumo de bebidas energéticas (n=129)

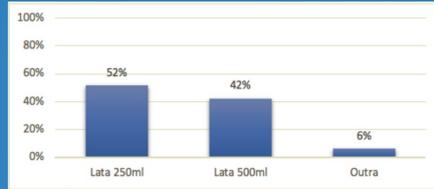
Frequência de consumo



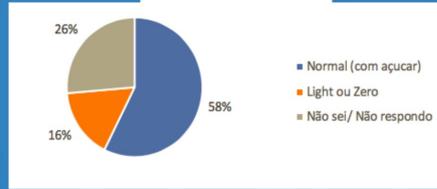
Marcas mais consumidas



Dimensão das embalagens

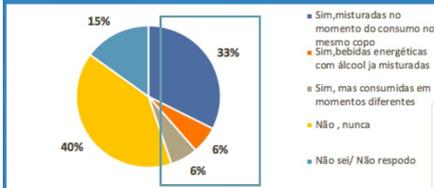


Teor de açúcar



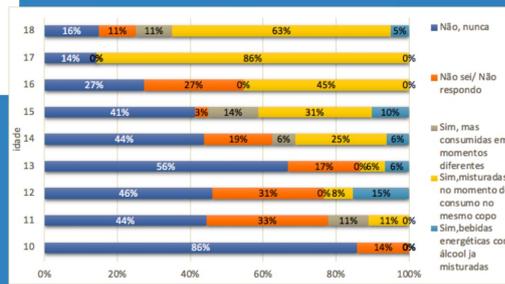
Bebidas energéticas e Álcool (n=129)

Consumo de BE e álcool pelo menos 1 vez numa única ocasião



45% de associação entre o consumo de BE e álcool numa única ocasião (n=58)

Distribuição das respostas em função da idade

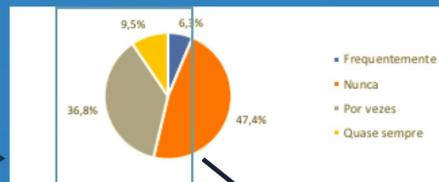


Bebidas energéticas e Atividade Física ou Desporto

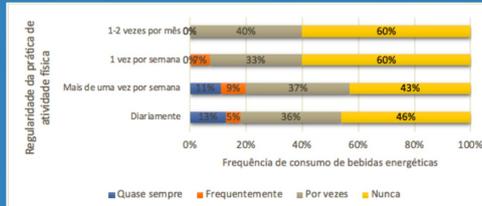
Frequência da prática desportiva fora das aulas no último ano (n=129)



Frequência de consumo de bebidas energéticas antes, durante ou depois da prática de desporto ou exercício físico (n=113)



Distribuição das respostas de acordo com a regularidade da atividade física



52,6% (n=59) respondeu consumir bebidas energéticas antes, durante ou depois da prática de desporto ou exercício físico.

Consumo de refrigerantes tipo cola, ice tea e de refrigerantes sem teor de cafeína (n=326)



Problemas identificados

P1- Consumo de Tabaco - 14% da amostra respondeu afirmativamente à questão relacionada com o consumo de tabaco

P2- Consumo de bebidas energéticas - 40% da amostra revelou ter consumido pelo menos uma vez bebidas energéticas no último ano

P3- Consumo de refrigerantes com e sem teor de cafeína:

-76% respondeu que consumiu refrigerantes tipo cola

-91% que consumiu refrigerantes do tipo ice tea

-72% que consumiu refrigerantes sem teor de cafeína

Intervenção Comunitária

• **Objetivo geral:**

Contribuir para a adoção de comportamentos de saúde que conduzam à prevenção e redução do consumo de bebidas energéticas

• **Objetivos específicos:**

- Sensibilizar os professores, encarregados de educação e alunos para a problemática do consumo de bebidas energéticas

- Realizar sessões de educação para a saúde dirigidas aos alunos do 6o, 9o e 12o ano de escolaridade

APÊNDICE X- Atividade 2: “Bebidas Energéticas”.

Bebidas Energéticas

O que são?

Efeitos para a saúde

Vamos ver os rótulos?

Vamos jogar?

Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública
UCC D'Algoa

Rita Cabrita N.º1920073
Enfermeira orientadora

Anabela Simões, Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária
Professora orientadora

Cândida Ferrito, Doutora em Enfermagem Comunitária
Lagoa, 2019

O que são bebidas energéticas?

- Não alcoólicas
- Água
- Açúcar
- Cafeína
- Vitaminas
- Outros ingredientes estimulantes:
 - Taurina, Ginseng, Guaraná



Bebidas desportivas:

- Não alcoólicas
- Não gaseificadas
- Açúcar
- Vitaminas



Refrigerantes:

- Não alcoólicas
- Gaseificadas ou não
- Açúcar
- Extratos de sumos ou vegetais
- Podem ter ou não cafeína



Cafeína:

Substância que existe em certas plantas



Presente em bebidas como: **café, bebidas energéticas, alguns chás e refrigerantes.**

Taurina:



Ginseng:



Guaraná:



- Existe no corpo humano
 - Presente na alimentação diária: Carne e peixe.
 - O seu consumo em bebidas energéticas não apresenta benefícios
- Provém de uma raiz
 - **Efeito estimulante**
 - Efeitos secundários: Diarreia, perturbação do sono e aumento da tensão arterial
- Planta originária do Brasil.
 - **Efeito estimulante**
 - Efeitos secundários: Perturbação do sono, nervosismo, palpitações

O que devemos procurar nos rótulos?

Informação nutricional

Uma lata pequena de bebida energética
(250ml)

1. Não recomendado a
crianças e adolescentes

2. Cafeína: 80 mg

3. Açúcar: 28g

profissões exigentes e durante longas horas de trabalho.
Bebida energética - elevado teor de cafeína.
Não recomendado a crianças nem a gestantes e lactantes (32 mg/100 ml). Consumir moderadamente.
Ingredientes: Água, Sacarose, Glucose, Ácido Cítrico, Dióxido de Carbono, Taurina (0,4%), Reguladores de Acidez (Carbonatos de Sódio, Carbonatos de Magnésio), Cafeína (0,03%), Vitamina B3 (Niacina), Ácido Pantoténico, B6, B12), Aromas, Corantes (Caramelo simples, Riboflavinas).
100 ml

Uma lata pequena de bebida energética
(250ml)

1. Não recomendado a crianças e adolescentes
2. Cafeína: 80 mg
3. Açúcar: 28g

Información nutricional/ Declaração nutricional	por 100 ml
Valor energético/Energia	195 kJ (46 kcal)
Grasas/Lípidos	0 g
de las cuales Saturadas/ dos quais Saturadas	0 g
Hidratos de Carbono/Hidratos de Carbono	11 g
de los cuales Azúcares/dos quais Açúcares	11 g
Proteínas/Proteínas	0 g
Sal/Sal	0,1 g
Vitaminas/Vitaminas:	
Niacina/Niacina	8 mg/ 50% VRN/VRN
Ácido Pantoténico/Ácido Pantoténico	2 mg/ 33% VRN/VRN
Vitamina B6/Vitamina B6	2 mg/ 143% VRN/VRN
Vitamina B12/Vitamina B12	2 µg / 80% VRN/VRN

Uma lata grande de bebida energética(500ml)

1. Não recomendado a crianças e adolescentes
2. Cafeína: 160 mg
3. Açúcar: 57,5g

CONTIENE UN ALTO CONTENIDO DE CAFEÍNA. NO RECOMENDADO PARA NIÑOS, MUJERES EMBARAZADAS O EN PERIODO DE LACTANCIA, O PERSONAS SENSIBLES A LA CAFEÍNA (32mg/100ml). NO MEZCLAR CON ALCOHOL. CONSUMIR RESPONSABLEMENTE.
CONTÉM UM ALTO TEOR DE CAFEÍNA. NÃO RECOMENDADO A CRIANÇAS NEM A GRÁVIDAS, LACTANTES OU PESSOAS SENSÍVEIS À CAFEÍNA (32mg/100ml). NÃO MISTURAR COM ALCOOL. BEBA COM RESPONSABILIDADE.

Uma lata grande de bebida energética (500ml)

1. Não recomendado a crianças e adolescentes

2. Cafeína: 160 mg

3. Açúcar: 57,5g

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL	PORÇÃO DE 200ml (1 copo)	%VD (*)
QUANTIDADE POR PORÇÃO		
VALOR ENERGÉTICO	93 kcal = 390 kJ	5
CARBOIDRATOS	23 g	8
DOS QUAIS AÇÚCARES	23 g	**
SÓDIO	155 mg	6
VITAMINA B3 (niacina)	16 mg	100
VITAMINA B6 (piridoxina)	1,3 mg	100
VITAMINA B2 (riboflavina)	1,3 mg	100
VITAMINA B12 (cianocobalamina)	2,4 µg	100
TAURINA	800 mg	
CAFEINA	65 mg	
GUARANÁ	8,4 mg	
GLUCORONOLACTONA	4,2 mg	
INOSITOL	4,2 mg	

O consumo de bebidas com cafeína e outros estimulantes não é recomendado a crianças e adolescentes



O consumo de bebidas energéticas pode ser prejudicial para a saúde

1. Açúcar
2. Cafeína e outros estimulantes
3. Associado a álcool e desporto

Açúcar:

- **Excesso de Peso/ Obesidade**

Uma lata grande de bebida energética contém aproximadamente 57 gramas de açúcar, ultrapassando o limite diário recomendado



- **Cáries dentárias**

Quanto maior a frequência de consumo de açúcar, maior o risco de cáries



Cafeína:

Sintomas de intoxicação por cafeína:

Palpitações
Alterações no batimento do coração
Irritabilidade
Tremores
Má disposição



Ansiedade
Perturbações do sono
Diarreia
Em casos mais graves

- Convulsões
- Coma
- Paragem cardiorrespiratória

Bebidas energéticas e álcool

As bebidas alcoólicas:

- Malefícios para o crescimento e desenvolvimento
- O seu consumo é proibido a menores de 18 anos de idade

A mistura das duas bebidas é perigosa!!

As bebidas energéticas mascaram o sabor do álcool e os seus efeitos



- Maior consumo
- Dependência
- Intoxicação por álcool e cafeína



Bebidas energéticas e desporto

Bebidas energéticas \neq Desporto

Efeitos secundários:

Alterações cardíacas

Ansiedade

Tremores



Má disposição

Vómitos

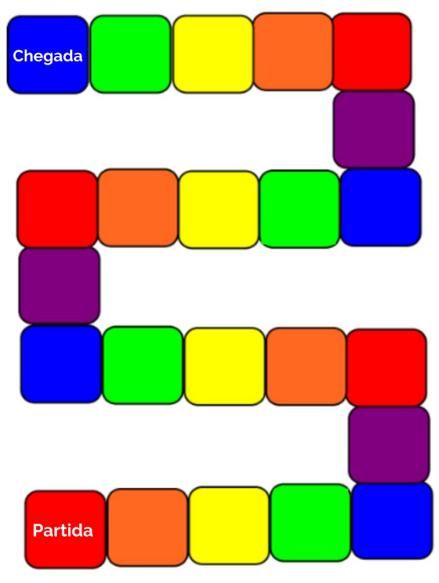
Paragem cardiorespiratória



O jogo das bebidas energéticas



PARABÉNS!!



APÊNDICE XI- Atividade 3: “Des(cons)truindo as bebidas energéticas.

Des(cons)truindo as bebidas energéticas



UNESP
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SÃO PAULO
Mestrado em Epidemiologia Comunitária e Saúde Pública
UCC - D'Alagás
Rita Cabrita Nº1920173
Epidemiologia Comunitária
Anabela Simões, Mestre em Epidemiologia de Saúde Comunitária
Professora assistente
Candida Ferraz, Doutora em Epidemiologia Comunitária
Ago/2019

Bebidas energéticas



- Não alcoólicas
- Água
- Açúcar
- Cafeína
- Vitaminas
- Outros ingredientes estimulantes:
Taurina, Ginseng, Guaraná

São publicitadas
como tendo a
capacidade de
melhorar o
desempenho físico e
psicológico

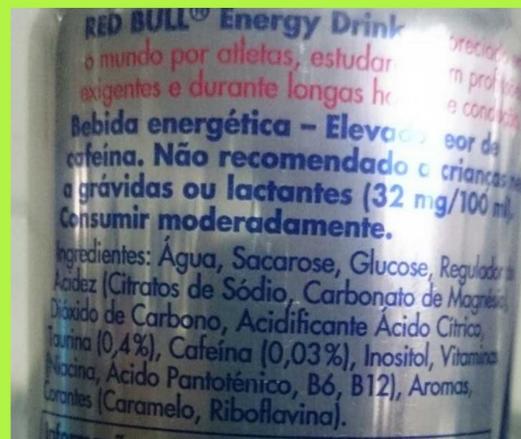
Qual a quantidade de açúcar e cafeína nas bebidas energéticas?



INFORMAÇÃO NUTRICIONAL

250 ml

- **CAFEÍNA- 80 mg**
- **AÇÚCAR: 27-29 g**
(6 pacotes de açúcar)



INFORMAÇÃO NUTRICIONAL

250 ml

- **CAFEÍNA- 80 mg**
- **AÇÚCAR: 27-29 g**
(6 pacotes de açúcar)

Información nutricional/ Declaração nutricional	por 100 ml
Valor energético/Energia	195 kJ (46 kcal)
Grasas/Lípidos	0 g
de las cuales Saturadas/ dos quais Saturados	0 g
Hidratos de Carbono/Hidratos de Carbono	11 g
de los cuales Azúcares/dos quais Açúcares	11 g
Proteínas/Proteínas	0 g
Sal/Sal	0,1 g
Vitamins/Vitamins:	
Niacina/Niacina	8 mg/ 50% VRN/VRN
Ácido Pantoténico/Ácido Pantoténico	2 mg/ 33% VRN/VRN
Vitamina B6/Vitamina B6	2 mg/ 143% VRN/VRN
Vitamina B12/Vitamina B12	2 µg / 80% VRN/VRN

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL

500 ml

- **CAFEÍNA- 160 mg**
- **AÇÚCAR: 54-58 g**
(12 pacotes de açúcar)

Información nutricional/ Declaração nutricional	por 100 ml
Valor energético/Energia	195 kJ (46 kcal)
Grasas/Lípidos	0 g
de las cuales Saturadas/ dos quais Saturados	0 g
Hidratos de Carbono/Hidratos de Carbono	11 g
de los cuales Azúcares/dos quais Açúcares	11 g
Proteínas/Proteínas	0 g
Sal/Sal	0,1 g
Vitamins/Vitamins:	
Niacina/Niacina	8 mg/ 50% VRN/VRN
Ácido Pantoténico/Ácido Pantoténico	2 mg/ 33% VRN/VRN
Vitamina B6/Vitamina B6	2 mg/ 143% VRN/VRN
Vitamina B12/Vitamina B12	2 µg / 80% VRN/VRN



Doses diárias recomendadas de nutrientes, vitaminas e sais minerais



Onde está a cafeína???

Nutrientes	Valor Diário de Referência (VDR)
Energia	8 400kJ 2 000 Kcal
Lípidos totais	70g
Ácidos gordos saturados	20g
Hidratos de carbono	260g
Açúcares	90g
Proteínas	50g
Sal	5g
Vitaminas e sais minerais	
Vitamina A	800 µg
Vitamina D	5 µg
Vitamina E	12 mg
Vitamina K	75 µg
Vitamina C	80 mg
Tiamina	1,1 mg
Riboflavina	1,4 mg
Niacina	16 mg
Vitamina B6	1,4 mg
Ácido fólico	200 µg
Vitamina B12	2,5 µg
Biotina	50 µg
Ácido pantoténico	6 mg
Potássio	2000 mg
Cloreto	800 mg
Cálcio	800 mg
Fósforo	700 mg
Magnésio	375 mg
Ferro	14 mg
Zinco	10 mg
Cobre	1 mg
Manganês	2 mg
Fluoreto	3,5 mg
Selénio	55 µg
Crómio	40 µg
Molibdénio	50 µg
Iodo	150 µg

50 g

O consumo de bebidas com cafeína e outros estimulantes não é recomendado a crianças e adolescentes



Efeitos na saúde

AÇÚCAR

**CAFEÍNA
E OUTROS
ESTIMULANTES**

**ASSOCIADO
A ÁLCOOL
E DESPORTO**

AÇÚCAR



- EXCESSO DE PESO/ OBESIDADE
- CÁRIES DENTÁRIAS



CAFEÍNA: Substância que existe em certas plantas
Presente em bebidas como o café, bebidas energéticas e em alguns chás e refrigerantes.

INTOXICAÇÃO POR CAFEÍNA

Palpitações
Alterações no batimento do coração

Tremores
Irritabilidade
Perturbações do sono
Ansiedade

Má disposição
Náuseas
Diarreia





CASOS GRAVES

- CONVULSÃO
- COMA
- PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA

BEBIDAS ENERGÉTICAS E ÁLCOOL



EXPECTATIVA



REALIDADE



BEBIDAS ENERGÉTICAS E ÁLCOOL

MISTURA PERIGOSA !!!



BEBIDAS ENERGÉTICAS E DESPORTO



EXPECTATIVA



REALIDADE



Bebidas energéticas ≠ Desporto



- Não melhora o desempenho desportivo
- Efeitos adversos por intoxicação
- Maior risco cardíaco



**PARAGEM
CARDIORRESPIRATÓRIA**

APÊNDICE XII- Atividade 4: “À conversa sobre as bebidas energéticas.

À conversa sobre bebidas energéticas




CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Linha 1100

Mestrado em Enfermagem Clínica e Saúde Pública

Rua Cláudio 97/102075
Edifício 110000000
Anexo Verde, Metro em Enfermagem de Saúde Coletiva
Funchal, Açores
Cláudia Pinto, Doutora em Enfermagem Clínica
Espin, 2018



Quais são as bebidas energéticas?
Costumam beber bebidas energéticas?
Porque ingerem bebidas energéticas?

Publicidade e Bebidas Energéticas



Capacidade de
melhorar o
desempenho físico
e psicológico de
quem as ingere



3

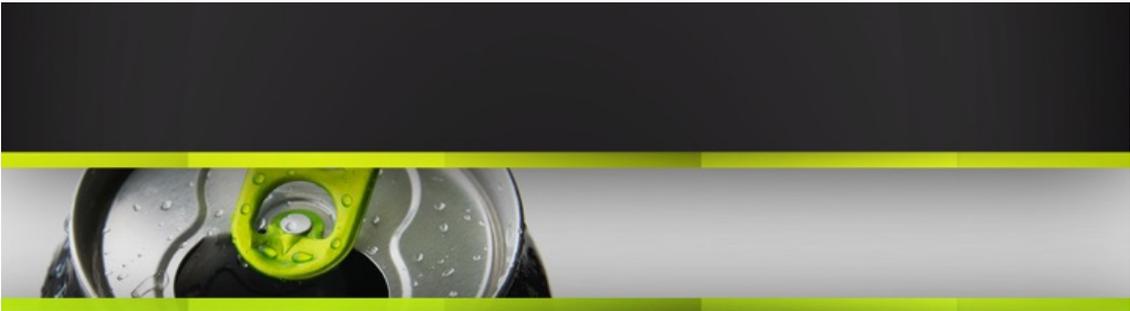
Publicidade e Bebidas Energéticas



Utilizam imagens
que apelam aos
jovens e
associam-se a
eventos
desportivos

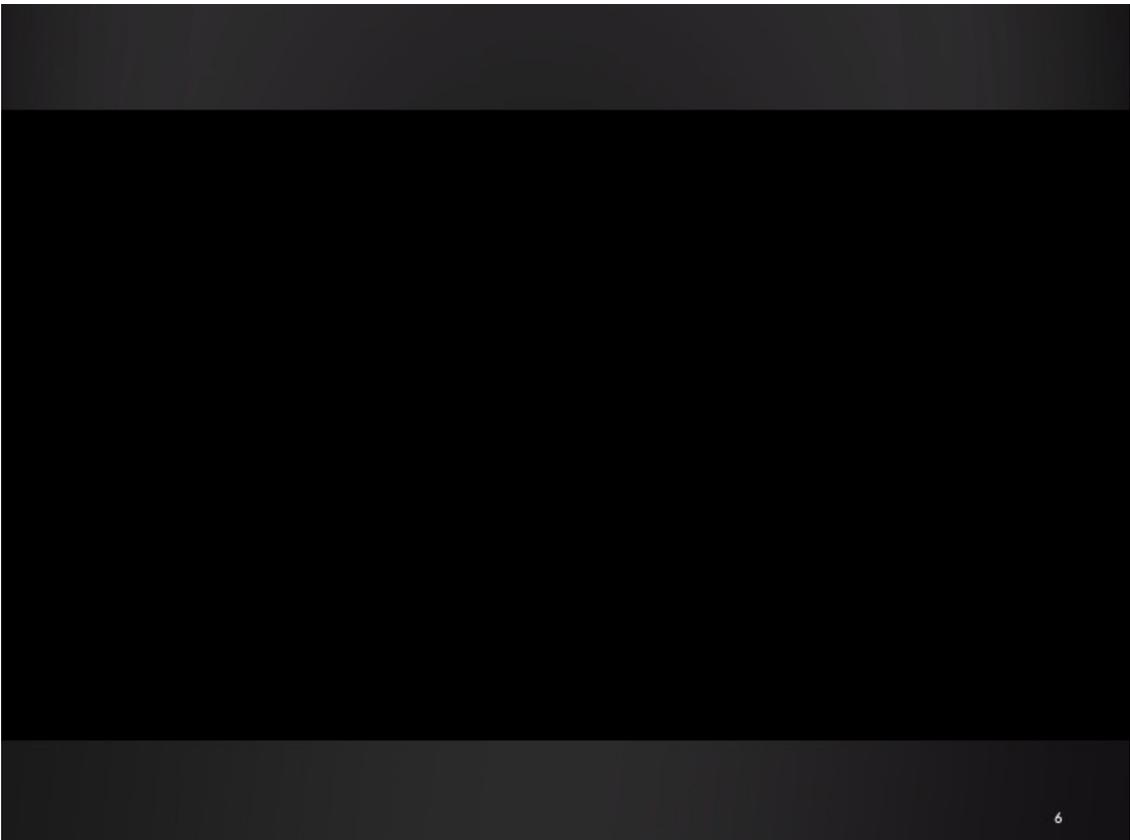


4



E se a publicidade fosse honesta?

5



6

Que efeitos na saúde?



Problemas cardíacos

- Alterações no ritmo cardíaco
- Palpitações
- Hipertensão Arterial

Alterações no SNC

- Ansiedade
- Irritabilidade
- Tremores
- Perturbações do sono

Perturbações Gastrointestinais

- Má disposição
- Vômitos
- Diarreia

7

Que efeitos na saúde?



CONVULSÃO

COMA

PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA

8

Bebidas Energéticas e Álcool



MISTURA PERIGOSA !!!



Maior consumo



O açúcar mascara o sabor do álcool e os sintomas de embriaguês

- Comportamentos de risco
- Intoxicação
- Dependência



9

Bebidas energéticas ≠ Desporto

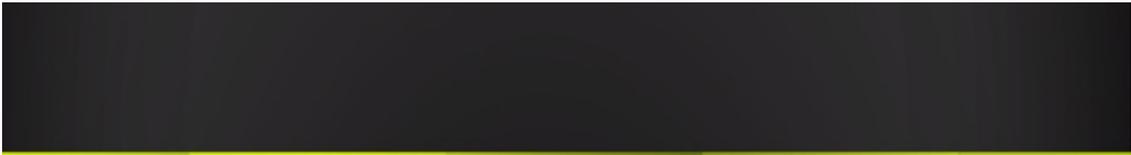


• Não melhora o desempenho

• Efeitos adversos por intoxicação

• Maior risco cardiovascular

PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA



QUESTÕES?

APÊNDICE XIII- Atividade 5: “Des(cons)trói as bebidas energéticas.

Cartaz publicitário de sensibilização



**DES(CONS)TRÓI
AS BEBIDAS
ENERGÉTICAS**

PELA SUA SAÚDE
EVITE O CONSUMO DE BEBIDAS ENERGÉTICAS



Nutrientes	Valor Diário de Referência (VDR)
<i>Energia</i>	8 400Kj 2 000 Kcal
<i>Lípidos totais</i>	70g
<i>Ácidos gordos saturados</i>	20g
<i>Hidratos de carbono</i>	260g
<i>Açúcares</i>	90g*
<i>Proteínas</i>	50g
<i>Sal</i>	5g
Vitaminas e sais minerais	
<i>Vitamina A</i>	800 µg
<i>Vitamina D</i>	5 µg
<i>Vitamina E</i>	12 mg
<i>Vitamina K</i>	75 µg
<i>Vitamina C</i>	80 mg
<i>Tiamina</i>	1,1 mg
<i>Riboflavina</i>	1,4 mg
<i>Niacina</i>	16 mg
<i>Vitamina B6</i>	1,4 mg
<i>Ácido fólico</i>	200 µg
<i>Vitamina B12</i>	2,5 µg
<i>Biotina</i>	50 µg
<i>Ácido pantoténico</i>	6 mg
<i>Potássio</i>	2000 mg
<i>Cloreto</i>	800 mg
<i>Cálcio</i>	800 mg
<i>Fósforo</i>	700 mg
<i>Magnésio</i>	375 mg
<i>Ferro</i>	14 mg
<i>Zinco</i>	10 mg
<i>Cobre</i>	1 mg
<i>Manganês</i>	2 mg

• A OMS recomenda que os açúcares adicionados não devem ultrapassar as 50 gramas diárias

Fontes:

- Regulamento (UE) N.º 1169/2011 do Parlamento Europeu e do Conselho de 25 de outubro de 2011
- Guia: Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2015.

Fotos do expositor e das atividades realizadas no evento



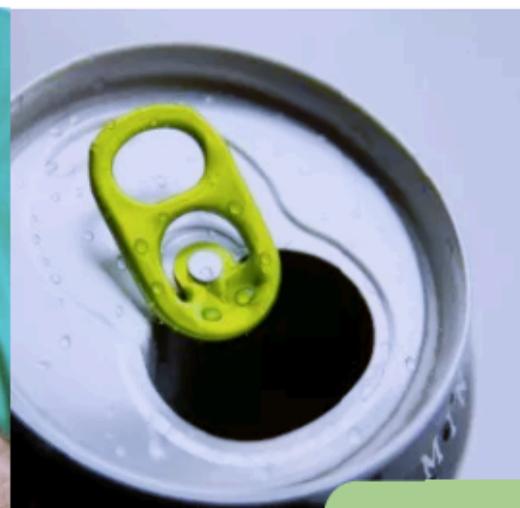
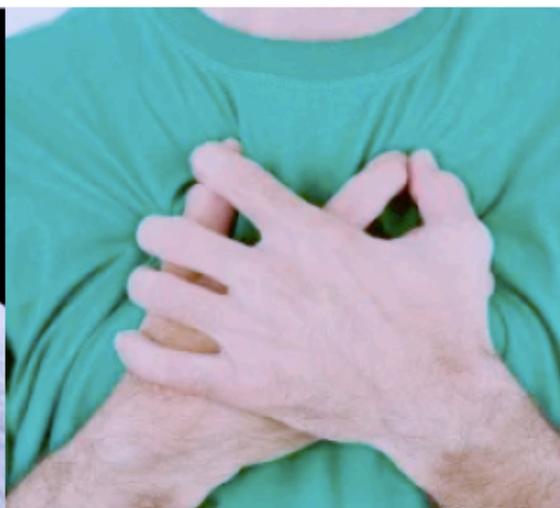
APÊNDICE XIV- Atividade 6: Panfleto informativo: “Bebidas energéticas-que implicações para a saúde?”.

**SEJA UM CONSUMIDOR
INFORMADO**

PELA SUA SAÚDE

**EVITE O CONSUMO DE
BEBIDAS ENERGÉTICAS**

**BEBIDAS
ENERGÉTICAS**



**LEIA A INFORMAÇÃO
NUTRICIONAL PRESENTE
NOS RÓTULOS**



Ministério de Saúde
Ministério de Saúde
Rua Celso de Figueiredo, 100
Edifício Sede
Brasília, DF, 70002-900
Cidade Futura, Parque de Esportes e Convenções
Brasília, DF

**QUE IMPLICAÇÕES
PARA A SAÚDE ?**

O QUE SÃO BEBIDAS ENERGÉTICAS

- São bebidas não alcoólicas constituídas por água, açúcar, vitaminas, cafeína e outras substâncias estimulantes como a taurina, o *ginseng* e o *guaraná*.
- São publicitadas habitualmente como tendo a capacidade de aumentar os níveis de energia e a performance física e psicológica.

O CONSUMO DE BEBIDAS ENERGÉTICAS PODE SER PREJUDICIAL PARA A SUA SAÚDE

Porquê?

1 Excesso de açúcar

Este tipo de bebidas contém elevados níveis de açúcar.

A sua ingestão favorece:

- Excesso de peso
- Cáries dentárias

2 Alto teor de cafeína

As bebidas energéticas contêm uma elevada concentração de cafeína podendo provocar intoxicações

ATENÇÃO

A ingestão de bebidas energéticas não é recomendada a crianças, adolescentes, grávidas ou durante a amamentação.



O SEU CONSUMO PODE PROVOCAR:

- Alterações no batimento cardíaco
- Palpitações
- Ansiedade
- Irritabilidade
- Tremores
- Perturbações do sono
- Má disposição
- Perturbações gastrointestinais

Em casos mais graves:

Convulsões

Coma

Paragem cardiorespiratória

3 Substâncias estimulantes

Contêm substâncias como a taurina, o *guaraná* e o *ginseng*. Os seus efeitos a médio e longo prazo associados à cafeína ainda não são totalmente conhecidos.

4 Associação com o Álcool

Esta combinação é perigosa!! As bebidas energéticas mascaram o sabor e os sinais de embriaguês o que promove um maior consumo, risco de dependência e toxicidade.

5 Associação com o desporto

Existe uma forte aposta das marcas em associar a sua imagem a eventos desportivos e à atividade física.

O consumo de bebidas energéticas não melhora o desempenho desportivo.

Têm sido reportados efeitos secundários, em alguns casos graves, pela associação de bebidas energéticas e a prática de exercício físico intenso.

APÊNDICE XV- Resumo e apresentação oral: “Hábitos de consumo de bebidas energéticas dos adolescentes de um concelho da região do Algarve.

Hábitos de consumo de bebidas energéticas dos adolescentes de um concelho da região do Algarve.

Introdução

As bebidas energéticas são um grupo de bebidas que tipicamente, são publicitadas como tendo a capacidade de aumentar os níveis de energia e a *performance* física e psicológica. (Campbell, et al., 2013).

Nos últimos anos, tem-se vindo a verificar um aumento na sua popularidade, particularmente entre as jovens. Este fenómeno tem suscitado alguma preocupação uma vez que o seu consumo não é recomendado a crianças e adolescentes pelo seu efeito estimulante (Breda, Whiting, & Encarnação, 2014); (American Academy of Pediatrics, 2011).

Este estudo teve como objectivo avaliar os hábitos de consumo de bebidas energéticas dos adolescentes de um concelho da região do Algarve.

Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo transversal. Para a sua elaboração procedeu-se à aplicação de um inquérito denominado “Inquérito aos hábitos de consumo de bebidas energéticas e refrigerantes” a adolescentes matriculados no 2º e 3º ciclo e secundário nos agrupamentos de escolas da rede pública de um concelho da região do Algarve no ano letivo 2019/2020. O inquérito aplicado é uma adaptação portuguesa realizada pela Autoridade de Segurança Alimentar e Economia de um inquérito utilizado no estudo desenvolvido pela Autoridade Europeia de Segurança Alimentar: “*Gathering consumption data on specific consumer groups of energy drinks*” (Zucconi et. al, 2013).

Foram realizados todos os procedimentos ético-deontológicos tendo sido dadas as autorizações necessárias à sua execução pelas entidades envolvidas.

Os dados foram analisados com recurso à ferramenta estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.

Resultados

Foram incluídos 326 adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos de idades. 40% dos adolescentes responderam que tinham

consumido bebidas energéticas pelo menos uma vez no último ano. Da análise dos resultados em função da idade verificou-se uma maior taxa de resposta positiva nos adolescentes com 15 (67%) e 18 anos de idade (83%). Quanto à escolaridade, verificou-se que a partir do 9º ano de escolaridade as respostas positivas ultrapassam as respostas negativas sendo o 11ºano, o ano com maior taxa de resposta positiva (64%). Relativamente ao género, verificou-se uma maior frequência de respostas positivas no género masculino (52%) em comparação com o género feminino (28%). Procedeu-se à análise da relação entre o consumo de bebidas energéticas, o consumo de álcool e a atividade física. Quase metade dos inquiridos que responderam afirmativamente ao consumo de bebidas energéticas responderam que já o tinham feito em associação com o álcool na mesma ocasião (45%). Relativamente à atividade física 52,6% responderam ter consumido bebidas energéticas e praticar atividade física regularmente fora das aulas.

Conclusão

Perante os resultados pode-se considerar que existe um padrão de consumo de bebidas energéticas significativo nos adolescentes inquiridos. Tendo em conta os potenciais riscos associados ao seu consumo, principalmente por crianças e adolescentes, é fundamental que haja o desenvolvimento de estratégias que conduzam à sua prevenção e redução.

Palavras-chave: “Bebidas energéticas”, Adolescente

Hábitos de consumo de bebidas energéticas dos adolescentes de um concelho da região do Algarve



Autores:
Rita Cabrita¹
Cândida Ferrito²
Anabela Simões³

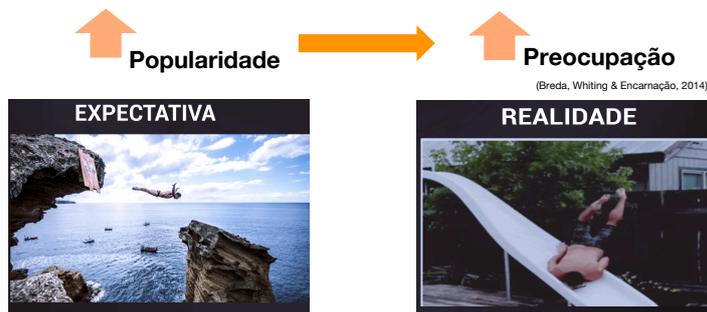
1- Centro Hospitalar Universitário do Algarve; Universidade Católica Portuguesa
2- Universidade Católica Portuguesa
3- Unidade de Cuidados na Comunidade

4th International Conference on Childhood and Adolescence Ramada Lisbon Hotel, 23rd to 25th of January, 2020

Bebidas energéticas, que implicações?



As bebidas energéticas são um grupo de bebidas que usualmente são publicitadas como tendo a capacidade de aumentar os níveis de energia e a *performance* física e psicológica (Campbell, et al., 2013)



4th International Conference on Childhood and Adolescence Ramada Lisbon Hotel, 23rd to 25th of January, 2020

A Academia Americana de Pediatria (2018) recomenda que as bebidas energéticas não devem fazer parte da alimentação das crianças e adolescentes pelo seu efeito estimulante



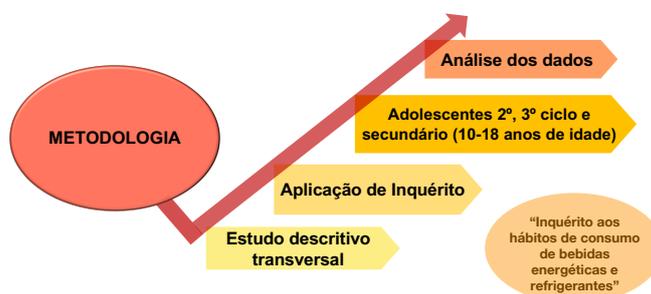
Os seus efeitos a médio e longo prazo não são totalmente conhecidos

(Breda, Whiting & Encarnação, 2014)

4th International Conference on Childhood and Adolescence Ramada Lisbon Hotel, 23rd to 25th of January, 2020

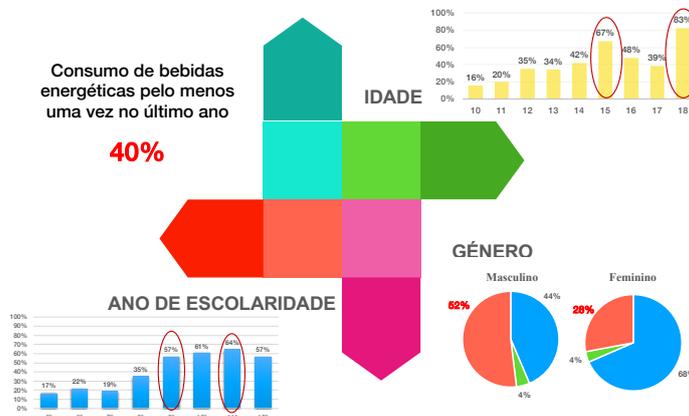
OBJETIVO:

Avaliar os hábitos de consumo de bebidas energéticas dos adolescentes de um concelho da região do Algarve



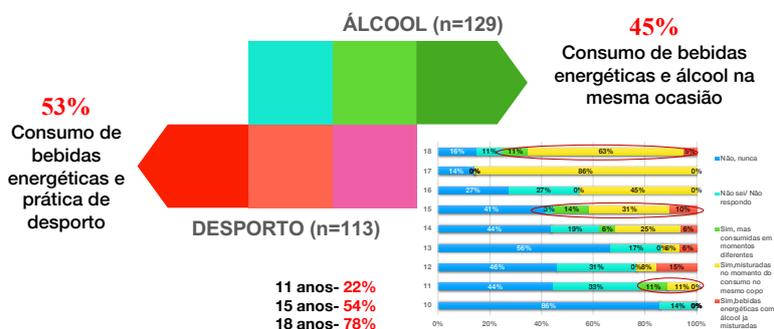
4th International Conference on Childhood and Adolescence Ramada Lisbon Hotel, 23rd to 25th of January, 2020

RESULTADOS (n=326):



4th International Conference on Childhood and Adolescence Ramada Lisbon Hotel, 23rd to 25th of January, 2020

RESULTADOS



4th International Conference on Childhood and Adolescence Ramada Lisbon Hotel, 23rd to 25th of January, 2020

CONCLUSÃO

Padrão de consumo de bebidas energéticas significativo nos adolescentes inquiridos.



Potenciais riscos associados ao seu consumo, principalmente por crianças e adolescentes



Desenvolvimento de estratégias que conduzam à sua prevenção e redução.

4th International Conference on Childhood and Adolescence Ramada Lisbon Hotel, 23rd to 25th of January, 2020



OBRIGADO!

Referências Bibliográficas

American Academy of Pediatrics. (2015). AAP Position Statement: AAP Position Reaffirmed. (A. A. Pediatric, Ed.) AAP News & Journals, 44.

American Academy of Pediatrics. (2011). Sports Drinks and Energy Drinks for Children and Adolescents: Are They Appropriate? American Academy of Pediatrics Clinical Report. AAP News & Journals, 127.

Branco, L., Flor-de-lima, F., Ferreira, C., Macedo, L., & Laranjeira, C. (2019). Bebidas Energéticas: Qual a Realidade na Adolescência. *Acta Pediatr. Port.*, 48(1), 109-117.

Brink, J., Whitton, S., & Encarnação, R. (2014). Access em 7 de Junho de 2019, disponível em <https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.02134>

Campbell, B., Wilburn, C., La Bourne, P., Taylor, L., Nelson, M., Greenwood, M., ... Collins, R. (2013). International Society of Sports Nutrition position stand: Energy drinks. *Academy* em 3 de Junho de 2019, disponível em <https://pub.biosciencecentral.com/articles/10.1186/1550-2783-10-1>

Committee on Nutrition and the Council on Sports Medicine and Fitness. (2011). Sports drinks and energy drinks for children and adolescents: are they appropriate? *Pediatrics*, Ed/ Acesso em 5 de Junho de 2019, disponível em <https://pediatrics.aappublications.org/content/127/6/1162>.

EFSA. (2013). (E. F. Authority, Ed.) Acesso em 6 de Junho de 2019, disponível em "Energy" drinks report. <https://www.efsa.europa.eu/press/news/130306>

Energy Drink Europe. (2014). Energy Drink Europe. Acesso em 10 de Junho de 2019, disponível em <http://www.energydrink.eu/>

Gaspar, S., Mendes, M., & Ramos, F. (2014). Avaliação do risco de exposição a substâncias estimulantes (café, lúpulo e glaucocinaxtona) em adolescentes do distrito de Lisboa. (ASAE, Ed.) Acesso em 7 de Junho de 2019, disponível em https://ajac.ucp.pt/bitstream/10316/29564/1/MSA_Gaspar_2014.pdf

Misa, C., Freira, S., Fonseca, H., Pedro, R., & Silva, F. (2019). Consumo de substâncias no adolescente. *Acta Pediatr. Port.*, 47, pp. 202-204.

OMS. (2007). Orientation program on Adolescent Health for health care providers. Acesso em 2 de Junho de 2019, disponível em https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdf/924199129_op_handout.pdf

OMS. (2014). Energy drinks cause concern for health of young people. Acesso em 2 de Junho de 2019, disponível em World Health Organization <http://www.euro.who.int/en/health-topics/diseases-prevention/news/news/2014/10/energy-drinks-cause-concern-for-health-of-young-people>

PROCEB. (2019). Legislação relevante: Bebidas Perigosas. Associação Portuguesa de Pedagogia em Saúde. <http://www.proceb.pt/> Acesso em 5 de Junho de 2019.

Young, B. (2003). Does food advertising influence children's food choices? *22*, pp. 441-459.

Zucconi, S., Volpato, G., Adinolfi, F., Gaudin, E., E. G., Lai, A., & Fiorini, L. (2013). Gathering observational data on specific consumption patterns of Energy Drinks.

4th International Conference on Childhood and Adolescence Ramada Lisbon Hotel, 23rd to 25th of January, 2020