



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

Unidade Curricular Estágio

Relatório de Estágio

Orientador: Professor Doutor Adriano Pedro

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA COMBATER E EVITAR A OBESIDADE INFANTIL

Autor:

Nuno Barreta, Nº 10689

Fevereiro

2012

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

Unidade Curricular Estágio

Relatório de Estágio

Orientador: Professor Doutor Adriano Pedro

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA COMBATER E EVITAR A OBESIDADE
INFANTIL**

Autor:

Nuno Barreta, N° 10689

Fevereiro

2012

“Palavra puxa palavra, uma ideia traz outra, e assim se faz um livro, um governo, ou uma revolução.”

Machado de Assis

À minha Mãe...

Às Crianças presentes na minha vida, cujos sorrisos, lágrimas e palavras, inspiram os meus dias ...

A todas as Crianças e Jovens que participaram no estudo ...

Ao Professor Doutor Adriano Pedro, pela orientação ...

Aos Amigos de sempre, pelo encorajamento ...

Ao meu Filho, à minha Filha, pela atenção que lhes roubei ...

À minha Esposa, pelo tempo e atenção que lhe roubei ...

À minha Mãe e ao meu Pai, porque me ensinaram a ser como eu sou ...

... .. **Obrigado!!!**

Resumo

A obesidade é uma doença crónica, recorrente e multifactorial, que apresenta grandes riscos para a saúde e que se torna bastante dispendiosa nas contas do estado.

Tem-se verificado uma preocupação crescente sobre a relação de uma alimentação desequilibrada durante a infância e a manifestação de determinadas doenças na idade adulta.

Na infância a criança passa por um período de grande desenvolvimento físico, marcado pelo gradual crescimento em altura e do peso e é também um período onde se desenvolve psicologicamente, envolvendo graduais mudanças no comportamento e na aquisição das bases da sua personalidade.

A população alvo é constituída pelos indivíduos com ≤ 19 anos de idade, inscritos no Centro de Saúde de Mação, a selecção do grupo foi feita tendo em conta a acessibilidade dos dados. Então optou-se pela consulta e recolha dos 98 exames globais de saúde efectuados nos anos 2009 e 2010, tendo sido recolhidos os seguintes dados: género, idade, peso e altura.

O presente estudo mostra que o IMC das crianças na sua grande maioria não é o desejado, ou porque se encontra abaixo ou acima do peso desejável.

A problemática da obesidade é actual, com repercussões incalculáveis para o futuro, é tempo de agir. Como resultado desta vontade surge o Põe-te na linha, que é um projecto de combate à obesidade dos jovens, onde através de grupos de entre ajuda vão ser utilizadas dinâmicas de grupo.

Palavra-Chave: Obesidade

Abstract

Obesity is a chronic, relapsing and multifactor, which presents major health risks and that, becomes very expensive in the state accounts.

There has been a growing concern about the relationship of an unbalanced diet during childhood and the manifestation of certain diseases in adulthood.

In childhood the child goes through a period of great physical development, marked by a gradual growth in height and weight and is also a period where it develops psychologically, involving gradual changes in behavior and the acquisition of the foundations of his personality.

The target population consists of individuals with ≤ 19 years of age, enrolled in the Health Centre of Mação, the group selection was made taking into account the accessibility of data. So we opted for consultation and collection of 98 global health examinations conducted in the years 2009 and 2010, were collected the following data: gender, age, weight and height.

The present study shows that the BMI of children mostly not what you want, or because it is below or above desirable weight.

The problem of obesity is present, with incalculable consequences for the future, it is time to act. As a result of this will appear on the Stand in line, which is a project to combat obesity among young people, where they go through groups of mutual aid will be used as group dynamics.

Keyword: Obesity.

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

% - Percentagem

≤ - Menor ou igual

≥ - Maior ou igual

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ADI – Apoio Domiciliário Integrado

CATL – Centro de Apoio ao Tempos Livres

CIT – Centro de Internamento de Toxicodependentes

CPCJ – Comissão de Protecção a Crianças e Jovens em Risco

DGS – Direcção-Geral da Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSSs – Instituições Particulares de Solidariedade Social

Kg/m² – Quilogramas por metro quadrado

N – Número

Nº – Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SINUS – Sistema de Informação de Unidades de Saúde

UAI – Unidade de Apoio Integrado

USP – Unidade de Saúde Pública

Índice

INTRODUÇÃO.....	12
1 – ESTADO DA ARTE	15
1.1 – Saúde Escolar	15
1.1.1 – Trabalho Em Equipa	16
1.1.2 – Equipa de Saúde	19
1.1.3 – O Enfermeiro na Equipa de Saúde	20
1.2 – Infância	23
1.2.1 – Alterações Psicológicas da Infância	23
1.2.2 – Alterações Físicas na Infância	25
1.3 – Prevenção e Educação para a Saúde na Infância.....	25
1.3.1 – Estilos de Vida Saudáveis na Infância	26
1.3.2 – Lazer e Tempos Livres na Infância	27
1.3.3 – Actividade Física e Desporto na Infância	28
1.3.4 – Alimentação	30
1.3.4.1 – Refeitórios Escolares	32
1.3.5 – Educação, Família e Comunidade	33
1.4 – Definição de Obesidade.....	33
1.4.1 – Tipos e Formas de Obesidade	34
1.4.1.1 – Obesidade Infantil	35
1.4.1.2 – Como Surge a Obesidade Infantil	36
1.5 – Políticas de Saúde no Combate à Obesidade.....	37
2 – ÁREA DE INFLUÊNCIA DO PROJECTO	39
2.1 – A População de Mação	39
2.3 - Caracterização da População.....	40
2.4 – Recursos da Comunidade de Mação.....	43

2.4.1 – Acção Social	44
2.4.2 – Educação	46
2.4.3 – Saúde	47
2.4.4 – Equipamentos de Saúde.....	48
3 – METODOLOGIA.....	51
3.1 - População Alvo e Amostra.....	52
3.2 – Terreno de Pesquisa.....	53
3.3 – Recolha de Dados	53
3.4 - Procedimentos Formais e Éticos	55
4 – ANÁLISE DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS.....	69
Anexo I – Pedido de autorização e autorização, para acesso a alguns dados e estatísticas referentes aos utentes do Centro de Saúde de Mação.....	70
Anexo II – Põe-te na Linha: Projecto de Combate à Obesidade	72
Anexo III – Avaliação de 2011, do Põe-te na Linha: Projecto de Combate à Obesidade	81

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Distribuição dos utentes com ≤ 19 anos de idade de acordo com a idade e o género	41
Gráfico 2: Distribuição dos utentes com exame global de saúde, feito de acordo com a idade e o género	42
Gráfico 3: Distribuição das crianças com exame global feito de acordo com o IMC e o género	43

Índice de Tabelas

Tabela 1: Distribuição dos utentes com ≤ 19 anos de idade de acordo com a idade e o género	40
Tabela 2 – Distribuição dos utentes com exame global de saúde, feito de acordo com a idade e o género	42
Tabela 3: Distribuição das crianças com exame global feito de acordo com o IMC e o género	43
Tabela 4: Identificação dos equipamentos de acção social no concelho de Mação	44
Tabela 5: Taxa de ocupação dos equipamentos da acção social no concelho de Mação, por freguesia.....	45
Tabela 6: Taxa de escolarização no concelho de Mação.....	47
Tabela 7: Indicadores de saúde em Mação	48
Tabela 8: Equipamentos de saúde em Mação.....	49
Tabela 9: Consultas efectuadas no Centro de Saúde de Mação e Extensões de Saúde (2001 e 2010).....	49
Tabela 10: Serviços prestados no Centro de Saúde de Mação e Extensões	50

INTRODUÇÃO

O relatório de estágio surge no decorrer do 3º semestre do Mestrado em Enfermagem – Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, e está integrado na unidade curricular estágio, que decorreu sob a orientação do Professor Doutor Adriano Pedro.

A preocupação com as questões da obesidade é um facto que tem tido visibilidade nacional, e está evidente no Programa Nacional de Combate à Obesidade (2005) e essa preocupação também está presente nas actividades que a Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde do Médio Tejo II – Zêzere, pretende desenvolver de forma concertada no futuro próximo. Sendo esta unidade, o local de trabalho do autor. Este em consonância com o coordenador da unidade, Dr. Rui Calado, entenderam que este estágio seria o momento oportuno para dar início a um novo projecto nesta área, uma vez que no ACES do médio Tejo II – Zêzere, não existe até agora nenhum projecto que se ocupe das questões da prevenção e do combate à obesidade.

A obesidade é uma doença grave. Está a aumentar, especialmente entre as crianças, e não deve ser reduzida ao facto de se «comer muito». Surge:

- ☒ Em pessoas predispostas: fala-se de «herança familiar», o que reflecte a propensão genética;
- ☒ E num ambiente específico, com repercussão na alimentação e no exercício físico, consoante o nível socio-económico e cultural. Assim, a obesidade é uma doença da sociedade moderna. (Tauber, 2010).

Esta questão por nos preocupar, decidimos que é necessário agir. Agir não apenas em prol de um resultado imediato, “perder peso”, mas com vista a mudar o estilo de vida de forma permanente, a fim de preservar e assegurar, a longo prazo, a saúde dos jovens. Porque a obesidade tem associadas várias doenças crónicas: diabetes, hipertensão, enfarte, acidentes vasculares, bem como alguns tipos de cancro.

A necessidade da existência de um projecto na área do combate à obesidade infantil no ACES do Médio Tejo II – Zêzere, surge como uma motivação acrescida para a escolha do

tema a desenvolver no estágio de Gestão de Unidade de Saúde, em que se faz o enquadramento da temática na vertente da gestão dos cuidados à população.

Com a elaboração deste projecto pretendemos atingir os seguintes objectivos:

Como Objectivo geral é:

- Definir as estratégias para o combate à obesidade infantil, na área de influência do ACES do Médio Tejo II – Zêzere.

Os Objectivos específicos são:

- Introduzir a temática do combate à Obesidade Infantil, no plano de actividades da USP do Zêzere.
- Identificar as estratégias para o combate à obesidade infantil.
- Elaborar um plano para o combate à obesidade infantil.
- Planear actividades de promoção de alimentação saudável com vista à prevenção da obesidade.

Segundo a (Organização Mundial da Saúde [OMS]), *in* Programa Nacional de Combate à Obesidade da (Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2005: 4), a obesidade é considerada uma doença que face à sua elevada prevalência a nível mundial, é vista como a epidemia global do Século XXI.

A OMS, reconhece que presentemente a obesidade “tem uma prevalência igual ou superior à da desnutrição e das doenças infecciosas, pelo que considera que se não forem tomadas “medidas drásticas para prevenir e tratar a obesidade, mais de 50% da população mundial será obesa em 2025.” Assim, a obesidade é uma doença crónica, atinge homens e mulheres de todas as raças e de todas as idades, com enorme prevalência nos países desenvolvidos, é actualmente considerada, a seguir ao tabagismo, como a segunda causa de morte susceptível de prevenção.

Tem-se verificado uma preocupação crescente sobre a relação de uma alimentação desequilibrada durante a infância e a manifestação de determinadas doenças na idade adulta, aspectos que motivaram a elaboração deste plano de intervenção de combate à obesidade nos grupos de saúde infantil.

O relatório está dividido em duas grandes partes. A primeira parte corresponde ao ponto da fundamentação e argumentação teórica. Nesta parte, será tratada a infância enquanto fase do desenvolvimento humano onde se dá uma grande aquisição de conhecimentos e

competências necessárias à adopção de hábitos e rotinas saudáveis apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo da vida.

A segunda parte diz respeito aos desenvolvimentos empíricos. É iniciada com o ponto relativo à metodologia, onde são apresentadas as orientações metodológicas que guiaram o presente trabalho. Por fim apresenta-se as considerações finais.

1 – ESTADO DA ARTE

1.1 – Saúde Escolar

Temos assistido mais recentemente, a uma potencialização da enfermagem em Cuidados de Saúde Primários, que lhe proporciona um maior protagonismo na promoção e prevenção.

Neste âmbito, o indivíduo, a família e a comunidade, são encarados numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde. A educação para a saúde realizada pelo enfermeiro sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, enquadra-se nas intervenções autónomas do mesmo que se encontram legisladas no Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro.

Esta estratégia major dos cuidados de enfermagem é por excelência a que maior impacto tem junto da comunidade, sendo que os Centros de Saúde enquanto instituições de saúde são “as primeiras entidades responsáveis pela promoção e melhoria dos níveis de saúde da população de determinada área geográfica”, (Decreto-Lei nº 157/99 de 10 de Maio de 1999).

Ainda segundo o mesmo documento, os Centros de Saúde têm como objectivo primordial a melhoria do nível da saúde da população da área geográfica por eles abrangida.

O artigo 4º do presente Decreto-Lei, refere também que os Centros de Saúde, devem promover a saúde, através de acções de educação e prestação de cuidados na doença garantindo a continuidade de cuidados sempre que necessário, recorrendo a serviços com cuidados especializados. A sua acção é abrangente, direccionando-se para o indivíduo, família e comunidade.

“A escola ocupa um lugar central na ideia de saúde. Aí aprendemos a configurar as ‘peças’ do conhecimento e do comportamento que irão permitir estabelecer relações de qualidade”. É onde “adquirimos, ou não, ‘equipamento’ para compreender e contribuir para estilos de vida mais saudáveis, tanto no plano pessoal como ambiental (...), serviços de saúde mais sensíveis às necessidades dos cidadãos e melhor utilizados por estes”. (Constantino Sakellarides. *in* Rede Europeia e Portuguesa de Escolas Promotoras de Saúde. 1999 e Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2007: 5).

Desde 2002, é o Ministério da Saúde que tem a tutela da Saúde Escolar, competindo a sua implementação, no território nacional, aos Centros de Saúde. Neste momento o Programa Nacional de Saúde Escolar, da DGS de 2007, serve de suporte como fio condutor à actuação da equipa de saúde no âmbito da saúde escolar.

A orientação técnico – normativa tem sido, até agora, o Programa – tipo de Saúde Escolar, aprovado em 1995 e vocacionado para a elevação do nível educacional e de saúde da população escolar.

É importante referir que a maior parte dos problemas de saúde e de comportamentos de risco, associados ao ambiente e aos estilos de vida, pode ser prevenida ou significativamente reduzida através de Programas de Saúde Escolar efectivos. Os estudos de avaliação do custo – efectividade das intervenções preventivas têm demonstrado que 1 euro gasto na promoção da saúde, hoje, representa um ganho de 14 euros em serviços de saúde, amanhã (DGS, 2007).

1.1.1 – Trabalho Em Equipa

Os conceitos de “trabalho”, bem como o de “equipa”, são noções que estão incluídas na essência das profissões associadas à saúde, como é o caso da enfermagem. No entanto, no que se refere à formação dos profissionais de saúde, a (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1988), afirma que estes devem ter a hipótese de aprender a trabalhar em conjunto, sendo atribuída tanta ou até mais relevância às competências relacionais (Saber Ser e Saber Estar) do que às instrumentais (Saber Fazer) e cognitivas (Saber Saber).

Graça (1992) afirma ainda, em consonância com o que foi referido pela OMS, que na maioria dos casos uma equipa falha por falta de capacidades no que respeita às relações humanas, por falta de liderança eficaz ou ainda por falta da heterogeneidade das competências e papéis. O trabalho em equipa implica, portanto, que os indivíduos efectuem em conjunto tarefas ou missões concretas, nomeadamente a expressão da linguagem profissional.

Para (Loff, 1994), o trabalho em equipa consiste na actividade sincronizada e coordenada de vários profissionais de categorias diferentes, com o intuito de cumprir objectivos comuns. Isto acontece, ainda de acordo com este autor, pois o resultado final, ou seja, a equipa, é diferente da soma do trabalho de cada profissional isoladamente, sendo muito mais vantajoso e benéfico para os utentes o trabalho em equipa dos profissionais de saúde.

Actualmente, é impossível para os profissionais de saúde trabalharem separadamente, por um lado, devido à complexidade dos casos dos utentes que vão surgindo nos serviços de saúde e, por outro lado, devido ao desenvolvimento tecnológico, bem como à explosão e fragmentação do conhecimento.

Os técnicos de saúde fazem então parte de uma equipa e, como tal, devem saber executar as suas actividades em interacção entre eles para que seja possível alcançar a melhoria da prestação de cuidados.

Para, (Graça, 1992) a equipa de cuidados de saúde primários é nuclear, sendo formada por três elementos no mínimo (um médico, um enfermeiro e um administrativo), os quais são responsáveis pela prestação de cuidados de saúde a cerca da 1500 utentes de uma determinada área geograficamente delimitada, na qual se poderá eventualmente juntar um técnico sanitário, um médico de saúde pública, um técnico de serviço social, entre outros.

É então fundamental que os elementos constituintes desta equipa contactem entre si habitualmente e prestem cuidados de saúde integrados. Neste âmbito, para que seja possível responder de forma eficaz a todas as solicitações feitas pelos utentes, torna-se fulcral que os profissionais de saúde reúnam esforços no sentido de efectuar um verdadeiro trabalho de equipa. Este trabalho deve ser baseado na cooperação e no contacto regular, face a face, envolvidos numa acção coordenada, cujos membros contribuem de um modo empenhado, competente e responsável para a realização de uma determinada actividade.

Nessa perspectiva, segundo o que foi abordado pela OMS, e referido posteriormente por (Graça, 1994), o trabalho em equipa é influenciado por vários pressupostos que são válidos para todas as organizações de saúde:

- Partilha de objectivos comuns, em que cada membro da equipa deve ter uma definição clara e precisa da missão da equipa;
- Compreensão e aceitação dos papéis e funções de cada um. Neste caso, um grupo isolado reúne condições para trabalhar em conjunto, como uma equipa, depois de todos os seus membros conhecerem e aceitarem os papéis de cada um; ou seja, devem ser definidas as tarefas de cada elemento, para que a equipa consiga atingir os seus objectivos e metas;
- Existência de recursos humanos e materiais suficientes. A falta de um destes elementos compromete o trabalho de equipa;
- Cooperação activa e confiança mútua, onde as pessoas podem exprimir-se abertamente e sem receio. É ainda indispensável que exista, tanto dentro como fora dos serviços,

um clima que seja propício à criação e funcionamento das equipas de trabalho, o que implica estar atento ao meio ambiente pertinente da equipa (Centro de Saúde e Comunidade);

- Liderança adequada e eficaz, com uma rede de comunicação circular, aberta e multidireccional. Deste modo, o líder de um serviço desta natureza deve emergir do grupo e não ser imposto, uma vez que este aspecto poderá conduzir a determinadas decisões. No primeiro caso, a equipa de trabalho implica uma comunicação aberta, multidireccional, embora possa ser menos eficiente (em termos de custos homem/hora), mas mais eficaz. O Centro de Saúde, como sistema aberto por excelência, dificilmente pode funcionar de um outro modo, sob pena de caminhar para a entropia e disfuncionamento. Contudo, na casa de um grupo hierárquico tradicional, há uma unidade de comando em que a comunicação é fechada e unilateral;
- Mecanismos de *feedback* e de avaliação. Nestas situações, as atitudes e comportamentos dos profissionais têm inevitavelmente que ser avaliadas, uma vez que este é único modo de se conseguir obter um funcionamento de uma equipa e assegurar a sua direcção.

Ainda segundo o autor citado anteriormente, o trabalho realizado em equipa apresenta diversas vantagens, que se encontram descritas seguidamente:

- Existe uma maior partilha de informações, assim como maior variedade e diversidade das fontes;
- Os elementos da equipa apresentam maior motivação para o desempenho das suas funções, para procurar soluções criativas, implementar decisões, o que, na maioria dos casos, resulta do estímulo provocado pela presença dos restantes membros da equipa e pelo aumento do espírito crítico e de capacidade de autocrítica;
- O grupo constitui um sistema; ou seja, é visto como um todo, sendo superior à soma do trabalho dos seus elementos de forma individual. Existe portanto uma perspectiva mais global na resolução das questões, uma melhor compreensão e integração da informação relevante;
- O grupo tende a polarizar-se, sendo este capaz de adoptar mais facilmente posições arriscadas e inovadoras, menos conservadoras, assumindo também os riscos e as consequências dos mesmos.

Contudo, o trabalho em equipa não apresenta exclusivamente vantagens e, como é afirmado por (Graça, 1994), é possível verificar igualmente as seguintes desvantagens:

- Menor eficiência, pois os grupos dependem não só do tempo, como também dos recursos monetários, pois é necessário tempo para que se possa conhecer o grupo, exprimir ideias, interagir, criticar, integrar pontos de vista, entre outros;
- Conformismo ou efeito de nivelamento, pois as pessoas que fazem parte da equipa tendem a seguir e adoptar o ponto de vista dominante. É ainda possível afirmar que os elementos da equipa de saúde também podem sentir-se inibidos, podendo constituir obstáculos à comunicação;
- Diluição das responsabilidades, uma vez que as decisões tomadas em grupo tendem a atenuar a responsabilidade individual;
- Conflituosidade latente, isto é, o grupo pode ser paralisado caso existam objectivos, estratégias e interesses que não são explicados nem devidamente discutidos, podendo assim originar conflitos;
- Diferenças de estatuto, dado que dentro de uma organização cada pessoa tem um determinado papel, podendo conduzir a uma falta de diversidade e de pluralismo no grupo;
- Dificuldade na comunicação, pois os grupos conformistas e de grande coesão apresentam uma tendência para sobrevalorizar a concordância, evitar a discussão, inibir a expressão de sentimentos negativos e ainda partilhar estereótipos.

Por fim, é pertinente referir que, apesar das vantagens e das desvantagens que o trabalho em equipa apresenta, actualmente trata-se de uma exigência e um desafio para todos os profissionais e não profissionais, que estão empenhados na cooperação intersectorial em saúde. Deve por isso ser considerada como uma experiência inovadora no âmbito da saúde, susceptível de afectar de um modo positivo a satisfação tanto dos utentes como dos profissionais.

1.1.2 – Equipa de Saúde

O método de trabalho por equipa permite que cada membro da equipa coopere com os seus conhecimentos especializados e com as suas habilidades. Pressupõe a existência de um líder. O líder da equipa deve identificar e reconhecer o valor de cada membro da equipa e

conceber a todos autonomia, pois, desta forma, pode aumentar o nível de satisfação de cada elemento do grupo e logo a satisfação de todo o grupo, e um grupo satisfeito será um grupo motivado.

Hoje em dia a organização do trabalho baseia-se no desempenho de equipas multidisciplinares. Pois se entendermos o Ser Humano na sua totalidade e de forma indissociável, torna-se claro que a prestação de cuidados de forma isolada é completamente desajustada. Pois nenhum profissional de saúde consegue por si só dar resposta a todos os aspectos que compreende o Ser humano: aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

Pelo que a equipa de cuidados de saúde primários deverá ter por base os objectivos deste nível de prestação de assistência, entendendo-se como um grupo de indivíduos com contributos distintos mas, que partilham a mesma metodologia, frente a um objecto comum. Para (Palmeiro; *Et. al.*, 1992) a equipa de saúde é considerada como sendo: um grupo de pessoas que procuram atingir um objectivo comum, para o qual cada um contribui com as suas competências e aptidões e em coordenação com as funções dos outros membros da equipa. As modalidades e a existência de tal cooperação são variáveis e deverão ser fixadas para cada sociedade, tendo em conta as necessidades, os recursos disponíveis.

Em Portugal as equipas que prestam serviço nos Centros de Saúde, têm em conta os profissionais que exercem funções essenciais para a prestação de Cuidados de Saúde Primários, e são constituídas por: administrativo, enfermeiro e médico.

1.1.3 – O Enfermeiro na Equipa de Saúde

O trabalho de equipa no âmbito da enfermagem é extremamente relevante, pois se para tratar uma doença é necessário apenas um único profissional, para cuidar de um indivíduo com uma doença é indispensável uma equipa multidisciplinar, onde a especificidade de outras profissões de saúde concorrem para a globalidade e melhoria dos cuidados prestados.

Embora as vantagens do trabalho de equipa sejam abordadas há já algum tempo, em termos de prática as equipas eram institucionalizadas, nucleares e médico – cêntricas, isto é, o médico assumia a responsabilidade integral pela prestação dos cuidados à pessoa.

Nesta perspectiva, todos os outros elementos da equipa de saúde eram considerados, única e exclusivamente, como executores de tarefas prescritas. Vivia-se assim uma relação pautada mais por dominação/subordinação, do que de cooperação e envolvimento.

Deste modo, com o evoluir do tempo, os conceitos modificaram-se e os princípios orientadores do cuidar enraizaram-se, tendo sido lentamente partilhados e interiorizados.

Por outro lado, os direitos dos doentes foram discutidos à medida que a incumbência dos deveres e as responsabilidades dos enfermeiros foram surgindo. Foi então que o cuidar em enfermagem se afirmou, alcançando assim uma compreensão distinta, entre os diversos cuidados de saúde, ao mesmo tempo que o enfermeiro se assumiu sem medos nem preconceitos como prestador autónomo dos cuidados de enfermagem. O alvo deste tipo de cuidados era então o utente e sua família, inserido simplesmente num contexto de actuação multidisciplinar, dentro da equipa de saúde.

Para além disso, o enfermeiro passou a ter um papel predominante no interior da família, uma vez que passou a estar mais tempo com o utente e formou, em parceria com o mesmo, um elo de ligação entre o utente/família e a restante equipa de saúde. Este elo de ligação tornou-se muito favorável para o doente pois permitia a satisfação das suas necessidades, garantindo deste modo os cuidados globais, integrais e os complementares.

Espera-se então dos enfermeiros uma disponibilidade infinita, sem qualquer tipo de preconceitos e julgamentos, de forma a assumirem um papel dinâmico e interactivo na equipa multidisciplinar.

Assim, trabalhar em equipa implica necessariamente investir, envolver e sensibilizar todos os seus elementos para a importância do contributo de cada um em relação à complementaridade, autonomia e às competências inerentes a cada profissional que integra a equipa interdisciplinar, multidisciplinar ou pluridisciplinar.

De acordo com uma perspectiva sistémica do indivíduo, inserida num contexto sóciofamiliar, o conceito de equipa deve ser alargado à multidisciplinaridade, envolvendo deste modo a comunidade e apelando para a interdependência de determinadas funções. Esta tem como intuito oferecer um maior número de cuidados e com melhor qualidade.

No entanto, o trabalho em equipa pode constituir um verdadeiro desafio, pois apesar da equipa estar formada fisicamente, em muitas situações esta não funciona de forma adequada e a complexidade dos casos que vão surgindo não podem ser resolvidos individualmente. Torna-se então fundamental que as respostas em termos de cuidados sejam adequadas ao utente e à sua situação. Para que tal seja possível, estes devem ser discutidos por toda a equipa de saúde e todas as opiniões devem ser consideradas com respeito, responsabilidade e dignidade.

Neste âmbito, podemos referir que a eficácia da equipa de saúde se deve à diversidade específica que cada elemento pode transmitir, nomeadamente a partilha de conhecimentos e de objectivos comuns. É ainda de salientar que o trabalho em articulação e a complementaridade com os restantes elementos da equipa também contribui para a sua eficácia, o que irá permitir conciliar os pontos de justaposição da sua intervenção com o dos outros profissionais e uma abertura aos métodos e áreas de competência de cada um, através de um clima de respeito, confiança e cooperação. Deste modo, as pessoas podem então exprimir-se livremente e sem qualquer tipo de receio.

O trabalho em equipa afirma-se deste modo, como já foi referido anteriormente, como um desafio para todos os profissionais, quer sejam enfermeiros, médicos ou outros técnicos de saúde, devendo por isso ser considerada como uma necessidade e entendida como uma entidade dinâmica, que concilia as necessidades dos utentes.

É então possível verificar que, através do resultado do trabalho em equipa na área da saúde, o enfermeiro deve compreender que depende de si a satisfação do utente, a qualidade na continuidade dos cuidados, a segurança e a eficácia dos procedimentos, que no seu todo garantem uma prestação de cuidados seguros.

Deste modo, o trabalho em equipa torna-se susceptível de afectar de uma forma positiva tanto a satisfação dos utentes como a satisfação dos profissionais de saúde.

A equipa de enfermagem vai fazer com que cada elemento da equipa contribua com conhecimentos especializados que possui e ainda com as suas habilidades. Para além disso, o líder, deve ser capaz de identificar e reconhecer o valor de cada membro que compõe a sua equipa e conceder a todos autonomia, uma vez que só assim pode ampliar o nível de satisfação dos elementos no trabalho.

O enfermeiro é então responsável não só por ter conhecimento acerca das necessidades de todos os utentes que estão a cargo da sua equipa, como também, por planear a realização de cuidados individualizados para cada utente.

Cada membro da equipa recebe o máximo de autonomia que seja possível para a realização das suas funções, embora a equipa de enfermagem partilhe as responsabilidades que possui, de uma forma colectiva.

1.2 – Infância

Etimologicamente a palavra infância vem do latim, *infantia* e refere-se ao indivíduo que ainda não é capaz de falar (Castro, 2005). A palavra infância como o período de crescimento que vai do nascimento até à entrada na puberdade por volta dos doze anos de idade (Digest, 1992). Caracteriza-se por uma inteligência concreta, uma afectividade exigente ainda que dirigida para si mesma, uma curiosidade sempre insatisfeita e um organismo em pleno crescimento. Do nascimento à puberdade, a infância revela todas as possibilidades físicas e psicológicas que a adolescência afirmará numa personalidade única. Daqui o papel determinante dos pais e educadores na formação e desenvolvimento da criança.

O movimento de particularização da infância ganha forças a partir do século XVIII, a família sofre grandes transformações e criam-se novas necessidades sociais nas quais a criança será muito valorizada, ocupando a centralidade na dinâmica familiar. A partir daqui o conceito de infância evidencia-se pelo valor do amor familiar: as crianças passam dos cuidados das amas para o controle dos pais e, posteriormente da escola.

A infância e a criança tornam-se objecto de estudos e saberes de diferentes áreas, constituindo-se num campo temático de natureza interdisciplinar. É um período de grande desenvolvimento físico, marcado pelo gradual crescimento em altura e do peso da criança é também um período onde o ser humano se desenvolve psicologicamente, envolvendo graduais mudanças no comportamento e na aquisição das bases da sua personalidade. Os pais são os principais modelos da criança, com quem eles aprendem, principalmente por imitação. Filhos de pais que os abusam ou negligenciam tendem a sofrer de vários problemas psicológicos. A principal actividade das crianças é brincar, e a brincadeira é responsável por estimular o desenvolvimento do seu intelecto e a coordenação motora.

1.2.1 – Alterações Psicológicas da Infância

Até aos 18 meses de idade a infância é caracterizada pelo egocentrismo, pois o bebé não compreende que faz parte de uma sociedade, e o mundo gira em torno de si próprio. Posteriormente passa a compreender melhor o mundo à sua volta, e a aprender que existem regras que têm que cumprir. Muitas vezes vê as outras pessoas mais como objectos do que como pessoas, não sabendo que estas possuem sentimentos próprios. Assim até aos 3 anos de

idade a criança muitas vezes prefere brincar sozinha, geralmente nesta idade já é capaz de diferenciar pessoas do sexo masculino e feminino, começando também a ter as suas preferências em roupas e entretenimentos, pode ser capaz de antecipar acontecimentos.

Entre os 3 e os 4 anos de idade começam a desenvolver os aspectos básicos de responsabilidade e de independência. São altamente activas e aprendem que na sociedade existem coisas que eles podem ou não fazer. Já compreendem melhor o mundo á sua volta, e que as suas atitudes podem afectar as outras pessoas. Passam a compreender que as pessoas que as rodeiam também possuem sentimentos, ou seja aprendem que há padrões de comportamentos, sendo os pais que geralmente determinam se uma acção foi boa ou má, recompensando-as ou castigando-as.

É também a partir dos 3 anos de idade que a criança se passa a identificar com outras pessoas por vários motivos, incluindo laços de amizade. Interiorizam também os estereótipos da sociedade relativamente aos sexos (menino brinca com carrinhos, menina com bonecas). A criança nesta idade desenvolve a auto-imagem, que pode ser positiva ou negativa, dependendo das atitudes e das emoções das pessoas com as quais a criança se identifica. Crianças com auto-imagens positivas possuem geralmente boas impressões dos seus pais e uma vida social activa. Auto-imagens negativas costumam ser fruto de famílias disfuncionais onde o relacionamento entre os seus membros é problemático.

O período entre os 5 e os 9 anos de idade é marcado pelo desenvolvimento psicológico da criança, verificando-se um amadurecimento social, emocional e mental. A vida social da criança é cada vez mais importante e é comum existir nesta faixa etária o melhor amigo. Passam a racionalizar os seus pensamentos e as suas crenças, analisam os padrões de comportamento ensinados pela família e sociedade, e comparam-se com outras crianças da mesma faixa etária. São estes dois factos aliados ao crescimento da vida social da criança, com a entrada na escola, que diminuem a importância dos pais e da família como modelos de comportamento da criança e aumenta a importância dos amigos e professores.

A partir dos 10 anos inicia-se a chamada pré-adolescência, as crianças passam a ter mais deveres, exigem mais respeito das outras pessoas, principalmente dos adultos. Compreende melhor a sociedade e os grupos, o que torna esta faixa etária uma área instável de desenvolvimento psicológico. A participação em grupos de amigos passa a ser de maior importância para a criança, onde o modelo dado pelos amigos começa a ser mais valorizado do que o dado pelos pais.

1.2.2 – Alterações Físicas na Infância

Dos 0 aos 18 meses, há um crescimento muito rápido, surgem os primeiros dentes e cabelos, soltam as primeiras palavras. A criança nesta fase é completamente dependente de terceiros, aprende actos básicos como sentar, gatinhar e andar.

Dos 18 até aos 3 anos verifica-se um abrandamento do crescimento, pode correr distâncias curtas, comer sem ajuda, emitir palavras com significado sendo o desenvolvimento da fala e da linguagem o aspecto primordial desta idade. Aos 3 anos a criança já pode formar frases completas e correctas gramaticalmente.

Entre os 5 e os 9 anos caem os dentes de leite, verifica-se um abrandamento do aumento do peso e da estatura que é semelhante entre o rapaz e a rapariga.

A partir dos 10 anos, na fase da pré-adolescência, há intensas transformações físicas que modificam a criança tornando-a gradualmente num adulto.

1.3 – Prevenção e Educação para a Saúde na Infância

A qualidade de vida é um dos objectivos da vida humana mais desejado e perseguido por todos os indivíduos desde o seu nascimento até à morte. Tanto a saúde como a doença, são consideravelmente influenciadas por factores individuais, sociais e ambientais. Actualmente, a perda da saúde e as mortes prematuras estão estreitamente ligadas ao estilo de vida, ou seja, à adopção por parte de indivíduos, grupos e comunidades de comportamentos saudáveis.

Uma das actividades mais importantes no exercício da profissão de enfermagem é a educação para a saúde, acção implícita em toda a dimensão do cuidar o indivíduo, a família e comunidade. A educação para a saúde é feita pelos profissionais de saúde em todos os contactos que têm com as crianças, contactos esses que podem ocorrer a nível individual ou em grupos. O local de eleição para este tipo de intervenção tem sido o meio escolar, integrando as actividades nos programas que são desenvolvidos de saúde escolar e saúde oral. A polivalência cada vez maior da prática de enfermagem converte a educação para a saúde, num instrumento básico e eficaz ao serviço dos indivíduos e da comunidade, potenciando as capacidades dos indivíduos, quer pela prevenção, quer pela promoção e adopção de condutas que o ajudem a conservar e melhorar a sua saúde. Promover a actividade física, a manter uma alimentação saudável, favorecer a higiene do sono, prevenir acidentes, ensinar a fazer o uso

adequado dos medicamentos e a evitar os consumos nocivos, são alguns dos campos dos nossos cuidados ao serviço da comunidade.

Considera-se como objectivo da educação para a saúde, a participação não só individual como também colectiva na concepção e desenvolvimento das actividades de promoção e recuperação da saúde. O comportamento diário em matéria de saúde e os saberes utilizados para enfrentar problemas específicos, integram-se num processo de aprendizagem ao longo da vida, e não se alteram facilmente. Uma atitude favorável a uma conduta de saúde tem de poder contar com os instrumentos que permitam a mudança. Para tal são essenciais meios que facilitem a alteração dos comportamentos, tal como acções de suporte facultadas pelas instituições de saúde, no meio escolar e familiar, entre outros. É necessário iniciar precocemente programas de educação para a saúde, ou seja, nos períodos da vida em que as modificações têm maior probabilidade de acontecer, sendo ainda necessário realizar uma avaliação que permita verificar a sua pertinência e eficácia.

1.3.1 – Estilos de Vida Saudáveis na Infância

Por mais eficientes que sejam os serviços de saúde que a sociedade possa oferecer aos seus cidadãos, a prevenção da doença e a preservação da saúde, dependerão sempre, numa larga medida, da adopção de estilos de vida saudáveis por parte das pessoas.

Os estilos de vida, não se podem considerar o resultado de dotes inatos ou de inclinações naturais da personalidade de cada um. Pelo contrário, são acima de tudo o resultado do combate a comportamentos de risco e da aquisição de conhecimentos e competências necessárias à adopção de hábitos e rotinas saudáveis.

Segundo a (DGS, 2007), os estilos de vida são entendidos como um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia do ser humano, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida. De acordo com a (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1986), os estilos de vida estão ligados aos valores, às motivações, às oportunidades e a questões específicas relacionadas com aspectos culturais, sociais e económicos. Assim, não há um mas vários estilos de vida saudáveis.

A sua compreensão assenta em factores individuais (atitudes, interesses, informação, educação) e em factores ambientais como grupo familiar, grupo social, ambiente de trabalho

ou escola, e comunidade onde se está inserido. Outros factores mais sistémicos do envolvimento, tais como o sistema social, instituições, cultura, regime político, bem como as características do nicho ecológico e geográfico, também influenciam os estilos de vida. Estes factores estão em permanente interacção e moldam no indivíduo os comportamentos ligados à saúde e ao risco.

Promover a saúde na infância tem a ver com estilos de vida saudáveis, reduzindo outros mais ligados ao risco e a doenças, o que se relaciona, segundo a carta de Ottawa (OMS, 1986) com um processo de capacitação das pessoas para o aumento do seu controlo sobre a saúde.

O estilo de vida individual, caracterizado por padrões de comportamento identificáveis, pode ter um efeito profundo na saúde individual e colectiva. Por este facto é de extrema importância que as crianças adquiram precocemente estilos de vida saudáveis, que consciencializem desde cedo boas práticas e bons hábitos de vida, para que venham a ser adultos saudáveis.

Promover um estilo de vida saudável prende-se com medidas quotidianas, que tornem a opção por estilos de vida saudáveis, a opção mais fácil e prestigiante do ponto de vista do reconhecimento social. Revela-se particularmente importante na adolescência, fase do desenvolvimento em que a adopção de estilos de vida saudáveis é olhada como aborrecida, desprestigiante e desinteressante, ao passo que os consumos nocivos são vistos como excitantes e fonte de prestígio social. Dos técnicos de saúde espera-se que, no desempenho das suas funções, assumam uma atitude permanente de *empowerment*, o princípio básico da promoção da saúde.

1.3.2 – Lazer e Tempos Livres na Infância

O lazer é um fenómeno social de reconhecida importância na sociedade moderna, principalmente em determinados grupos etários, como por exemplo, as crianças. É um meio privilegiado para o desenvolvimento pessoal e social sendo um aspecto importante da qualidade de vida. Propicia uma variedade de oportunidades com vista a promover a saúde, possibilitando aos indivíduos e grupos escolherem actividades e experiências que se adequam às suas próprias necessidades, interesses e preferências. A ocupação dos tempos livres em práticas de lazer saudáveis favorece o equilíbrio e o bem-estar geral das crianças.

Os estilos de vida saudáveis, apontam para práticas de lazer activas que devem substituir o crescente sedentarismo que é responsável, entre outros, por doenças como a obesidade, que na actualidade afecta numerosos adolescentes. É pertinente olhar para o lazer numa óptica da saúde e bem-estar do jovem.

A diversidade de situações sociais e culturais em que o adolescente se insere, enriquece a sua experiência, mesmo no âmbito das práticas de lazer, dessas manifestações, a cultura dos tempos livres é a que melhor caracteriza a juventude. Assim, observamos que as crianças de hoje valorizam a música, o desporto, as viagens e o vencer a noite de uma forma diferente dos seus pais. Essas vivências favorecem a sua aprendizagem na gestão do tempo, aquisição de autonomia e responsabilidade. As diversas actividades complementam a formação das crianças de forma equilibrada e harmoniosa, ao mesmo tempo que enriquecem a experiência sócio cultural e desenvolvem a criatividade.

De uma forma geral, os tempos livres são momentos inesquecíveis para iniciativas juvenis que marcam a sua evolução no ciclo de vida.

1.3.3 – Actividade Física e Desporto na Infância

Actualmente observam-se mudanças rápidas e profundas nas condições de vida e nos factores que influenciam a saúde. Portugal tem vindo a assumir os problemas de saúde das sociedades urbanizadas e industrializadas. O número de crianças que trocam a prática de desporto e outras actividades para ficar em frente a um computador aumenta de dia para dia. Este vício não influencia apenas o lazer e o raciocínio, mas acarreta também problemas físicos, isolamento no mundo e queda no desempenho escolar (Gouveia, *Et al.* 2007; Matthews. *Et al.* 2007).

Assim, o estilo de vida, referindo-se ao conjunto de comportamentos e hábitos do indivíduo que podem afectar a saúde, tem vindo a ocupar um lugar cada vez de maior importância em relação à saúde e à qualidade de vida dos indivíduos.

A actividade física como um dos comportamentos sobre o qual o indivíduo detém uma larga margem de controlo voluntário é encarada como o produto de um padrão de comportamento. Pressupõe que os conceitos de saúde sejam transformados em questões de estilos de vida e bem-estar, susceptíveis de ser controlados por alterações de comportamento. Deste modo, a actividade física e o desporto deverão ser vistos, na sua maior abrangência,

como parte de um estilo de vida que concomitantemente com outros comportamentos positivos, podem ser benéficos para a saúde. Na prática do desporto, as crianças assumem um papel activo, adquirindo e desenvolvendo valores como o auto controlo, a resistência, o cumprimento de regras, a solidariedade e a responsabilidade.

Existe uma relação directa e positiva entre a actividade física e a qualidade de vida, bem-estar psicológico, a ansiedade e o stress, a depressão a auto estima e as funções sociais. É na relação estabelecida entre a saúde, o lazer e a actividade física, que se concretiza o conceito de vida activa entendida como um modo de vida em que as experiências de actividade física são valorizadas e integradas no quotidiano. Vida activa também é uma perspectiva holística, em que a actividade depende do querer de cada indivíduo, em ser activo, perspectivando um elevado grau de autonomia pessoal.

O exercício físico representa outro comportamento que deve ser profunda e correctamente alterado nas crianças quando se trata de obesidade infantil, com o fim de prevenir e tratar a mesma.

Hoje em dia as crianças permanecem demasiado tempo em casa, nos seus quartos, sentadas ou deitadas na cama, jogam, ou sentam-se em frente ao computador, assistem vídeos ou não tiram os olhos da televisão.

O ganho de peso acima do normal é geralmente estimulado nos primeiros anos de vida, pois a família, principalmente mães e avós têm a ideia de que bebé gordinho é sinal de saúde, no entanto, a obesidade deve ser prevenida desde o nascimento, uma vez que um aumento ponderal excessivo multiplica o número de células adiposas e favorece o aparecimento da obesidade no futuro.

O exercício é considerado uma estratégia para ‘queimar’ a gordura excessiva. No entanto muitas crianças desaproveitam o exercício físico praticado nas escolas, o que é um reflexo da sociedade de consumo em que vivemos. Assim, o principal objectivo consiste em fornecer às crianças noções básicas acerca da importância do exercício físico, de forma a criar bons hábitos, aumentando a autoconfiança e a auto-estima. Lutar pela melhoria da saúde geral das crianças é gerar benefícios no seu desenvolvimento.

Fornecer aos pais e educadores de infância, informação corrente no que respeita a exercício físico e nutrição, bem como outros aspectos relacionados, de maneira a encorajar a participação da família num programa de exercício físico e bem-estar, encorajando as crianças obesas a alterar os seus comportamentos.

Diversos especialistas defendem que as crianças deveriam fazer exercício ou manter actividade física durante pelo menos hora e meia diária. Assim, integrado em qualquer plano curricular podem-se sempre aliar actividades lúdicas e juntar o útil ao agradável.

1.3.4 – Alimentação

Um aspecto muito importante de aquisição de conhecimentos e hábitos de vida saudáveis relaciona-se com a alimentação.

Em simultaneidade com os princípios da educação alimentar e da alimentação saudável, a qualidade e a quantidade de géneros alimentícios, sólidos ou líquidos, ingeridos tem um impacto enorme na saúde e bem-estar dos jovens. Com efeito, verifica-se que a alimentação tem consequências directas na saúde global do indivíduo.

Por exemplo, estima-se que um excesso de peso na ordem dos 40% seja suficiente para duplicar o risco de morte prematura, quando comparado com um indivíduo normoponderal. Ainda, no caso do adulto, para um Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 30, estima-se que haja um aumento de 50 a 100% de risco de morte precoce.

Para o desenvolvimento de diabetes tipo II, o risco duplica quando o aumento de peso do indivíduo é de 24 a 40 quilos.

O problema da obesidade infantil tem vindo, também, a apresentar valores crescentes e preocupantes em Portugal. Alguns estudos apontam valores na ordem de 30% de crianças e jovens com excesso de peso e cerca de 11% com obesidade (Rito, 2010).

Uma alimentação saudável e equilibrada é um factor determinante para ganhos em saúde.

É sempre possível recuperar o estado de distúrbio alimentar, como é a obesidade, desde que o primeiro passo seja dado, sendo esse reconhecer que se tem um problema e procurar ajuda junto de pessoas significativas, no caso da obesidade infantil, isto são passos que são da responsabilidade dos pais da criança, sendo que muitas vezes há a intervenção cognitiva – comportamental por parte de profissionais.

Tudo deve ser feito para que na idade adulta os alimentos sejam uma fonte de prazer e de bem-estar, não constituindo uma ameaça para a saúde física e mental.

Como forma de prevenir a obesidade, existem uma série de passos que podem ser adoptados e as pessoas devem ser educadas com o fim de melhorar a sua condição de saúde e a dos seus filhos:

- Escolher uma dieta nutritiva com base numa variedade de alimentos, preferindo e optando por alimentos de origem vegetal e diminuindo a ingestão de alimentos de origem animal;
- Reforçar a ingestão de pão integral, leguminosas secas e cereais, massas, arroz e batatas, várias vezes por dia «almoço e jantar», devido às suas propriedades nutritivas;
- Fortalecer a ingestão de frutas variadas e de vegetais frescos, pois têm aporte vitamínico e mineral adequado às necessidades das crianças, tendo atenção à sua origem, processo de crescimento e conservação dos mesmos frutos e vegetais;
- Os pais devem vigiar e fazer os possíveis para que a criança mantenha o peso dentro dos limites recomendados (fazer os possíveis para conseguir obter e manter IMC entre 20 e 25);
- Evitar e controlar a ingestão de gorduras devendo substituir a maior parte das gorduras saturadas por óleos vegetais insaturados ou margarinas moles;
- Substituir as carnes gordas e produtos com carnes gordas por feijões, legumes, lentilhas, peixe (de qualquer espécie), frango ou outras carnes magras como o peru e o coelho;
- Estimular a ingestão de leite e seus derivados, de preferência magro ou meio gordo e com pouco sal.
- Dar preferência a alimentos com pouco açúcar, evitar alimentos com açúcar refinado e controlar a frequência de ingestão de bebidas doces ou guloseimas
- Diminuir e evitar o sal, assim a quantidade de sal ingerido por dia não deve exceder uma colher de chá, incluindo e tendo atenção ao sal existente no pão e alimentos pré-preparados, curados ou enlatados;
- Os alimentos devem ser preparados de forma segura e higiénica, dando preferência à cozinha ao vapor ou grelhados, de forma a diminuir a gordura usada na confecção dos alimentos.
- Os alimentos devem ser preparados de forma a cativar as crianças podendo usar-se formas que as crianças apreciem, como ursinhos, flores, carrinhos, etc.
- Evitar as dietas restritivas nas crianças, pois estas estão em crescimento e desenvolvimento e para isso necessitam da correcta proporção de todos os nutrientes que compõem a roda dos alimentos, pois a criança é totalmente dependente de uma alimentação saudável.
- Evitar e não estimular o consumo de bebidas alcoólicas.

▪ É muito importante que a criança seja estimulada inicialmente a ingerir pequenas e variadas refeições pois, se a quantidade de alimentos for em demasia e monótona, ela pode cansar-se e rejeitar os alimentos mais facilmente.

No período pré-escolar, é importante ter em atenção que é nesta idade que são adquiridos os comportamentos relacionados com a alimentação, é neste período que a educação alimentar deve ser reforçada. A criança deve ser incentivada a fazer 5 a 6 refeições por dia, devendo estes padrões manter-se ao longo da vida. A criança aprende desde cedo o significado cultural e social dos alimentos, desenvolvendo as suas preferências e rejeições. A boa educação alimentar promove uma alimentação saudável, o que transmitido de forma fundamentada leva a que os bons hábitos alimentares persistam para toda a vida.

1.3.4.1 – Refeitórios Escolares

É do senso comum que a educação pode também começar pelo prato. Os refeitórios escolares também têm um papel educativo, podem ser eles um dos principais responsáveis por inculcar aos alunos hábitos alimentares saudáveis, se optarem por uma dieta equilibrada do ponto de vista nutricional e tanto quanto possível variada, como não se cansam de alertar os especialistas, uma alimentação correcta na escola, complementada por uma dieta caseira sem excessos, é o melhor caminho para evitar situações de obesidade.

As refeições escolares devem contribuir para a melhoria da saúde dos alunos. As escolas devem distribuir leite, diária e gratuitamente, bem como promover acções no âmbito da educação e higiene alimentar. Desde 1984 que a criação, manutenção e administração dos refeitórios escolares compete às Câmaras Municipais, no entanto esse dever foi delegado, tendo sido assim transferido para as autarquias diversas competências em matéria de acção social escolar. As refeições servidas nos refeitórios deverão ser equilibradas, seguindo as normas gerais de alimentação. A vigilância passa também pelos encarregados de educação. Os pais devem estar atentos às ementas escolares e quando considerem que elas não são as mais apropriadas, têm o dever de protestar. É de frisar, porém, que os erros alimentares praticados nas escolas têm sobretudo origem nos bares. Grande parte destes espaços privilegia os alimentos hiper calóricos, chocolates, batatas fritas, refrigerantes, prestando assim um mau serviço aos seus utentes. Em vez disso, deveria proporcionar aos alunos a possibilidade de poder comprar fruta e sandes variadas sempre confeccionadas com legumes.

A escola é um local de excelência para promover uma alimentação equilibrada com o fim de se evitar problemas como a obesidade, o que acarreta consequências negativas.

1.3.5 – Educação, Família e Comunidade

É no seio da família que a criança adquire os seus valores, princípios e as suas preferências, pelo que é importante que nos primeiros anos de vida sejam educados para a correcta aquisição de comportamentos. Mesmo que os problemas sejam muitos e que as crianças exijam muito de seus pais, estes não devem esquecer que esse papel é seu, que devem orientar as crianças para que estes desenvolvam mecanismos que os tornem aptos a viver em sociedade. A obesidade é um problema que a nível social tem repercussões nefastas para as crianças.

Cabe aos pais educar os filhos para que estes sejam mais fortes e em conjunto com equipas multidisciplinares «enfermeiro, dietistas, médicos, psicólogos», possam actuar com o fim de evitar a obesidade ou de a tratar, quando é esse o caso.

A sociedade tem um papel fundamental, as crianças procuram sempre exemplos, e a televisão e publicidade desempenham aí um papel fundamental, senão crucial, cabe então aos responsáveis tomar medidas para que a influência negativa sobre as crianças seja minimizada.

1.4 – Definição de Obesidade

A obesidade é uma doença crónica, recorrente e multifactorial, que apresenta grandes riscos para a saúde e que se torna bastante dispendiosa nas contas do estado. De acordo com o Programa Nacional de Combate à Obesidade, (DGS, 2005: 4), “estima-se que, em Portugal, os custos directos da obesidade absorvam 3,5% destas despesas”.

Esta não é uma perturbação psiquiátrica, mas sim uma doença desencadeada por comportamentos inadequados e resulta da interacção de vários factores, tais como a genética, a cultura ou o ambiente.

Afecta actualmente milhões de pessoas em todo o mundo, de todas as etnias e de qualquer idade, incluindo crianças. A forma como se distribui e prevalece parece estar

associada ao nível socio-económico e cultural dos diferentes povos, assim como aos estilos de vida sedentários e hábitos alimentares inadequados.

Trata-se de um problema de cariz estético e psicológico; além disso diminui a qualidade de vida, acarreta grandes riscos para a saúde, e traz com ela inúmeras patologias associadas que mais tarde provocarão a morte precoce do indivíduo.

Atinge em grande escala crianças e adolescentes de países desenvolvidos, apresentando actualmente Taxas de morbilidade e mortalidade muito elevadas.

Embora não seja nova, a obesidade assume agora proporções epidémicas, e está a aumentar exponencialmente. Presentemente, requer tratamento médico e intervenção atempada.

Caracteriza-se portanto por um desequilíbrio energético que se traduz na acumulação excessiva de gordura no organismo, e dá-se quando a ingestão de calorias é superior ao gasto energético, durante um longo período de tempo.

As calorias alimentares ingeridas são transformadas e armazenadas sob a forma de células adiposas, o exercício favorece a destruição dessas células. Logo, obesidade nem sempre significa que se come muito, pode também significar que se gasta menos do que o que se come. Quanto maior o armazenamento calórico, mais obeso será o indivíduo. Caso o indivíduo gaste a mesma quantidade que consome, o seu peso mantém-se, pelo contrário se gastar mais calorias do que ingere, emagrece.

1.4.1 – Tipos e Formas de Obesidade

Existem várias classificações que nos permitem distinguir os diferentes tipos de obesidade, podendo classificá-los de acordo com a sua etiologia, pela simples aparência corporal, pelas circunstâncias em que ocorre, enfim, várias perspectivas e várias formas de enquadrar o indivíduo obeso numa ou noutra categoria. Esta primeira classificação é a mais utilizada e distingue os obesos pela forma corporal que apresentam e pelas respectivas zonas de acumulação adiposa.

Obesidade andróide, abdominal ou visceral – o tecido adiposo acumula-se na metade superior do corpo, principalmente no abdómen. É predominante no sexo masculino. Encontra-se associada a complicações metabólicas «diabetes tipo 2, dislipidémias», a doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, doença coronária, a doença vascular cerebral), à

síndrome do ovário poliquístico e à disfunção endotelial «deterioração do revestimento interior dos vasos sanguíneos». O facto de se adquirir este tipo de patologias está directamente relacionado com a quantidade de gordura abdominal acumulada e não com a gordura corporal total. As pessoas com este tipo de obesidade têm uma forma corporal que se assemelha a uma maçã.

Obesidade ginóide ou subcutânea – o tecido adiposo deposita-se predominantemente na porção inferior do corpo, mais especificamente na região dos glúteos e das coxas. É característica do sexo feminino. Trata-se da acumulação de gordura da cintura para baixo, sendo que o corpo do paciente adquire a forma de uma pêra.

Obesidade Mista – o indivíduo tem os dois tipos de obesidade citados anteriormente.

As pessoas obesas com aspecto corporal em forma de maçã, têm mais probabilidades de adquirir patologias associadas à obesidade. A gordura visceral, contrariamente à subcutânea, dirige-se directamente para o fígado antes de circular até os músculos, podendo causar resistência à insulina, levando à hiperinsulinémia, e aumentando assim o risco de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão e doenças cardiovasculares. Quando estivermos na presença de uma circunferência abdominal de comprimento superior a 95 cm, estamos perante uma pessoa com alto risco de apresentação ou de desenvolvimento das patologias supracitadas.

1.4.1.1 – Obesidade Infantil

Tal como nos adultos, a obesidade infantil é determinada através do índice de massa corporal, mas estabelecidas através de curvas de crescimento. A obesidade infantil está a um passo de se tornar um problema de saúde pública, já que, o número de crianças com excesso de peso, não pára de aumentar. Os valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 95 permitem fazer o diagnóstico de obesidade, de acordo com o Programa Nacional de Combate à Obesidade (DGS, 2005) e a (DGS, 2006).

Tal como na situação adulta, a obesidade infantil também advém de factores que indiciam a doença, tais como: a influência genética e a alimentação como factor determinante. Quanto à influência genética, está provado que se um dos pais for gordo «com IMC igual ou superior a 25 kg/m²», o risco da criança vir mais tarde a sofrer de obesidade é de 30 a 40%; mas, se ambos os pais estiverem nesta situação, o filho tem 50% de hipóteses de também vir a ser obeso. A informação genética herdada dos pais, além de determinar muitos factores

hormonais e nervosos que influenciam o peso, condiciona o número, o tamanho e a distribuição pelo corpo das células adiposas «gordura».

O ambiente que rodeia a criança assume um papel determinante na evolução da obesidade. Também aqui, na obesidade infantil tal como na obesidade adulta, o descuido por parte dos pais quanto à educação da prática dos hábitos de vida saudáveis, associado ao sedentarismo e comodismo actual, leva ao seu aparecimento.

A obesidade pode ter graves consequências para a criança, tanto a curto como a longo prazo «adulto».

1.4.1.2 – Como Surge a Obesidade Infantil

A obesidade infantil surge principalmente porque existe um desequilíbrio entre a formação e a destruição de células adiposas no organismo. Todas as calorias que a criança ingere podem ser transformadas e armazenadas sob a forma de células adiposas, e o que gastamos permite a destruição dessas células.

Desta forma a obesidade pode dever-se a uma hiperfagia ou a um gasto insuficiente.

A obesidade relacionada com a hiperfagia, ou seja; comer demais é o mecanismo mais comum de surgimento da obesidade. A criança ingere mais calorias do que aquelas que necessita ou gasta, pelo que as células adiposas começam a acumular-se, fazendo com que a criança engorde. Esta hiperfagia pode estar relacionada com uma disfunção das estruturas de controlo da ingestão alimentar.

A nível orgânico são diversas as estruturas que estão relacionadas com o controlo da ingestão alimentar: a amígdala parece estar relacionada com a selecção do tipo e qualidade de alimento, as áreas corticais do sistema límbico e o hipotálamo. Na região lateral do hipotálamo localiza-se o núcleo do apetite e na região ventromedial o núcleo da saciedade. Estas estruturas são reguladas através de retrocontrolo pela passagem de alimentos pela boca «ingestão alimentar», pela distensão gastrointestinal (principalmente ao nível do estômago), pelo neuropeptídeo Y e pela leptina. Quando estes mecanismos sofrem uma alteração todo o processo se altera, sendo a hiperfagia neste caso patológica.

A obesidade relacionada com um gasto insuficiente pode estar associada á falta de actividade, ou seja, de movimento que gaste as calorias armazenadas. Ou pode ainda surgir por um metabolismo reduzido, ou seja, a criança ingere a quantidade necessária de energia no

entanto como tem um metabolismo mais lento, o processo de destruição das células adiposas é mais demorado, o que leva à sua acumulação, ocorrendo primeiramente excesso de peso, e posterior obesidade.

O critério seguido para a classificação de obesidade e excesso de peso é de acordo com o (Ministério da Saúde, 2006), em que é referido que para se realizar o diagnóstico de excesso de peso e de obesidade em função do IMC em crianças não se aplicam as regras de cálculo do adulto, devido às características dinâmicas dos processos de crescimento e de maturação que ocorrem durante a infância. Na criança, dada enorme variabilidade inter e intraindividual das velocidades de crescimento, não é possível definir exactamente a pré-obesidade e a obesidade. Assim, “o valor do IMC em idade pediátrica deve ser percentilado e tem como base tabelas de referência: Valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 85 e inferiores ao percentil 95 permitem fazer o diagnóstico da pré-obesidade; Valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 95 permitem fazer o diagnóstico da obesidade para a idade e género.

1.5 – Políticas de Saúde no Combate à Obesidade

O fenómeno da obesidade em rápida expansão alarmou os especialistas e políticos da União Europeia que assumiram o desafio através das suas políticas de segurança alimentar, saúde pública, educação, mercado interno, investigação e políticas agrícolas. Nomeadamente, através da criação de uma Plataforma Europeia de Acção da Saúde, Dieta e Actividade Física e da Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade, definida na Conferencia Ministerial da Organização Mundial de Saúde Europeia sobre a luta contra a obesidade em Novembro de 2006, que descreve as linhas de orientação para travar o aumento dos casos de obesidade nas crianças e nos adultos.

O reconhecimento da urgência de actuar a nível nacional na vertente da prevenção e alerta à população portuguesa, levou o Ministério da Saúde, através da DGS, a criar a Plataforma Contra a Obesidade. A sua implementação permitirá a diminuição e prevenção das doenças crónicas de elevada prevalência, como a diabetes e as doenças cardiovasculares e conduzirá a ganhos na prevenção de outras doenças como o cancro e as doenças osteoarticulares.

Uma das prioridades da Plataforma contra a Obesidade é seguramente a abordagem da obesidade infantil. O programa de combate à obesidade infantil, apresenta-se como uma

estratégia multifacetada onde o conhecimento epidemiológico através da realização de investigação que permita conhecer a prevalência da obesidade infantil e dos comportamentos alimentares e outros das crianças, bem como a prevenção no ambiente escolar assumem expressão máxima.

No espírito da Plataforma Contra a Obesidade este projecto reforça-se com a parceria instituída entre o Ministério da Saúde e Ministério da Educação que pretende firmar a importância que a escola assume no combate à obesidade Infantil e sobretudo na promoção de ambientes saudáveis escolares, com espaço e papel para todos os seus “actores” desde os pais, aos professores, às crianças, aos auxiliares de acção educativa aos cozinheiros, para que todos possam agir com a mesma linguagem. Na verdade as escolas portuguesas já desenvolvem importantes acções de educação para a saúde e de forma integrada com o Ministério da Saúde. É disto um bom exemplo, o protocolo entre a DGS e a Direcção-Geral do Desenvolvimento e Inovação Curricular no âmbito da educação para a saúde.

A estratégia de combate à obesidade infantil tem que ter por isso, um carácter claramente multisectorial. De facto, só através de uma acção global, conjunta, bem estruturada, envolvendo todos os «actores» interessados poder-se-á cumprir os objectivos da carta europeia contra a obesidade.

2 – ÁREA DE INFLUÊNCIA DO PROJECTO

A área de influência do projecto corresponde à área de influência do ACES do Médio Tejo II – Zêzere, sendo o projecto enquadrado nas actividades a desenvolver pela Unidade de Saúde Pública do Zêzere (USP). A USP intervém na área geodemográfica de influência do ACES do Médio Tejo II – Zêzere, correspondendo aos municípios de Abrantes, Constância, Ferreira do Zêzere, Mação, Sardoal, Tomar e Vila Nova da Barquinha, com 65 freguesias, e uma área geográfica de 1870 quilómetros quadrados. O conjunto dos 7 concelhos tem uma população de 116.472 habitantes, estando inscritos nos serviços prestadores de cuidados de saúde primários 123.894 utentes¹

Sendo o autor do projecto um dos elementos pertencentes à equipa da USP do Zêzere, este projecto enquadra-se numa necessidade sentida pelo coordenador da unidade, sendo que o projecto desenvolvimento numa fase posterior em todos os Centros de Saúde que constituem o ACES do Médio Tejo II – Zêzere, mas nesta fase será aplicado no Centro de Saúde de Mação e alargado numa fase posterior a todo o ACES do Médio Tejo II - Zêzere, com a inclusão de mais elementos da USP do Zêzere, como colaboradores no projecto.

2.1 – A População de Mação

A população sobre a qual vai incidir este trabalho, são os utentes com menos de 19 anos inscritos no Centro de Saúde de Mação. Para tal é importante o conhecimento a população com base nos meios disponíveis. O Centro de Saúde de Mação tem 7960 utentes inscritos (fonte: SINUS, 22-02-2011), distribuídos por cinco médicos de família, nove enfermeiros a tempo completo e uma enfermeira chefe.

¹ De acordo com Portaria nº 274/2009 de 18 de Março, publicada no Diário da República, 1ª Série – N 54 de 18 de Março de 2009 e, com a Portaria nº 276/2009 de 18 de Março, publicada no Diário da República, 1ª Série – N 54 de 18 de Março de 2009.

Num concelho com uma área geográfica superior a 400 quilómetros quadrados, com muita população isolada em aldeias desertificadas, e em que 37,83% da população tem mais de 65 anos de idade, e que só 13,05% dos utentes com idade \leq 19 anos.

Mação, geograficamente localiza-se no interior e sofre com o fenómeno da desertificação, provocado pela diminuição da população jovem, pela diminuição da natalidade e pela deslocação dos jovens para meios urbanos; a salientar que a população com menos de um ano de idade inscrita no Centro de Saúde de Mação é só de 0,36% (fonte: SINUS, 22-02-2011).

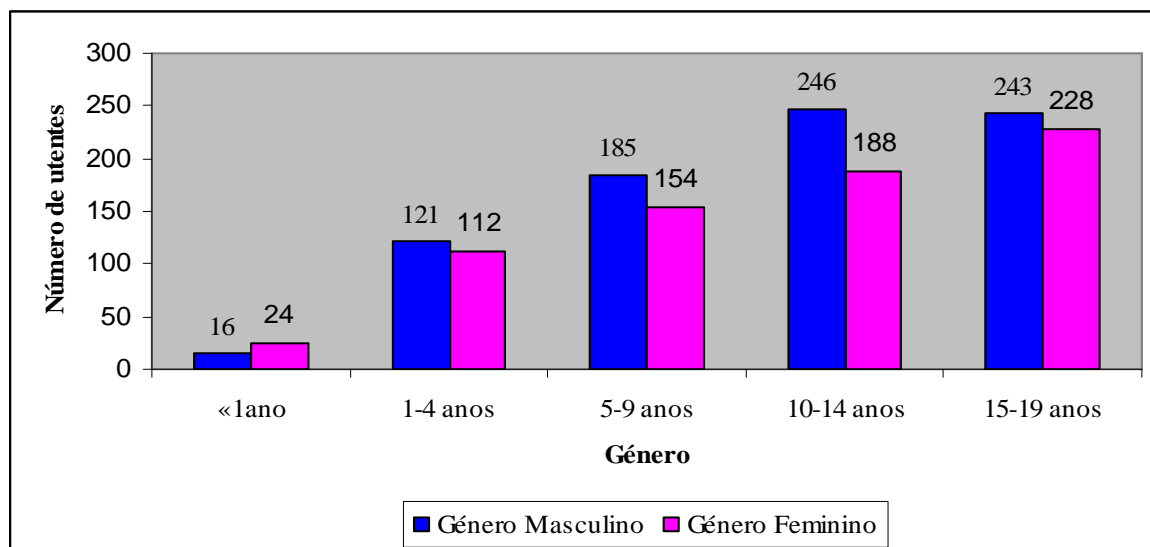
2.3 - Caracterização da População

Após a análise da tabela e do gráfico que se seguem verifica-se que são 1517 jovens os utentes do Centro de Saúde de Mação com idade \leq 19 anos, destes, a faixa etária menor representada é a dos jovens com idade \leq a 1 ano e são 2,64%, enquanto que a faixa etária mais representativa no grupo são os jovens dos 15 aos 19 anos de idade representado 31,05% dos jovens.

Tabela 1: Distribuição dos utentes com \leq 19 anos de idade de acordo com a idade e o género

Idade	Género		Total	
	Masculino	Feminino	n	%
	n	n	n	%
\leq1Ano	16	24	40	2,64
1-4 Anos	121	112	233	15,36
5-9 Anos	185	154	339	22,34
10-14 Anos	246	188	434	28,61
15-19 Anos	243	228	471	31,05
Total	811	706	1517	100

Fonte: SINUS, 22-02-2011

Gráfico 1: Distribuição dos utentes com ≤ 19 anos de idade de acordo com a idade e o género

De acordo com a análise da tabela e do gráfico que se seguem verifica-se que estão registados 98 exames globais efectuados às crianças nos anos 2009 e 2010, apesar das idades recomendadas para este tipo de registo serem para o 1º exame global de saúde ser dos 5 aos 6 anos, e para o 2º exame global de saúde serem dos 11 aos 13 anos de idade, (Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2002) estão registados exames globais de saúde também a crianças com 7, 14 e 16 anos de idade, esta situação tem a ver com o facto de para estes exames de saúde a equipa de saúde não tem por norma convocar as crianças para consulta, mas sim aproveita-se em muita vezes as situações de contactos que o utente faz por sua iniciativa, esta prática não está de acordo com o preconizado pela DGS, porque alguns dos utentes fazem o exame global de saúde em idades diferentes do recomendado, tendo optado por se incluírem esses utentes no estudo, uma vez que se pretende estudar todos os utentes com exame global de saúde efectuado.

Das crianças com exame global de saúde feito verifica-se que 41,8% são do género feminino e 58,2% são do género masculino e que as idades mais representadas são os 7 anos com 30,6% e os 13 anos de idade com 29,6%, a média de idades destas crianças é de 9,86 anos.

Gráfico 2: Distribuição dos utentes com exame global de saúde, feito de acordo com a idade e o género

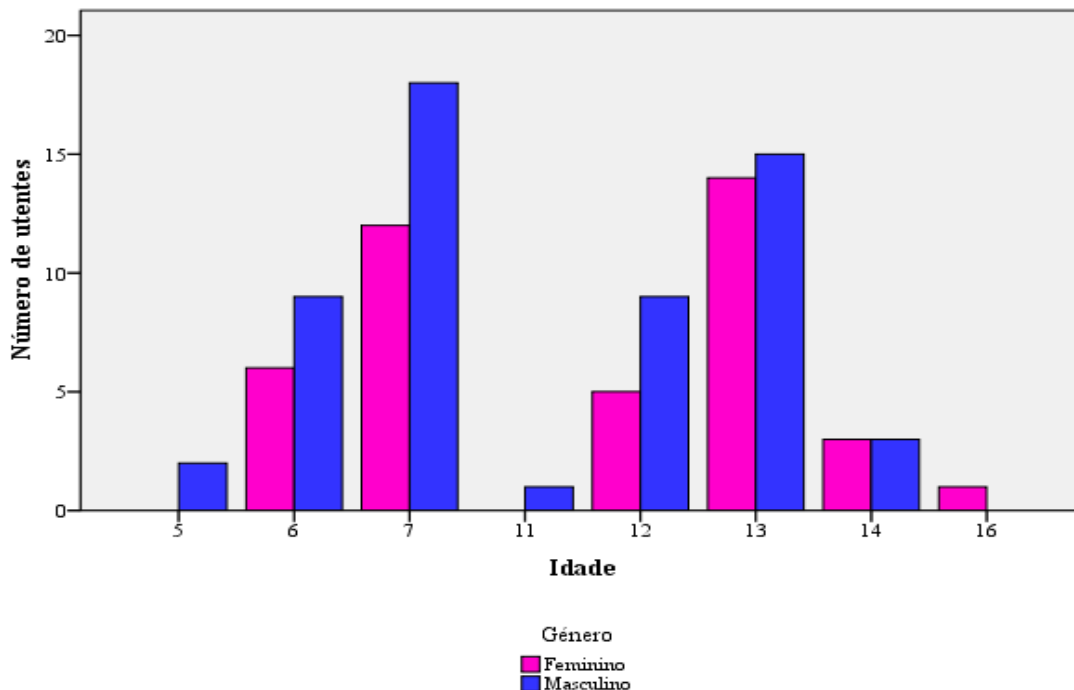


Tabela 2 – Distribuição dos utentes com exame global de saúde, feito de acordo com a idade e o género

Idade	Género				Total	
	Feminino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
5 Anos	0	0,0	2	2,0	2	2,0
6 Anos	6	6,1	9	9,2	15	15,3
7 Anos	12	12,2	18	18,4	30	30,6
11 Anos	0	0,0	1	1,0	1	1,0
12 Anos	5	5,1	9	9,2	14	14,3
13 Anos	14	14,3	15	15,3	29	29,6
14 Anos	3	3,1	3	3,1	6	6,1
16 Anos	1	1,0	0	0,0	1	1,0
Total	41	41,8	57	58,2	98	100,0

Ao efectuar-se a análise da tabela e do gráfico que se seguem verifica-se que as crianças que de acordo com IMC apresentam peso saudável são apenas 29,6%, a Média do IMC do grupo é de 17,642, e o Desvio Padrão é de 3,7564. O grupo de crianças mais representativos são as que de acordo com o IMC têm baixo peso, correspondendo a 66,3%. Estes dados mostram que o IMC das crianças na sua grande maioria não é o desejado, ou porque se encontra abaixo ou acima do peso desejável.

Gráfico 3: Distribuição das crianças com exame global feito de acordo com o IMC e o género

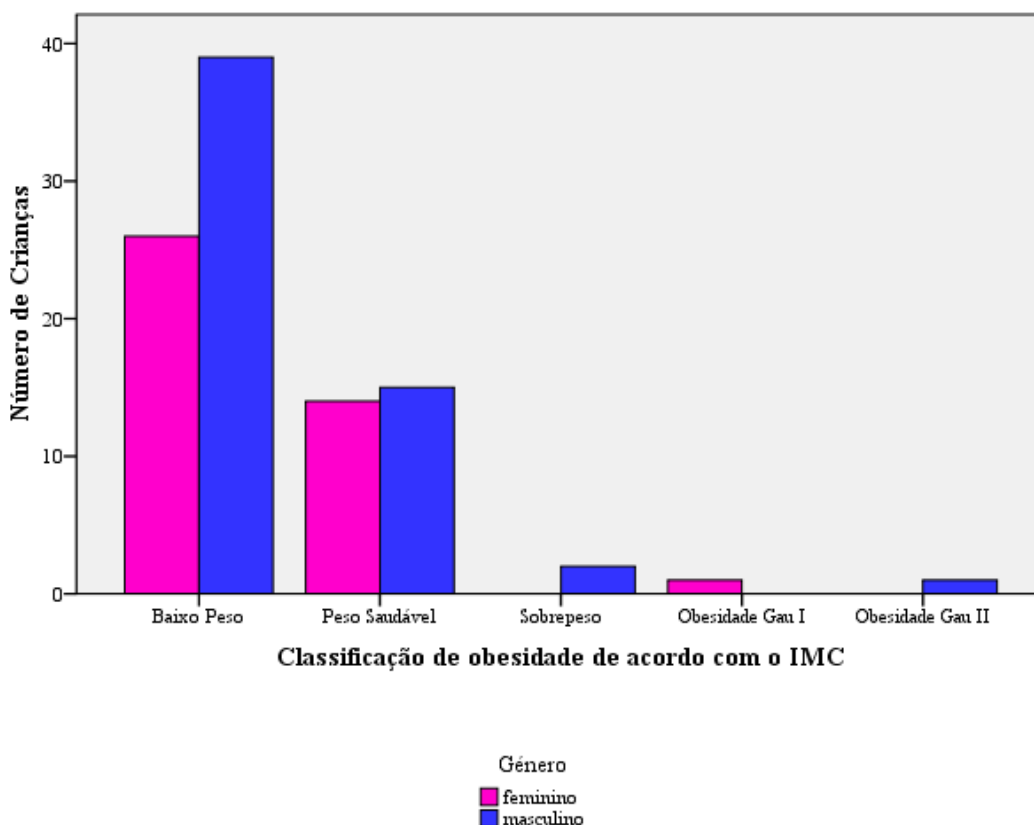


Tabela 3: Distribuição das crianças com exame global feito de acordo com o IMC e o género

IMC	Género				Total	
	Feminino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
Baixo Peso	26	26,5	39	39,8	65	66,3
Peso Saudável	14	14,3	15	15,3	29	29,6
Sobre peso	0	0	2	2,0	2	2,0
Obesidade Grau I	1	1,0	0	0	1	1,0
Obesidade Grau II	0	0	1	1,0	1	1,0
Total	41	41,8	57	58,2	98	100,0

2.4 – Recursos da Comunidade de Mação

Os recursos, que se encontram disponíveis para a população estão divididos, em três níveis: Acção Social; Educação e Saúde.

Estes recursos encontram-se direccionados para as características e necessidades dos habitantes do concelho. Para uma melhor percepção, é feito de seguida uma descrição sucinta de cada um dos recursos referidos anteriormente.

2.4.1 – Acção Social

Em termos de equipamentos sociais, as respostas de acção social², dadas pelas IPSSs e Misericórdias, e estão disseminadas pelas 8 freguesias, na realidade só existem 10 entidades que enquadram 7 tipos de valências, o que é revelador da pouca diversidade interventiva. De facto, das respostas sociais identificadas, a maioria destina-se à população idosa, através de serviços de apoio domiciliário, da integração em centros de dia e da colocação em lares. Esta forte incidência em equipamentos destinados à população idosa justifica-se no quadro de uma população extremamente envelhecida, mas que ainda assim não se vêm respondidas as suas necessidades de lares, uma vez que nem todas as Freguesias têm lar, e os lares existentes contemplam lista de espera. As respostas sociais que as instituições oferecem às crianças e aos jovens resumem-se a uma creche e a dois centros de actividades de tempos livres.

Tabela 4: Identificação dos equipamentos de acção social no concelho de Mação

Freguesia	Equipamentos	Valências
Aboboreira	Centro de Protecção à Terceira Idade S. Silvestre da Freguesia de Aboboreira	Centro de Actividades de Tempos Livres, Centro de Dia, SAD.
Amêndoa	Ares do Pinhal Associação de recuperação de Toxicodependentes – Ares do Pinhal de Aldeia de Eiras	Comunidade de inserção.
	Ares do Pinhal Associação de recuperação de Toxicodependentes – Ares do Pinhal de Chão de Lopes Pequeno	Comunidade de inserção.
Cardigos	Associação Centro de Dia, Apoio e Acolhimento à Terceira Idade	Centro de Dia, SAD, ADI, Lar de Idosos.
	Equipamento Social Santa Casa da Misericórdia de Cardigos	Centro de Actividades de Tempos Livres, Centro de Dia, SAD, ADI, Lar de Idosos.
Carvoeiro	Associação para o Bem-estar da População do Carvoeiro – Centro de Dia São João Baptista	Centro de Dia, SAD, ADI, Lar para Idosos.
Envendos	Centro de Dia – Casa de Idosos de São José das Matas	Centro de Dia, SAD, ADI, Lar de Idosos.
	Fundação Antero Gonçalves – Lar de 3ª Idade de Envendos	Lar para Idosos.
Mação	Santa Casa da Misericórdia de Mação	Creche, Centro de Dia, SAD, ADI, Lar para Idosos, UAI, Centro de Acolhimento Temporário de Emergência de Idosos, ATL.
Ortiga	Centro de Solidariedade Social Nossa Senhora das Dores de Ortiga	Centro de Dia, SAD, ADI, Lar de Idosos.
Penhascoso	Centro de Dia Nossa Senhora do Pranto	Centro de Dia, SAD, ADI, Lar de Idosos.

Fonte: Carta Social de Mação, actualizações em 2000, 2002 e 2004. Actualização das valências feita pelo autor em 2011.

² As IPSSs e as Santas Casas da Misericórdia existentes no concelho, oferecem várias respostas de carácter social, onde podem ser enumerados: lar de idosos, centros de dia, centros de noite, serviço de apoio domiciliário, serviço de apoio domiciliário integrado, creche, centro de acolhimento temporário de emergência de idosos, unidade de apoio integrado, comunidade de inserção, centro de actividades de tempos livres.

Para além de lares, podemos ainda observar como respostas sociais, a creche e duas comunidades de inserção para toxicodependentes.

Ao nível das intervenções levadas a cabo recentemente no âmbito da acção social – através de entidades, serviços e projectos específicos (Segurança Social, Câmara Municipal de Mação, Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, Projecto de Luta contra a Pobreza) – observa-se que os domínios mais focados se traduzem nas crianças e jovens, bem como nas famílias e nas suas respectivas dinâmicas transversais, nomeadamente no que respeita às questões de saúde, habitação, emprego, educação, violência e incêndios.

Relativamente aos equipamentos de acção social, a funcionar no território do concelho de Mação, após a observação do quadro anterior, pode constatar-se que existem disparidades entre freguesias em relação à integração dos equipamentos de acção social. Sendo a freguesia de Mação a que possui maior número de equipamentos.

Tabela 5: Taxa de ocupação dos equipamentos da acção social no concelho de Mação, por freguesia

	Aboboreira	Amêndoa	Cardigos	Carvoeiro	Envendos	Mação	Ortiga	Penhascoso	Total
SAD	76,7		61,8	60,0	70,0	70,0	50,0	125,0	66,1
ADI			69,2	66,7	20,0	160,0	40,0	100,0	62,0
Centro de Dia	60,0		38,9	43,3	50,0	100,0	17,5	52,5	49,6
Lar de Idosos			100,0	100,0	90,9	113,9			101,8
Creche						91,4			91,4
CATL	60,0		44,0			100,0			66,1
CIT		100,0							100,0

Fonte: Carta Social do Concelho de Mação, actualizações feitas em 2000, 2002 e 2004

Os equipamentos de ADI e Lares de Idosos na Freguesia de Mação, na observação dos dados existentes apontam para a existência de um número de utentes superior à capacidade que o equipamento oferece, o que sucede também relativamente ao SAD na Freguesia de Penhascoso.

Analisando a Taxa de ocupação dos equipamentos de acção social, verifica-se que, com excepção dos Lares e da generalidade dos equipamentos localizado nas Freguesias de Mação e do Penhascoso, a Taxa de ocupação é moderada, visto existir uma série de equipamentos cuja capacidade é bastante superior ao número de utentes que abarca, sendo de maior destaque a Freguesia da Ortiga.

2.4.2 – Educação

A população escolar de Mação frequenta na sua grande maioria o Agrupamento de Escolas Verde Horizonte, com sede em Mação, existindo na maioria das freguesias, Escolas de Jardim-de-infância e Escolas do Ensino Básico do 1º Ciclo. O 2º, 3º e ensino secundário está disponível na sede do Agrupamento em Mação. A referir que alguns jovens residentes em Mação, frequentam o ensino secundário em escolas de concelhos vizinhos, devido a questões de acessibilidade ou da oferta de áreas de formação diferentes das que existem em Mação.

Relativamente aos alunos que estudam no concelho de Mação, de acordo com os dados disponíveis pelo INE, de 2004 a 2008, pode dizer-se que as Taxas brutas de pré-escolarização e de escolarização do ensino básico têm tido valores superiores a 100% nos últimos anos³, do quadro que se segue verifica-se que a Taxa de retenção e desistência no ensino básico tem um valor de 11,9% no ano lectivo de 2007/2008, apesar de ser um valor alto pois significa que as crianças ou ficam retidas nalgum ano escolar ou mesmo que desistem, mas de acordo com os dados este valor tem vindo a diminuir nos últimos anos. A Taxa de transição / conclusão do ensino secundário tem vindo a diminuir nos últimos anos sendo em 2007/2008 de 77,3% significa que temos cada vez mais jovens que não terminam o secundário. A participação em cursos profissionais só apresenta registos recentes tendo-se verificado um aumento significativo, que em muito estará associado ao aumento de ofertas deste curso, verificando-se que em 2007/2008 a Taxa de participação foi de 16,2%.

3 O facto de se verificarem taxas superiores a 100 está relacionado com a situação de existirem crianças que frequentarem os estabelecimentos escolares mas são residentes nos concelhos limítrofes e crianças que os pais têm o seu local de trabalho no concelho de Mação, mas não residem em Mação.

Tabela 6: Taxa de escolarização no concelho de Mação

NUTS 2002 completa (lista cumulativa - PT, NUTS I, II, III, CC, FR)	Período de referência dos dados	Taxa bruta de pré-escolarização (%) por Localização geográfica; Anual	Taxa bruta de escolarização no ensino básico (%) por Localização geográfica; Anual	Taxa bruta de escolarização no ensino secundário (%) por Localização geográfica; Anual	Taxa de retenção e desistência no ensino básico regular (%) por Localização geográfica; Anual	Taxa de transição/ conclusão no ensino secundário regular (%) por Localização geográfica; Anual	Taxa de participação em cursos profissionais no ensino secundário regular (%) por Localização geográfica; Anual
		%	%	%	%	%	%
Mação	2007 / 2008	107,8	139,4	68,0	11,9	77,3	16,2
	2006 / 2007	116,2	131,0	68,2	14,5	78,3	7,4
	2005 / 2006	108,0	132,4	41,8	13,4	83,6	-
	2004 / 2005	111,6	135,6	77,1	15,2	60,9	-

Taxa bruta de pré-escolarização (%) por Localização geográfica; Anual - Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação

Taxa bruta de escolarização no ensino básico (%) por Localização geográfica; Anual - Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação

Taxa bruta de escolarização no ensino secundário (%) por Localização geográfica; Anual - Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação

Taxa de retenção e desistência no ensino básico regular (%) por Localização geográfica; Anual - Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação

Taxa de transição/ conclusão no ensino secundário regular (%) por Localização geográfica; Anual - Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação

Taxa de participação em cursos profissionais no ensino secundário regular (%) por Localização geográfica; Anual - Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação

Fonte: INE, 2011

2.4.3 – Saúde

Após a análise da tabela 7 verifica-se que de um modo geral, no que diz respeito à caracterização de alguns indicadores globais de saúde no concelho de Mação, pode dizer-se que, a Taxa quinquenal de mortalidade infantil (2005-2009) foi de 15,7%, a Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório em 2009 foi de 7,4% e a Taxa de mortalidade por tumores malignos em 2009 foi de 4,6%.

No que respeita aos médicos por 1000 habitantes residentes no concelho de Mação, verifica-se que entre 2009 e 2010 existem 0,4 médicos. Relativamente a outros profissionais de saúde em 2010 o número de enfermeiros por 1000 habitantes, era de 3,0 enfermeiros, verifica-se ainda que existem 8 farmacêuticos de oficina. Verifica-se que em 2010 as consultas médicas foram 21.691 tendo sido menos 2622 consultas que no ano anterior.

Tabela 7: Indicadores de saúde em Mação

NUTS 2002 completa (lista cumulativa - PT, NUTS I, II, III, CC, FR)	Período de referência dos dados	Farmacêuticos de oficina (N.º) por Local de trabalho; Anual (2)	Taxa quinquenal de mortalidade infantil (‰) por Local de residência da mãe; Anual	Taxa quinquenal de mortalidade neonatal (‰) por Local de residência da mãe; Anual	Enfermeiros por 1000 habitantes (N.º) por Local de trabalho; Anual	Médicos por 1000 habitantes (N.º) por Local de residência; Anual	Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (‰) por Local de residência; Anual	Taxa de mortalidade por tumores malignos (‰) por Local de residência; Anual	Consultas médicas (N.º) nos centros de saúde por Localização geográfica e Especialidade da consulta; Anual (3)	
									Especialidade da consulta (1)	
										Total
		N.º	‰	‰	N.º	N.º	‰	‰	N.º	
Mação	2010	8	x	x	3,0	0,4	x	x	21 691 &	
	2005 - 2009	x	15,7	15,7	x	x	x	x	x	
	2009	8	x	x	3,0	0,4	7,4	4,6	24 313	

Farmacêuticos de oficina (N.º) por Local de trabalho; Anual - INE, Estatísticas do Pessoal de Saúde

Taxa quinquenal de mortalidade infantil (‰) por Local de residência da mãe; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte

Taxa quinquenal de mortalidade neonatal (‰) por Local de residência da mãe; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte

Enfermeiros por 1000 habitantes (N.º) por Local de trabalho; Anual - INE, Estatísticas do Pessoal de Saúde

Médicos por 1000 habitantes (N.º) por Local de residência; Anual - INE, Estatísticas do Pessoal de Saúde

Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (‰) por Local de residência; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte

Taxa de mortalidade por tumores malignos (‰) por Local de residência; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte

Consultas médicas (N.º) nos centros de saúde por Localização geográfica e Especialidade da consulta; Anual - INE, Inquérito aos Centros de Saúde

Nota(s):

(1) As consultas complementares estão incluídas nas consultas por área/especialidade.

(2) Os farmacêuticos de oficina são apresentados por local de actividade

(3) Este indicador refere-se ao período de 2008 em diante, substituindo o anterior com a mesma designação, que se refere ao período 2002-2007.

Fonte: INE, 2011

2.4.4 – Equipamentos de Saúde

De acordo com os dados da tabela que se segue, complementados com o nosso conhecimento da realidade, podemos referir que existe um Centro de Saúde no concelho de Mação, localizado na sua sede de freguesia, com 7960 utentes inscritos, (Fonte: SINUS, 22-02-2011). Existem no entanto, 7 extensões do mesmo centro, distribuídas pelas restantes freguesias, com excepção da Aboboreira, a Freguesia de Cardigos tem duas extensões de saúde, uma sede e outra em Vales.

Já no que diz respeito a farmácias, este cenário de maior cobertura inverte-se, uma vez que existem freguesias, como sejam Aboboreira, Amêndoa e Ortiga, que não dispõem de um

espaço local onde os seus residentes possam deslocar-se para acederem a um bem que se pode considerar de primeira necessidade.

Tabela 8: Equipamentos de saúde em Mação

NUTS 2002 completa (lista cumulativa - PT, NUTS I, II, III, CC, FR)	Período de referência dos dados	Farmácias e postos farmacêuticos móveis (N.º) por Localização geográfica e Tipo de unidade local de farmácia; Anual	Centros de saúde (N.º) por Localização geográfica e Tipo de serviço; Anual	Extensões (N.º) dos centros de saúde por Localização geográfica; Anual
		Tipo de unidade local de farmácia	Tipo de serviço	
		Total	Total	
		N.º	N.º	N.º
Mação	2010	5	1 &	8 &

Farmácias e postos farmacêuticos móveis (N.º) por Localização geográfica e Tipo de unidade local de farmácia; Anual - INE, Estatísticas das Farmácias

Centros de saúde (N.º) por Localização geográfica e Tipo de serviço; Anual - INE, Inquérito aos Centros de Saúde

Extensões (N.º) dos centros de saúde por Localização geográfica; Anual - INE, Inquérito aos Centros de Saúde

Fonte: INE, 2011

Verifica-se que o Centro de Saúde de Mação e respectivas Extensões de Saúde, abrangem todo o território do concelho. Comparativamente o ano 2001 e o ano 2010, constata-se que foram efectuadas menos 4472 consultas.

A leitura ao nível das consultas efectuadas no Centro de Saúde e Extensões de Saúde no concelho de Mação, permite a conclusão que o número total de consultas registou uma diminuição analisando 2001 e 2010. O decréscimo verifica-se nas consultas efectuadas de Medicina Geral e Familiar, as de Saúde Materna e Obstétrica, e as de Saúde Infantil, Juvenil e Pediátrica. Enquanto as consultas efectuadas de Planeamento Familiar se verifica um aumento de 118 consultas.

Tabela 9: Consultas efectuadas no Centro de Saúde de Mação e Extensões de Saúde (2001 e 2010)

	2001	2010
Consultas (total)	37.250	32.778
Medicina Geral, Familiar e Clínica Geral	34.928	30.936
Planeamento Familiar	314	432
Saúde Infantil, Juvenil e Pediátrica	1.588	1180
Saúde Materna e Obstétrica	420	230

Fontes: Centro de Saúde de Mação, SINUS, 2010. INE, Anuários Estatísticos, 2001.⁴

4 A discrepância apresentada entre o valor total de consultas médicas referido na tabela 7 e na tabela 9 deve-se ao facto do INE não ter contemplado as consultas de visitação domiciliária nem as consultas efectuadas no atendimento complementar.

Dos serviços prestados pelo Centro de Saúde, pode-se observar pelo quadro seguinte, que a intervenção neste âmbito no concelho ultrapassa a mera prestação de cuidados paliativos e de diagnóstico à população residente, afectando o desempenho dos profissionais de saúde a um vasto leque de acções complementares desenvolvidas pelo Centro de Saúde, nomeadamente, a intervenção junto de públicos específicos, como as mulheres e os jovens, a formação e a colaboração numa lógica de parceria em projectos de desenvolvimento comunitário.

Tabela 10: Serviços prestados no Centro de Saúde de Mação e Extensões

Prestação de Cuidados de Saúde Familiares	<input type="checkbox"/> Consultas Medicas e de Enfermagem (incluídas em programas / áreas de intervenção, que se relacionam com o desenvolvimento do Ciclo Vital do Indivíduo / Família); <input type="checkbox"/> Intervenção de outros Técnicos, sempre que necessário. <input type="checkbox"/> Exames Complementares de Diagnóstico (ECG).	Áreas de Intervenção: <input type="checkbox"/> Saúde da Mulher; <input type="checkbox"/> Saúde da Criança e do Adolescente; <input type="checkbox"/> Saúde do Adulto / Idosos.
Prestação de Cuidados no Domicílio	<input type="checkbox"/> Visitas Domiciliarias.	
Prestação de Cuidados de Saúde Pública	<input type="checkbox"/> Controle de factores ambientais determinantes de saúde.	
Colaboração na Formação / Orientação de Alunos	<input type="checkbox"/> Estágios de Formação; <input type="checkbox"/> Colaboração em estudos.	
Intervenção Comunitária	<input type="checkbox"/> Elaboração de folhetos / brochuras sobre temas de saúde; <input type="checkbox"/> Sessões de educação para a Saúde a grupos específicos; <input type="checkbox"/> Projectos específicos do Centro de Saúde; <input type="checkbox"/> Projectos em parceria.	Áreas de Intervenção: - Projectos específicos do Centro de Saúde: - Projecto “Movimento e Bem-Estar”; - Classes de movimento em 10 lares e Centros de Dia; - Projecto “Classes de Movimento para pessoas com raquialgias e osteoporose”; - Projecto “Ajudas Técnicas”; - Projectos em Parceria: -Cuidados Integrados (ADI, UAI); - Rede Social; - CPCJ; - Rendimento Social de Inserção.

Fonte: Centro de Saúde de Mação, 2010

3 – METODOLOGIA

A realização do estágio obedece à elaboração do plano de estágio, que foi feito através da elaboração do projecto de estágio. No estágio foram desenvolvidas as actividades propostas através de cronograma que foi apresentado.

A metodologia é uma das principais etapas do processo de investigação, ou seja, é a base para conseguir atingir os objectivos do estudo. Esta pode ser entendida como uma estratégia que permite estudar e avaliar as diferentes opções de um estudo, delineando consequências e limites da sua utilização.

A escolha do método e da técnica de pesquisa, depende da natureza do problema que se impõe ao investigador e do objecto que deseja conhecer ou estudar.

Segundo (Quivy, 1992), a metodologia é o prolongamento da problemática e do modelo de análise, articulando de forma operacional os marcos, as pistas, que serão finalmente retidos para orientar o trabalho de observação e análise. Assim pode-se afirmar que a metodologia é o meio para elaborar o perfil científico do trabalho.

Para (Fortin, 1999), a metodologia surge como o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica e ainda, como parte integrante de um relatório que descreve os métodos e as técnicas utilizados no quadro dessa investigação.

Concordamos com (Polit e Hungler, 1995), quando definem que nesta etapa o investigador precisa de tomar uma quantidade de decisões relativamente aos métodos que irá utilizar para tratar a questão da pesquisa.

Tendo em conta a presente problemática, os objectivos que foram delineados e a extensividade da informação que se pretendia obter, privilegiou-se uma opção metodológica de tipo quantitativo, tendo sido feito o tratamento dos dados de caracterização das crianças com o recurso ao método quantitativo.

O método quantitativo pode ser entendido, segundo (Fortin, 1999), como um processo sistemático de colheita de dados observáveis e questionáveis. É baseado na observação de factos objectivos de acontecimentos e de fenómenos que existem. O método de investigação

quantitativa tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos.

A opção da colheita de dados que permitissem caracterizar os jovens foi feita tendo em conta a acessibilidade dos dados e o tempo que dispúnhamos para a realização do estágio. Optou-se então pela consulta e recolha dos dados dos registos feitos nos exames globais de saúde disponíveis nas fichas de ligação, onde foi feita a recolha dos seguintes dados: género, idade, peso e altura.

3.1 - População Alvo e Amostra

Para determinar a amostra, torna-se necessário definir previamente a população em estudo, uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios. Dada a impossibilidade de se estudar toda a população, devido a uma diversidade de factores, torna-se necessário definir uma amostra dessa população. Pode definir-se a amostra como, um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte da mesma população. A amostra, deve ser representativa da população visada, isto é as características da população, devem estar presentes na amostra seleccionada. (Fortin, 2000).

Assim para (Quivy, 1998), a população é um conjunto de elementos que constituem um todo.

A população alvo é constituída por 1517 indivíduos «crianças com ≤ 19 anos de idade», inscritos no Centro de Saúde de Mação, (fonte: SINUS, 22-02-2011) a selecção do grupo foi feita tendo em conta a acessibilidade dos dados e o tempo disponível, que era o calendário do estágio. Então optou-se pela consulta e recolha dos dados dos registos feitos nos exames globais de saúde, que estão disponíveis nas fichas de ligação, onde foi feita a recolha dos seguintes dados: género, idade, peso e altura. Foram recolhidos 98 fichas de ligação, que posteriormente foram retirados e anotados os dados pretendidos. Os indivíduos do estudo foram seleccionados através do método de amostra por acessibilidade, porque este método de selecção da amostra é constituído por elementos que são facilmente acessíveis e estão patentes num local determinado, num preciso momento. Os elementos incluídos na amostra, são todos os jovens que efectuaram consulta de vigilância com exame global de saúde nos anos 2009 e 2010.

3.2 – Terreno de Pesquisa

O terreno de pesquisa é um ponto importante para o decorrer do trabalho, na medida em que se pretende que este detenha as condições necessárias ao desenvolvimento do mesmo, devendo ser claramente circunscrito. A escolha do terreno de pesquisa é geralmente influenciada pelo conhecimento que o investigador tem sobre o mesmo, bem como as relações que estabelece, quer com o terreno, quer com os actores que nele intervêm. Deste modo, “não basta saber que tipo de dados deverão ser recolhidos. É também preciso circunscrever o campo das análises empíricas no espaço, geográfico e social, e no tempo” (Quivy, 2003: 157).

Deste modo optamos por efectuar o estudo no concelho de Mação. A recolha dos dados foi feita em Fevereiro de 2011.

Para além do facto do concelho de Mação reunir as características que justificam o tipo de pesquisa aqui apresentado, há também um bónus pessoal adicional na definição deste Concelho como terreno de pesquisa. Mação é o local onde o autor reside, trabalha, foi a terra que o viu nascer, não existe sítio onde ele se sinta mais em casa do que na sua própria casa.

Desenvolver um trabalho académico, para aprofundar o conhecimento da população de Mação é a melhor recompensa que alguém pode ter, trabalhar com os nossos e para os nossos. Acresce a isto o facto da temática ser de interesse acrescido para o local de trabalho a USP do Zêzere.

3.3 – Recolha de Dados

Chegando a esta fase do trabalho é fundamental seleccionar o instrumento de colheita de dados, capaz de recolher ou de produzir a informação que o investigador necessita. Esta actividade pode ser desenvolvida através de uma observação directa ou indirecta. Neste estudo trata-se de uma observação indirecta, pois “o investigador dirige-se ao sujeito para obter a informação procurada” (Quivy, 1998: 164). Segundo (Fortin, 2000: 134), este instrumento serve para colectar os dados que fornecem respostas às questões de investigação “(...) é importante o aspecto da fidelidade e da validade dos instrumentos de medida”.

É frequente o trabalho de um investigador necessitar de dados macrossociais, que apenas organismos oficiais, têm condições de recolher. Pelo que os dados de caracterização

necessários, foram recolhidos dos registos do Centro de Saúde, existentes nas fichas de ligação.

Para que o trabalho se pudesse ter desenvolvido foi necessário consultar alguns dados e estatísticas referentes aos utentes do Centro de Saúde, para tal foi efectuado pedido ao Director do Centro de Saúde / Coordenador da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Mação, que foi autorizado (ver Anexo I). Foram solicitadas as fichas de registo dos exames globais de saúde, efectuados aos 5-6 anos de idade e aos 11-13 anos de idade.

Foi realizado um estudo transversal de prevalência, através da análise de 98 fichas de ligação Medicina Familiar – Saúde Escolar, preenchidas nos Exames Globais de Saúde em 2009 e 2010, realizados às crianças nascidas nos anos de 2006, 2005, 2004, 2000, 1999, 1998 e 1997. Com este exame de saúde pretende-se avaliar os seguintes parâmetros: peso, estatura, tensão arterial, dentes, coração, postura, visão, audição, exame físico, linguagem, desenvolvimento, vacinação.

Recolheram-se dados relativamente à idade, género, peso, estatura, os quais foram analisados os parâmetros antropométricos (altura e peso), e calculado o índice de Massa Corporal (IMC) respectivo de cada criança, e analisado de acordo com as *curvas de CDC 2000*, adoptadas pela Direcção-Geral da Saúde (2006).

Para análise estatística, foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 16.0 para Microsoft Windows. Foi calculada a prevalência de Sobrepeso/Obesidade, e analisada de acordo com a categoria de género.

A pesquisa bibliográfica, foi outras das actividades fundamentais para que o projecto se tenha desenvolvido, e que permitiu efectuar a fundamentação teórica e contextualização do estudo, assim como aprofundar conhecimentos nesta área.

O recurso a reuniões de orientação com o Professor Doutor Adriano Pedro, foi de relevante importância, uma vez que as reuniões tornaram mais fácil o desenrolar do trabalho proposto, através do esclarecimento de dúvidas, a troca de ideias, a busca conjunta de soluções para o desenvolver do trabalho.

Para um enriquecimento do trabalho foram feitas reuniões com outros técnicos de saúde que desempenham actividades no ACES do Médio Tejo II – Zêzere. Foram realizadas duas reuniões de trabalho com a Dietista Estagiária, na USP do Zêzere – Unidade de Tomar, com a finalidade de apresentar o projecto, onde foi feito o pedido de colaboração, identificação de estratégias para integrar no projecto, troca de experiências.

Foi apresentado o projecto numa reunião da USP do Zêzere, onde foi efectuada a apresentação do projecto aos elementos da unidade, foi também pedida a colaboração aos colegas para desenvolvimento do projecto nos restantes Centros de Saúde do ACES do Médio Tejo II – Zêzere.

As reuniões com o coordenador da Unidade de Saúde Pública do Zêzere, Dr. Rui Calado, permitiram a identificação de estratégias para integrar no projecto, identificação de parceiros para o projecto, e a troca de experiências.

A identificação de enfermeiros interessados em colaborar nas actividades do projecto, permitiu que uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, se tenha mostrado disponível em colaborar na implementação do projecto no concelho onde trabalho. Para tal, também foi efectuada uma reunião, com a Enfermeira, que serviu, para através da troca de experiências ser feita a identificação de estratégias a integrar no projecto.

3.4 - Procedimentos Formais e Éticos

A ética é uma disciplina que tem por base o estudo dos princípios normativos do comportamento humano e os valores morais que dirigem a vida dos homens. Esta baseia-se numa concepção do homem na sociedade e nos objectivos comuns que a existência social deve realizar. De acordo com (Fortin, 2000: 114) a ética “é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

Para que o trabalho se pudesse ter desenvolvido foi necessário consultar alguns dados e estatísticas referentes aos utentes do Centro de Saúde, para tal foi efectuado pedido ao Director do Centro de Saúde / Coordenador da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Mação, (ver Anexo I – Pedido de autorização e autorização, para acesso a alguns dados e estatísticas referentes aos utentes do Centro de Saúde de Mação) que foi autorizado (ver Anexo I – Pedido de autorização e autorização para acesso a alguns dados e estatísticas referentes aos utentes do Centro de Saúde de Mação).

4 – ANÁLISE DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

A obesidade infantil é um dos mais sérios desafios de saúde pública do século XXI, tendo atingido proporções epidémicas. Actualmente a obesidade é a doença pediátrica a nível mundial, mais comum.

De acordo com o Relatório COSI Portugal 2008 – *Childhood Obesity Surveillance Initiative*, (Rito. *Et. Al.*; 2010), Portugal é um dos cinco países da Europa com maior prevalência de obesidade infantil, porque mais de 30% de crianças portuguesas entre os 7 e 9 anos de idade, apresentam excesso de peso e cerca de 11% de obesidade.

O presente estudo mostra discrepâncias relativamente ao que foi referido anteriormente, uma vez que se verificou que as crianças, de acordo com IMC apresentam peso saudável são apenas 29,6%, a Média do IMC do grupo é de 17,642, e o Desvio Padrão é de 3,7564. O grupo de crianças mais representativos são as que de acordo com o IMC têm baixo peso, correspondendo a 66,3%. Enquanto que crianças com sobrepeso ou obesas são 4%. Estes dados mostram que o IMC das crianças na sua grande maioria não é o desejado, ou porque se encontra abaixo ou acima do peso desejável. O dado maioritário com 66,3% é o baixo peso. Verifica-se que estamos perante uma população que pode ter deficit nutricional, que não está identificado no exame global de saúde.

Analisando a população separadamente por género, verifica-se uma maior prevalência de sobrepeso / obesidade no sexo masculino. A diferença de prevalências é documentada noutros estudos, (Padez. *Et al.* 2005; Rito. 2004; Verdasca. 2006; Sinde. *Et al.* 2008). A um maior número de horas a ver televisão, menor acesso a actividade física e um maior tempo dispendido em actividades sedentárias pelas crianças, poderão estar na génese desta diferença de prevalências, pelo que é importante a dinamização de projectos da prática de exercício físico. (Gouveia. *Et al.* 2007; Matthews. *Et al.* 2007)

Apesar da elevada prevalência de baixo peso e sobrepeso/obesidade (66,3% e 4% respectivamente) nesta população, apenas 0% das crianças monitorizadas no Exame Global de Saúde foram diagnosticadas pelo seu médico de medicina geral e familiar como tendo um estado nutricional e/ou um desenvolvimento estaturó-ponderal alterado. A inexistência de um correcto diagnóstico, de uma sensibilização dos pais das crianças para esta temática assim

como de um tratamento precoce, predisporá naturalmente a criança para a manutenção desta condição na idade adulta.

Torna-se assim, fundamental sensibilizar os vários profissionais de saúde, com particular atenção para os médicos de medicina geral e familiar e os enfermeiros, para esta problemática, uma vez que só desta forma, será possível inverter tais tendências.

A escola é um local onde as crianças se movimentam, se expressam e aprendem. A criança tem a possibilidade de contactar com crianças com outras personalidades e hábitos culturais diferentes, sendo este, um lugar privilegiado para a implementação de estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença, com a criação de estilos de vida saudáveis nomeadamente aos níveis da alimentação saudável e prática de actividade física. Estes programas devem ser direccionados a toda a comunidade escolar e não apenas às crianças, dando particular ênfase aos pais e educadores, uma vez que a criança tende a imitar os comportamentos das pessoas que a rodeiam, nomeadamente da família e os erros alimentares e comportamentos menos adequados dos pais, poderão condicionar a aprendizagem por parte dos seus filhos, numa idade tão vulnerável quanto esta.

A avaliação antropométrica, analisada neste estudo, resultou da obtenção de registos antropométricos colhidos por vários profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), que não receberam formação prévia na técnica da obtenção do peso e da estatura pelo que a sua prática não está estandardizada o que constitui a principal limitação deste estudo, tendo implicações nos resultados finais.

Apesar de não existirem dados relativos à prática de actividade física em crianças portuguesas, Portugal foi considerado o país europeu mais sedentário ao nível da população adulta, sendo muito provável que esta situação também ocorra na infância (Carmo. *Et. Al.* 2007).

A prevenção não se deve focalizar apenas no Ensino Básico e Secundário, mas deve ser dada uma maior atenção aos Jardins-de-Infância. Pois, apesar destes não fazerem parte da escolaridade obrigatória, esta é uma idade especialmente vulnerável ao aparecimento de obesidade.

A problemática da obesidade é actual, com repercussões incalculáveis para o futuro. Tudo o que se possa fazer a curto e a médio prazo para combater a obesidade, vão ser ganhos em saúde muito importantes. A elaboração deste trabalho tornou-se uma mais valia profissional para o autor, e num futuro próximo o desenvolver desta área temática e um

projecto no local trabalho dará grande visibilidade às instituições de saúde que nele participam.

Este trabalho permitiu aprofundar conhecimentos, a utilizar futuramente na área da gestão de projectos.

Tal como já foi referido, foi proposto pelo coordenador da USP do Zêzere, a execução e implementação de um projecto de combate à obesidade no ACES do Médio Tejo II – Zêzere. E como fruto deste trabalho a ideia cresceu e amadureceu, dando origem a um inovador projecto de combate à obesidade. O projecto que teve início na sala de aula da Escola Superior de Saúde de Portalegre, desde cedo foi acarinhado e apadrinhado pela USP do Zêzere, foram necessárias muitas reuniões de trabalho, tanto em grupos alargados como em grupos restritos, todas as ideias eram bem vindas, para ajudar a crescer um projecto, que se quer muito. A fase de construção do projecto ficou concluída sensivelmente em Julho de 2011, visto que, estava finalmente concluído e já em condições de ser implementado em todo o ACES do Médio Tejo II – Zêzere, (ver Anexo II). Após o projecto ter sido aceite e aprovado pela equipa da USP do Zêzere, foi apresentado em Setembro, na reunião anual de Saúde Escolar, organizada pela USP do Zêzere, em Constância.

Para que o projecto possa avançar, é condição identificar a equipa de dinamizadores locais «enfermeiros», predispostos a trabalhar no projecto, com apetências para a problemática em questão. Foram propostos enfermeiros dos vários Centros de Saúde do ACES do Médio Tejo II – Zêzere, e aceitaram oito. Estes enfermeiros necessitam de formação específica para poderem trabalhar com grupos de entre ajuda de jovens. As áreas de formação que foram identificadas como cruciais para o projecto foram: nutrição, saúde e desporto, técnicas de terapias de grupo, adolescência. Em conjunto com o coordenador da USP, identificaram-se os formadores, destes conseguiram-se formadores internos à instituição e formadores externos, em regime de voluntariado, num total de seis formadores: uma psicóloga, uma nutricionista, uma professora de educação física pós-graduada em saúde e desporto, uma assistente social e dois médicos de saúde pública com experiência de trabalhar terapias de grupo.

A formação aos dinamizadores locais foi ministrada em três dias durante o mês de Novembro e Dezembro de 2011.

Para se formarem os grupos de jovens, foi pedido a um agrupamento de escolas de cada concelho o nome, o IMC (peso e altura) e a idade dos jovens, onde era referido que só se pretendiam os dados dos jovens com $IMC \geq 25$ e com ≥ 15 anos de idade. As escolas não

necessitam de fazer nenhuma actividade extra de rastreio, uma vez que os dados pedidos são colhidos nas aulas de educação física.

Os dados que as escolas forneceram foram classificados de acordo com o percentil de desenvolvimento, onde se conseguiu ter a percepção dos jovens que mais precisam de ajuda neste momento, que são os que se enquadram no percentil ≥ 95 . Identificados os jovens que queremos ter no projecto, foi comunicado às escolas o grupo de jovens que beneficiam em integrar o projecto e ao mesmo tempo convidados todos os jovens a estarem numa reunião de apresentação do projecto. Nessa reunião esteve presente o dinamizador local do projecto, o gestor do projecto, a psicóloga, a professora e a nutricionista. As presenças dos jovens na reunião foram de cerca de 50% em relação aos jovens que tinham sido convidados, nessa reunião fez-se a apresentação do projecto, onde foi feito o convite a todos para participarem no projecto, em que se referiu que:

«O *Põe-te na Linha* é um projecto da USP do Zêzere, e tem em vista prevenir e combater a obesidade nos jovens, através da ajuda mútua vivida em grupo.

A entrada para o grupo é voluntária e dentro do mesmo será também cada um de vós a escolher aquilo que achar mais importante para realizar o projecto, decidindo pôr em prática o que for melhor para si.

Entretanto, nas reuniões do grupo, vai ser possível debater opiniões, apresentar propostas, esclarecer dúvidas e fazer experiências divertidas, que irão promover o convívio, contribuir para a saúde e fazer crescer o ânimo e o espírito de equipa entre todos.

Assim poderás encontrar a força que precisas para levaras à prática as mudanças que podem ajudar-te a reduzir o peso em excesso o qual só irá prejudicar a tua saúde.»

Foi também referido que:

«Pretendemos estimular a população obesa residente na área de influência do Agrupamento de Centros de Saúde do Médio Tejo II – Zêzere, a combater a obesidade. Desta forma, os jovens obesos ou com excesso de peso, que frequentam as escolas do ensino público, com mais de 15 anos de idade, vão ter a possibilidade de adquirirem conhecimentos, capacidades e competências no que respeita à alimentação saudável / hábitos de vida saudáveis, que lhes permitem combater o problema com eficácia, se for essa a sua vontade.

Para atingir os objectivos propostos, a USP do Zêzere está a dinamizar a constituição de grupos de entre ajuda, que sob a orientação de profissionais de saúde e através da utilização de dinâmicas participativas, tentarão auxiliar os seus componentes na resolução dos problemas individuais relacionados com o excesso de peso.

As actividades a desenvolver decorrerão nas Instalações do Centro de Saúde ou em local a acordar entre as partes intervenientes, em horário elaborado de forma a não coincidir com o da escola (possivelmente às quartas-feiras de tarde, durante cerca de 1,5 horas), inicialmente com periodicidade quinzenal.»

Visto que alguns dos jovens são menores de idade foi entregue documento explicativo do projecto «consentimento informado», para ser assinado pelos encarregados de educação, onde se solicita ao encarregado de educação, que autorize, para que o seu educando se desloque pelos seus meios ao local decidido para os encontros «habitualmente o Centro de Saúde» e participe nas actividades de grupo, nas datas destinadas às citadas reuniões.»

Neste momento temos um projecto de combate á obesidade, que será implementado em todos os Centros de Saúde do ACES. Pretende-se que neste ano avance, sob a forma de projecto-piloto, onde vão ser constituídos grupos de entre ajuda, formados por jovens e dinamizado por técnicos de saúde com formação na área. O projecto de combate à obesidade: *Põe-te na Linha*, tem tudo para ser um projecto pioneiro com sucesso.

Por tudo o que foi descrito considera-se que os objectivos propostos para o estágio foram conseguidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, Marta Maria Lourenço. (Abril/Junho 2003). ENFERMEIRO DE SAÚDE FAMILIAR. *Enfermagem em Foco*. Lisboa. SEP.: 45-47.
- António Houaiss; Mauro de Salles Villar. (2003). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Lisboa. Instituto António Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Lda. Temas e Debates.
- Barbieri, M. (1997). Trabalho em equipa: o contributo dos enfermeiros. *Sinais Vitais*. N.º 10. 15-19.
- Bell, J. (1997). *Como realizar um projecto de investigação*. 1ª Edição. Lisboa. Gradiva,
- Breinbauer, Cecília & Herrera, Maddaleno. (2008). *Jovens: Escolhas e Mudanças: promovendo comportamentos saudáveis em adolescentes*. São Paulo: Editora Roca.
- Carapinheiro, Graça. (1986). A saúde no contexto da sociologia. *Sociologia – problemas e Práticas*. Lisboa. (1), 9-12.
- Carmo I.; Santos O.; Camolas J.; Vieira J.; Carreira M.; Medina L.; Reis L.; Myatt J. & Galvão – Teles A. (2007). Overweight and Obesity in Portugal: National Prevalence in 2003 – 2005. *The International Association for the Study of Obesity*. 9: 11 – 19.
- Carmo, I. Magros, (1997). *Gordinhos e Assim-assim. Perturbações Alimentares dos jovens*. Lisboa: Edinter.
- Carter, B. & Mcgoldrick, M.; (1995). *As mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*; 2ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas,
- Carvalho, Sérgio Resende. (2004). *As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social*. Acedido em 20-06-2010. In *Virtual Libraries*
http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S141381232004000300018&script=sci_artext .

- Castro, Maria Fausta Pereira de (10/12/2005). A infância e a aquisição de linguagem. Acedido a 05-03-2011 em, http://www.comciencia.br/reportagens/2005/12/09_impr.shtml.
- Cattani, R. B. & Girardon-Perlini, N. M. O. A First Step Toward Communication. Acedido em 20-06-2010. In Virtual Libraries. http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/idoso.html
- Claes, Michel. (1990). *Os Problemas da Adolescência*. 2ª Edição. Lisboa: Verbo.
- Conger, John. (1980). *Adolescência Geração Sob Pressão* [tradução de Rosane Amador Pereira]. 1ª Edição em 1979. Lisboa: Casa do Livro Editora Lda.
- Dias, Maria do Rosário; Duque, Alexandra Freches; Silva, Margarida Guerreiro & Durá, Estrela. (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia? in Virtual Libraries. Acedido em 20-06-2010 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a04.pdf> .
- Digest, Selecções do Reader`s (org.) (1992). *Dicionário Enciclopédico de Língua Portuguesa*. Lisboa: Publicações Alfa.
- Digest, Selecções do Reader`s. (1992). *Dicionário Enciclopédico de Língua Portuguesa*. Lisboa: Publicações Alfa.
- Durval, M. *Et al.* (2000). *Equipas Multidisciplinares e Gestão Participativa por objectivos: Caminho da Saúde para todo o ano*. Arquivos do Instituto Nacional de Saúde. 1988. Lisboa.
- Falcato, V. (2000). *Perspectivar a prática dos enfermeiros num Centro de Saúde com vista à implementação da metodologia de trabalho por equipas de saúde*. Trabalho realizado no âmbito do 2º Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Saúde na Comunidade/Saúde no Trabalho não publicado. Escola Superior de Enfermagem de Portalegre, Portalegre.
- Félix, A. B. *Et al.* (1994). *Traços da Família Portuguesa*. 1ª Edição. Lisboa: Direcção Geral da Família, IEFP – Assessoria Técnica, Informação e Documentação, Ministério do Emprego e da Segurança Social.
- Ferreira, Lucinda; Araújo, Maria L. & Barreta, Nuno. (2008). *Diagnóstico de Saúde dos Jovens do 7º, 8º e 9º Anos de Escolaridade das Escolas Secundárias de Abrantes e Mação*. Trabalho realizado no âmbito do Curso de Pós – Licenciatura de

- Especialização em Enfermagem Comunitária não publicado. Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.
- Ferreira, Lucinda; Araújo, Maria L. e Barreta, Nuno. (2008). *Projecto de Intervenção na Escola Dr. Manuel Fernandes – Abrantes*. Trabalho realizado no âmbito do Curso de Pós – Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária não publicado. Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.
- Fortin, Marie-F. (1999). *O Processo De Investigação – Da Concepção À Realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, Marie-F. (2000). *O Processo De Investigação – Da Concepção À Realização*. Loures: Lusociência.
- Franco, Jorge. (2009). Marcos da Promoção da Saúde. In *Virtual Libraries*. Acedido em 12-06-2010 em <http://enfermagemaberta.blogs.sapo.pt/412.html>
- Gameiro, Aires. (1986). *Noções de Psicologia e Relações Humanas*. 3ª Edição. Porto: Edições Salesianas.
- Gil, A. (1989). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 2ª Edição. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Gouveia C.; Pereira-da-Silva L.; Virella D.; Silva P. & Videira Amaral J. M. (2007). Actividade física e sedentarismo em adolescentes escolarizados do concelho de Lisboa. *Acta Pediátrica Port.*; 38(1):7-12.
- Graça, L. (1992). Trabalho em equipa uma nova lógica da organização do trabalho e de participação da gestão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume 10. Nº1.
- Graça, L. (1994). Equipa e trabalho em equipa. *Dirigir*. N.º29.
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde á família: Teoria, Prática e Investigação*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Honoré, Bernard. (1996). *La Santé en Projet*. Paris: InterEditions.
- Honoré, Bernard. (2002). *A saúde em projecto*. Lisboa: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda.
- Hood, G. H. & Dincher, J. R. (1995). *Fundamentos e Prática da Enfermagem: Atendimento Completo ao Paciente*. 8ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. 3ª Edição. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Imperatori, E. (1999). *Mais de 1001 Conceitos para Melhorar a Qualidade dos Serviços de Saúde*. Lisboa: Edinova. 1ª Edição.
- Kawamoto, E.; Santos, M. C. & Mattos, T. M. (1995). *Enfermagem Comunitária*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Loff, A. M. (1994). Relações Interpessoais. *Enfermagem em Foco*. Ano IV. Nº 13.
- Mahan, L. K. & Stump, S. E. (2003). *Alimentos, Nutrição & Dietoterapia*. Décima Edição. São Paulo: Editora Roca.
- Mahan, L. K.; Et al. (2001). *Nutrición y Dietoterapia de, Krause*. Décima Edição. Espanha: Editorial McGraw Hill.
- Marshall T.; Eichenberger – Gilmore J.; Broffitt B.; Warren J. & Levy S. (2007). Dental Caries and Childhood obesity: roles of diet and socioeconomic status. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 35(6): 449 – 458.
- Martin, Vivien & Henderson, Euan. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*. Lisboa. Monitor.
- Matthews C.; Chen K.; Freedson P.; Buchowski M.; Beech B.; Pate R. & Troiano R. (2007) Amount of time spent in Sedentary Behaviors in the United States, 2003 – 2004. *American Journal of Epidemiology*. 167 (7)
- Minuchin, Salvador. (1982). *Famílias Funcionamento & tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Monnier, J. & Barbieri, M. C. (1997). Trabalho em equipa: o contributo dos enfermeiros. *Sinais Vitais*. Nº 10.
- Moreira P. (2007). Overweight and Obesity in Portuguese Children and Adolescents. *Journal of Public Health*. 15: 155 – 161.
- Nunes, Lucília. (2000). *Saúde: Espaço de Intervenção Interdisciplinar*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Nº 0: 38-40.
- Nunes, Rui. (2005). *Regulação da Saúde*. Porto. Vida Económica.

- Organização Mundial de Saúde [OMS] / FISE. (1978). *Declaração de Alma-Ata: Recomendações*. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma Ata, URSS. 6 – 12 de Setembro de 1978. Lisboa: Ministério dos assuntos Sociais.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1969). *Bulletin of the World Health Organization*. Genève: OMS: 40.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1984). *Bulletin of the World Health Organization*. Genève: OMS: 62.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1985). *As metas da Saúde para todos*. Lisboa. DEPS: 163-166.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1986). Carta de Ottawa. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Canadá: OMS. . in *Portal da Saúde Pública*.. www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm .
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1988). *Conferência Europeia de Enfermagem*. [Tradução de Margarida Cunha Rosa]. Lisboa: DEPS.
- Osório, L. C. (1996). *Família Hoje*. 1ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Padez, C.; Fernandes, T.; Mourão, I.; Moreira P. & Rosado V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old Portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002. *Am J Hum Biol.*; 16(6):670-8.
- Padez, C.; Mourão I.; Moreira, P. & Rosado V. (2005). Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Pediátrica*; 94(11):1550-7.
- Page, Paula. (Julho/Setembro 2003). POLÍTICAS DE SAÚDE: Cuidados de Saúde Primários – A Internacionalização dos Cuidados de Saúde. *Enfermagem em Foco*. Lisboa. SEP: 19-21.
- Palmeiro, M. F. (1995). *Formação e práticas profissionais dos enfermeiros no contexto de um centro de saúde*. Dissertação de Mestrado e Saúde Pública não publicada. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Palmeiro, M. F.; Martins, M.; Et. al. (1992). *Relatório de estágio de diagnóstico de saúde da comunidade*. Relatório realizado no âmbito do Curso de especialização em Enfermagem de Saúde Pública não publicado. Escola Superior de Enfermagem de

Maria Fernanda Resende (13º curso de especialização em Enfermagem de Saúde Pública), Lisboa.

Peres, E. (1994). *Saber Comer para Melhor Viver*. Lisboa: Editorial Caminho, SA.

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.

Portugal, Banco de. (2009). *A Economia Portuguesa, financeira e monetária*. Lisboa. Departamento de Estudos Económicos do Banco de Portugal.

Portugal, Instituto Nacional de Estatística. Dados Estatísticos. *In Portal do Instituto Nacional de Estatística*. Acedido a 20 de Junho de 2011 em <http://www.ine.pt>

Portugal, Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde. *In Portal da Direcção-Geral da Saúde*. Acedido a 02 de Junho de 2011 em <http://www.dgs.pt>

Portugal. Assembleia da República. (1999). Decreto-Lei Nº 157/99, de 10 de Maio. *Regime de Criação, Organização e Funcionamento dos Centros de Saúde*, Lisboa, I Série A (108), 10 de Maio de 1999. P. 2424-2435.

Portugal. Direcção-Geral da Saúde. (2002). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação / Direcção-Geral da Saúde*. 2ª Edição. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.

Portugal. Direcção-Geral da Saúde. (2005). *Programa nacional de combate à obesidade*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.

Portugal. Direcção-Geral da Saúde. (2006). Circular Normativa nº 05/DSMIA. Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil: ACTUALIZAÇÃO DAS CURVAS DE CRESCIMENTO. Lisboa. Ministério da Saúde; Direcção-Geral da Saúde; Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.

Portugal. Direcção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Portugal. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e Adolescentes. (2005). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa – Tipo de Actuação*. 2ª Edição. Lisboa: DGS.

- Portugal. Ministério da Educação & Direcção-Geral da Saúde – Ministério da Saúde. (Outubro de 2006). *Educação Alimentar em Meio Escolar Referencial para uma Oferta Alimentar Saudável*. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.
- Portugal. Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: Volume I – Prioridades*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: Volume II – Orientações Estratégicas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério Da Saúde. (1993). *Boletim de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2001). *Ganhos em Saúde*. Lisboa. Direcção Geral de Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2009). Portaria nº 274/2009 de 18 de Março: Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde. *Diário da República*, 1ª Série, Nº 54, 1720-1726.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2009). Portaria nº 276/2009 de 18 de Março: Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde. *Diário da República*, 1ª Série, Nº 54, 1728-1737.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Quarteto.
- Rito A. (2004). *Estado Nutricional de Crianças e Oferta Alimentar do Pré-Escolar de Coimbra - Portugal, 2001*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde.
- Rito, Ana. *Et al.* (2010). *Relatório COSI Portugal 2008 – Childhood Obeity Surveillance Initiative*. Lisboa: INSA, IP.
- Rocha, J. A. Oliveira. (2006). *Gestão da Qualidade – Aplicação aos serviços públicos*. Lisboa. Escolar Editora.

- Rouquayrol, M. & Filho, Naomar. (2003). *Epidemiologia & Saúde*. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Medsi Editora.
- Sale, Diana. (2000). *Garantia da qualidade nos cuidados de saúde – Para os profissionais da equipa de saúde*. Lisboa: Principia Publicações Universitárias e Científicas.
- Schiefer, Ulrich; Bal-Dobel, Lucinia; Batista, António; Dobel, Reinald; Nogueira, João & Teixeira, Paulo. (2006). *Método Aplicado de Planeamento e Avaliação. Manual de Planeamento e Avaliação de Projectos*. Cascais: Principia.
- Silva, A. S. & Pinto, J. M. (Organizadores). (1986). *Metodologia das Ciências Sociais*. 8ª Edição. Porto: Edições Afrontamento.
- Sinde S.; Xavier C.; Alves K. & Beatriz H. (2008). *Obesidade nas crianças de 6 anos das Escolas de Campanhã (Porto) e sua relação com a tensão arterial e indicadores sociais*. VII Congresso de Nutrição e Alimentação. Centro de Congressos de Lisboa
- Sobreira, N. R. (1982). *Enfermagem Comunitária*. Rio de Janeiro: Editora Interamericana.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4ª Edição. Loures: Lusociência.
- Tauber, Maithé. (2010). *Compreender a Obesidade Infantil*. Porto: Porto Editora.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Hospital Dona Estefânia.
- Úbeda, Bonet. (Julho/Agosto 1995). Imaculada; Atención a la familia. Utopia o realidade? *Revista Rol de Enfermería*. Barcelona. XVII: 203-204.: 75-78.
- Ukkola O, Bouchard C. (2001). Genetic Factors and Childhood Obesity. *Annales Nestle*. 59: 59 – 68.
- Verdasca M. J. & Vaz Z. (2006). Prevalência da obesidade em idade pré-escolar. Actas do 10º Congresso Nacional de Obesidade. *Endocrinologia, Metabolismo e Nutrição*. Porto. 15 (5).
- World Health Organization. (1999). *Health 21: Health for All in the 21st century*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.
- Zurro, Martin & Pezer, Coro. (2003). *Atencion Primaria, Conceptos, Organizacion y Práctica Clínica*. 5ª Edição. Volume I. Madrid. Editora Madrid: 798-844.

ANEXOS

Anexo I – Pedido de autorização e autorização, para acesso a alguns dados e estatísticas referentes aos utentes do Centro de Saúde de Mação

REGISTO DE ENTRADA N.º 79
EM 15/06/2011
O Funcionário

Exmo. Sr.:

Director do Centro de Saúde de Mação

Nuno Manuel Pedro Barreta, Enfermeiro, aluno nº 10684 do Curso de Mestrado em Enfermagem: Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, vem solicitar a V.^a Ex.^a, autorização para utilização dos dados sobre os utentes inscritos no Centro de Saúde de Mação, com a finalidade de caracterizar a população da área de influência deste Centro de Saúde, com vista ao desenvolvimento de um trabalho académico no âmbito do estágio em Gestão de Unidades de Saúde, cujo tema do projecto se prende com o combate à obesidade infantil no ACES.

Pede deferimento;

Mação, 15-06-2011.



(O Mestrando, Nuno Manuel Pedro Barreta)

Autoral
15/06/11

Anexo II – Põe-te na Linha: Projecto de Combate à Obesidade

PÕE-TE NA LINHA: PROJECTO DE COMBATE À OBESIDADE

Coordenador do Projecto: Nuno Barreta

Enquadramento

A qualidade de vida é um dos objectivos da vida humana mais desejado e perseguido por todos os indivíduos desde o seu nascimento até à morte. Tanto a saúde como a doença, são consideravelmente influenciadas por factores individuais, sociais e ambientais. Actualmente, a perda da saúde e as mortes prematuras estão estritamente ligadas ao estilo de vida, ou seja, à adopção por parte de indivíduos, grupos e comunidades de comportamentos saudáveis.

Um aspecto muito importante para a aquisição de conhecimentos e hábitos de vida saudáveis relaciona-se com a alimentação.

Em simultâneo com os princípios de educação alimentar e da alimentação saudável, a qualidade e a quantidade de géneros alimentícios, ingeridos, tem um impacto enorme na saúde e bem-estar da população. Com efeito, verifica-se que a alimentação tem consequências directas na saúde global do indivíduo. Por exemplo, estima-se que um excesso de peso na ordem dos 40%, seja suficiente para duplicar o risco de morte prematura, quando comparado com um indivíduo normoponderal. Ainda, no caso do adulto, para um índice de massa corporal (IMC) superior a 30, estima-se que haja um aumento de 50 a 100% de risco de morte precoce. Para o desenvolvimento de diabetes tipo II, o risco duplica quando o aumento de peso do indivíduo é de 24 a 40 quilos.

O problema da obesidade infantil tem vindo, também, a apresentar valores crescentes e preocupantes em Portugal. Alguns estudos apontam valores na ordem de 30% de crianças e jovens com excesso de peso.

O Programa Nacional de combate à Obesidade (PNCO) surgiu no ano de 2005 como resposta à preocupação do Ministério da Saúde no que se refere a esta realidade. Em 2007, atendendo ao facto do sector da saúde não constituir isoladamente a solução para o problema, foi criada a Plataforma contra a Obesidade, como medida estratégica para criar sinergias intersectoriais, a nível governamental e a nível da sociedade civil.

Em 2011, a USP do ACES do Médio Tejo II – Zêzere, pretende dar resposta aos objectivos definidos pela Plataforma Contra a Obesidade, com elaboração deste projecto no âmbito regional (área de influencia da USP do ACES do Médio Tejo II – Zêzere), contribuindo assim para a detecção precoce de situações de sobrepeso e obesidade, assim como para a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências no que respeita à alimentação saudável / hábitos de vida saudáveis, nos jovens.

Pretende-se combater o excesso de peso através de intervenção selectiva, sobre os indivíduos obesos que frequentam as escolas do ensino público

Os objectivos propostos são os seguintes:

Objectivo geral:

- Contrariar a Taxa de crescimento da prevalência da pré-obesidade e obesidade nos jovens do secundário.

Objectivos específicos

- Diminuir anualmente em 15% o IMC do grupo de alunos que completam 17 anos no respectivo ano.
- Intervir nos jovens com IMC»30

Indicadores e Metas

⇒ % De rastreios efectuados = nº rastreados / nº alunos inscritos

⇒ % Jovens que participam no projecto = nº de alunos que participam no projecto / nº de alunos IMC » 30 identificados

- ⇒ % de participação nas actividades do projecto = $\frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes nas reuniões de grupo}}{\text{n}^\circ \text{ de indivíduos que participam no projecto}}$
- ⇒ % de indivíduos que emagreceram = $\frac{\text{Média do IMC dos presentes nas reuniões}}{\text{Média do IMC do n}^\circ \text{ de participantes no projecto com IMC } \gg 30}$

Põe-te na linha: Projecto de Combate à Obesidade

N.º ordem	Nome dos elementos / colaboradores c/ a USP	Elemento do Grupo de Trabalho na qualidade de:	Categoria Profissional	Estabelecimento de parcerias / núcleos de trabalho específico com:
1	Rui Calado	Coordenador USP do ACES II - Zêzere	Méd. de S. Pública	1- Articular c/ Agrupamentos de Escolas; 2 - Articular c/ Autarquias; 3 - Articular com ACES II - Zêzere; (UCCs, USFs, UCSPs, UAG, URAP, Equipa de Saúde Escolar)
2	Maria dos Anjos Esperança	Médica de S.P. / Autoridade de Saúde	Méd. de S. Pública	
3	Nuno Barreta	Gestor do Projecto	Enf ^o S. Comunitária	
4	Margarida Arnaut	Gestor local	Enf ^a S. Comunitária	
5	Paula Gil	Gestor local	Enf ^a S. Materna	
6	Henriqueta Silva	Gestor local	Enf ^a S. Comunitária	
7	Maria Lurdes Araújo	Gestor local	Enf ^a S. Comunitária	
8	António Cardoso Ferreira	Formador	Méd. de S.Pública	
9	Maria José C. Ferreira	Formadora	Méd. de S. Pública	
10	Cleide Asseiceiro	Professora Educação Física	Professora Educação Física	
11	Fátima Carvalho	Psicóloga	Psicóloga	
12	Teresa Mariano	Nutricionista	Nutricionista	
13	Sandra Carvalho	Assistente Social	Assistente Social	
14	Lina Bento	Gestor local	Enfermeira	

3.2 - Grupo alvo de intervenção	a) Convocar eventuais participantes e seus representantes legais, para apresentação da estratégia de intervenção	CP + GL																	
	b) Pedido de autorização de intervenção (consentimento informado)	CP + GL																	
3.3 - Grupo de entreaajuda	a) Criação dos Grupos de entreaajuda concelhios - indivíduos com IMC » 30	C USP + CP + GL																	
	b) Aplicação de inquérito por questionário sobre estilos de vida, hábitos alimentares, prática de exercício físico, repouso e lazer	C USP + CP + GL																	
	c) Determinação de valores peso / altura, IMC dos grupos de entreaajuda	C USP + CP + GL																	
	d) Realização efectiva dos encontros dos Grupos de entreaajuda	C USP + CP + GL + Psicóloga + Assistente Social + Nutricionista + Dietista																	
	e) Intervenção focalizada nas famílias dos elementos dos Grupos que possam beneficiar desse tipo de intervenção.	C USP + CP + GL + Psicóloga + Assistente Social + Nutricionista + Dietista																	
	f) Ajuda personalizada, sempre que recomendável (referenciando para consultas de especialidade)	C USP + CP + GL + Psicóloga + Assistente Social + Nutricionista + Dietista																	

Anexo III – Avaliação de 2011, do Põe-te na Linha: Projecto de Combate à Obesidade

PÕE-TE NA LINHA: PROJECTO DE COMBATE À OBESIDADE

Coordenador do Projecto: Nuno Barreta

A avaliação ao projecto é fundamentalmente para percebermos o que já foi feito. De seguida apresentamos os indicadores e metas do projecto, que ainda não se podem avaliar, pois a ainda não dispomos de dados. As actividades desenvolvidas e as não realizadas são apresentadas de forma sucinta. Apesar de não se poder mostrar a avaliação dos indicadores, o projecto está em a ser implementado respeitando o cronograma de actividades proposto.

Indicadores e Metas:

1. % De rastreios efectuados = n° rastreados / n° alunos inscritos
2. % Jovens que participam no projecto = n° de alunos que participam no projecto / n° de alunos IMC » 30 identificados
3. % de participação nas actividades do projecto = n° de participantes nas reuniões de grupo / n° de indivíduos que participam no projecto
4. % de indivíduos que emagreceram = Média do IMC dos presentes nas reuniões / Média do IMC do n° de participantes no projecto com IMC » 30

a. Actividades programadas realizadas:

1. Introdução da temática do combate À obesidade no plano de actividades da USP
2. Actividades de divulgação do projecto junto da comunidade.
 - o Foi divulgado na reunião anual da USP com a comunidade educativa.
3. Formação dos técnicos intervenientes.

4. Monitorização
5. Avaliação da execução
6. Reuniões com Coordenador da USP
7. Reuniões com os Gestores locais do projecto.

b. Actividades programadas não realizadas:

1. Caracterização da população
2. Actividades de divulgação do projecto junto da comunidade.
 - a. Sensibilizar as autarquias para a importância de adesão ao projecto
 - b. Construção de artigos para publicação nos meios de comunicação locais
 - c. Construção de folhetos informativos sobre o projecto, para distribuição aos jovens/professores e pais
3. Identificação do grupo alvo de intervenção
4. Identificação dos grupos de entreaajuda

Para comentário ao projecto de combate à Obesidade: Põe-te na linha, referimos que este, esteve em fase de construção durante o ano de 2011, por este facto não estamos em condições de avaliar os indicadores propostos. As actividades propostas têm vindo a ser desenvolvidas de acordo com a calendarização.

As sugestões que fazemos, é que após a fase piloto, é que torna-se fundamental estender o projecto a todos os estabelecimentos de ensino secundário.