

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio

Promoção de Estilos de Vida Saudáveis em Crianças do 1º Ciclo: Intervir para Prevenir a Obesidade Infantil

Helena Isabel Ribeiro Nunes

Lisboa

2019



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio

Promoção de Estilos de Vida Saudáveis em Crianças do 1º Ciclo: Intervir para Prevenir a Obesidade Infantil

Helena Isabel Ribeiro Nunes

Orientador: Professora Doutora Maria de Lourdes Gil Patrício
Varandas da Costa

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Aos meus avós,
Pela referência que continuam a ser, cada um à sua maneira.

“Que sempre que um homem sonha
o mundo pula e avança
como bola colorida
entre as mãos de uma criança.”

António Gedeão *in* Pedra Filosofal

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas pela sua competência enquanto orientadora, sempre disponível e dedicada. O seu apoio e encorajamento foram determinantes para a concretização deste projeto e a compreensão que senti da sua parte foi motivadora e uma mais valia para continuar.

Ao Enfermeiro José Miguel, especialista em Enfermagem Comunitária e meu orientador no local de estágio, pela disponibilidade constante e confiança transmitida.

A todos os professores da Escola Básica Sampaio Garrido envolvidos na concretização deste projeto, às Professoras Cristina Pereira e Isabel Lopes, sempre disponíveis, prestáveis e facilitadoras.

Às crianças e aos seus encarregados de educação, por toda a colaboração e envolvimento no projeto e sem os quais o mesmo não teria sentido.

À Junta de Freguesia de Arroios pela colaboração e oferta do prémio para a turma vencedora da atividade “Turma + Saudável”.

Aos meus pais, pelo amor incondicional, sempre tão presente e tão sincero.
Sem eles nada seria.

Ao Zé, por todo o seu amor, porque sem ele esta caminhada não teria sido concluída, foi nos seus (a)braços e nas suas palavras que encontrei força para continuar. Mais do que tudo.

A toda a minha família pela compreensão, ajuda e motivação. Aos meus sobrinhos Carminho e Vicente pelos seus sorrisos e abraços, são uma inspiração.

Aos meus amigos, pelas palavras de incentivo, pelos abraços e por todos os bons momentos que partilhamos e me fazem sentir especial.

A todos o meu mais sincero muito obrigada!

SIGLAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS LVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CEBQ - Questionário do Comportamento Alimentar

CES - Comissão de Ética para a Saúde

DGE - Direção Geral da Educação

EBSG - Escola Básica Sampaio Garrido

EIPAS - Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável

ENPAF - Estratégia Nacional para a Promoção de Atividade Física, Saúde e Bem-estar

EpS - Educação para a Saúde

ESPIGA - Estudo de Saúde da População Infantil da Região Alentejo

IMC - Índice de Massa Corporal

NRAPCO - Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development

OI - Obesidade Infantil

PIC - Projeto de Intervenção Comunitária

PNPAS - Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PNPAF - Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PPES - Projeto de Promoção e Educação para a Saúde

QAI - Questionário de Conhecimentos sobre Alimentação Infantil

SPSS - Statistical Package for the Social Science

USP - Unidade de Saúde Pública

WHO - World Health Organization

RESUMO

A obesidade infantil é um importante desafio para a saúde pública face à sua magnitude e gravidade. Desenvolver estratégias para a prevenção precoce é fundamental para melhorar a qualidade de vida das gerações futuras. É necessário criar ambientes protetores e desenvolver projetos que visem a adoção de estilos de vida saudáveis pelas crianças. A escola constitui-se como o *setting* privilegiado para esta intervenção.

O PIC decorreu na USP do ACeS Lisboa Central com o objetivo geral de “Capacitar a comunidade escolar do 1º ciclo e as famílias para a adoção de estilos de vida saudáveis para a prevenção da obesidade infantil durante o ano letivo 2018/2019”.

Foi utilizada a Metodologia do Processo de Planeamento em Saúde e os Modelos de Literacia para a Saúde e de Promoção da Saúde, como modelos norteadores. Para o diagnóstico da situação procedeu-se à análise estatística descritiva dos resultados do questionário ESPIGA e QAI dirigido aos encarregados de educação e à análise de conteúdo da entrevista semiestruturada dirigida aos professores.

Após a priorização dos problemas identificados, formulámos os diagnósticos emergentes e as estratégias selecionadas foram a capacitação e a EpS, tendo sido desenvolvidas atividades promotoras da alimentação saudável e atividade física, dirigidas às crianças, comunidade escolar e às famílias.

Todas as metas foram atingidas, a maioria dos encarregados de educação definiu um plano de ação para melhorar os lanches, a maioria das crianças adquiriu conhecimentos sobre alimentação saudável, todas as turmas aderiram ao concurso “Turma + Saudável” e o manual de promoção da saúde em formato digital foi disponibilizado.

Palavras-chave: Enfermagem Comunitária, Prevenção, Obesidade Infantil, Estilos de Vida Saudáveis, Saúde Escolar.

ABSTRACT

Childhood obesity is a major public health challenge, due to the magnitude and severity of the problem. The development of early prevention strategies is fundamental to improve future generations life quality. Protective environments and community projects should be implemented in order to promote a healthy lifestyle during childhood. The school is the privileged setting for this intervention.

The community intervention project was developed at USP ACeS Lisboa Central. Its main objective was “Empower elementary school community and families to a healthy lifestyle and childhood obesity prevention during 2018/2019 school year”.

The project was developed according to the health planning methodology and the intervention was based on the Health Promotion Model and the Health Literacy Model. For situation diagnosis we performed a descriptive statistical analysis of the results of the ESPIGA and QAI questionnaire addressed to the caregivers and a content analysis of the semi-structured interview addressed to teachers.

After prioritizing the identified problems, we formulated the emerging diagnoses and selected the strategies health education and empowerment. Activities promoting healthy eating and physical activity were directed to children, school community and families.

All goals were achieved, most carers defined an action plan to improve snacks, most children have acquired knowledge about healthy eating, all classes enrolled in the “Most Healthy Class” contest and the digital health promotion handbook has been made available.

Keywords: Community Nursing; Prevention; Childhood obesity; Healthy Lifestyle; School Health Promotion

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1 Obesidade Infantil – Um Problema de Saúde Pública	16
1.2 Determinantes da Obesidade Infantil	19
1.3 Promoção da Saúde e Prevenção da Obesidade Infantil – Contexto Escolar	23
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	26
2.1 Modelo de Literacia para a Saúde de Sørensen et al	26
2.2 Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	27
3.METODOLOGIA – PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE	30
3.1 Tipo de estudo	31
3.2 Diagnóstico da situação	31
3.2.1 Contexto	31
3.2.2 População alvo e amostra	32
3.2.3 Instrumentos de Colheita de dados	32
3.2.4 Procedimentos Éticos	34
3.2.5 Apresentação e Análise de Resultados	35
3.2.6 Identificação de Problemas e Diagnósticos de Enfermagem	48
3.3 Definição de Prioridades	49
3.4 Fixação de Objetivos	50
3.5 Seleção de Estratégias	52
3.6 Preparação Operacional – Programação	54
3.7 Avaliação	56
4. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DO PROJETO	59
5. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO	60
CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES	

Apêndice I - Scoping Review

Apêndice II - Modelo de Literacia para a Saúde de Sørensen et al

Apêndice III - Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender
Apêndice IV - Cronograma do Projeto de Intervenção Comunitária
Apêndice V - Entrevista Semiestruturada Dirigida aos Professores
Apêndice VI - Questionário Dirigido aos Encarregados de Educação
Apêndice VII - Autorização para Utilização do Questionário ESPIGA
Apêndice VIII - Autorização para Utilização do Questionário QAI
Apêndice IX - Consentimento Informado Dirigido aos Encarregados de Educação
Apêndice X - Consentimento Informado Dirigido aos Professores
Apêndice XI - Autorização da Diretora Executiva do ACeS
Apêndice XII - Autorização da DGE para Aplicação de Inquérito em Meio Escolar
Apêndice XIII - Parecer Intermédio da CES ARS LVT
Apêndice XIV - Parecer Favorável da CES ARS LVT
Apêndice XV - Apresentação e Análise Descritiva dos Resultados do Questionário
Apêndice XVI - Transcrição das Entrevistas e Análise de Conteúdo
Apêndice XVII - Identificação de Problemas e Diagnósticos de Enfermagem
Apêndice XVIII - Grelha de Análise
Apêndice XIX - Planeamento e Execução das Atividades Programadas
Apêndice XX - Questionário de Avaliação da Satisfação – Atividade 1
Apêndice XXI - Ficha de Avaliação sobre Alimentação Saudável – Atividade 3
Apêndice XXII - Avaliação das Atividades Programadas

ANEXOS

Anexo I - Determinantes Sociais da Saúde – Modelo de Dahlgren e Whitehead
Anexo II - Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Estilos de vida: frequência de consumo de alimentos e bebidas das crianças	38
Gráfico 2. Estilos de vida: distribuição das crianças em função do tipo de transporte utilizado na deslocação de e para a escola, distância e segurança do percurso	40
Gráfico 3. Estilos de vida: frequência de crianças que praticam exercício físico organizado e a sua distribuição em função do número de horas semanal	41
Gráfico 4. Estilos de vida: número de horas por dia de atividade física espontânea das crianças durante a semana e aos fins de semana	41
Gráfico 5. Estilos de vida: número de horas por dia de atividades sedentárias das crianças durante a semana e aos fins de semana	42
Gráfico 6. Distribuição do conhecimento dos encarregados de educação sobre alimentação infantil por níveis	45

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Definição de prioridades através da técnica Grelha de Análise	50
Quadro 2. Atividades programadas para o projeto	55
Quadro 3. Avaliação dos indicadores de resultado.....	57
Quadro 4. Avaliação dos indicadores de atividade	58

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Características individuais: antecedentes pessoais e familiares36

Tabela 2. Determinantes sociais das famílias: condições de vida e de trabalho 44

INTRODUÇÃO

A nível mundial a prevalência de excesso de peso é preocupante e assustadora, dados da World Health Organization (WHO) referem que em 2016, 39% da população mundial acima dos 18 anos sofria de pré-obesidade e 13% de obesidade. Quando consideramos a população infantil, 340 milhões de crianças e adolescentes com idades entre os 5 e os 19 anos, no mesmo ano, tinham excesso de peso (inclui pré-obesidade e obesidade) (“Obesity and overweight,” n.d.). A realidade do nosso país é sobreponível, em Portugal 57% dos adultos e cerca de um terço das crianças apresentam excesso de peso (Ministério da Saúde, 2018), ainda assim, segundo os últimos relatórios Health at a Glance, tem-se verificado uma melhoria. Em 2017 Portugal apresentava uma prevalência de excesso de peso infantil superior à média dos países da Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) e em 2018, esta era ligeiramente inferior, contudo, ainda longe dos melhores resultados (OECD, 2017) (OECD/EU, 2018).

A obesidade infantil é responsável pelo surgimento de vários problemas de saúde tanto a nível físico como psicológico, tendo um impacto significativo na qualidade de vida e no bem-estar emocional das crianças e dos adolescentes. Além das repercussões a curto e médio prazo, a evidência científica mostra que uma criança com excesso de peso apresenta uma probabilidade acrescida de se tornar num adulto com excesso de peso. Podemos afirmar que a prevalência da obesidade infantil se constitui como um preditor do estado de saúde futuro da sociedade, nomeadamente no que à incidência de doenças crónicas diz respeito, como sejam as doenças cardiovasculares, a diabetes *mellitus* tipo II e as neoplasias. (Stewart, 2015)

Característico da sociedade contemporânea, o ambiente obesogénico atual, resultante das alterações das condições de vida e das alterações significativas nos estilos de vida individuais e coletivos ao longo dos últimos anos, contribui para o aumento da prevalência da obesidade infantil. Como consequências da transição socioeconómica e nutricional, a alimentação das famílias alterou-se substancialmente, resultando no abandono progressivo da dieta mediterrânica e na sua substituição por alimentos processados e pré-confeccionados, em paralelo, verifica-se o aumento do tempo gasto em atividades sedentárias e a diminuição da prática de atividades físicas (Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge, Rito, & Graça, 2015) (DGS, 2015a)

(Gortmaker et al., 2011) (Stewart, 2015). Esta realidade reflete-se nos dados nacionais. Na atualidade, os fatores de risco que mais contribuem para o total de anos de vida saudável perdidos pela população portuguesa são os hábitos alimentares inadequados, a hipertensão arterial e o índice de massa corporal (IMC) elevado. A alimentação é o determinante em saúde com maior repercussão no estado de saúde das crianças entre os 5 e os 14 anos de idade. (DGS, 2015a)

A nível local, no Plano Local de Saúde de Lisboa Central 2018-2021, o excesso de peso surge como o 3º diagnóstico ativo mais frequente e é simultaneamente, fator determinante dos dois primeiros, a hipertensão e a alteração do metabolismo dos lípidos. (Quitério et al., 2018)

Sendo a saúde individual afetada pelas escolhas feitas em cada uma das fases do ciclo de vida, a intervenção precoce para prevenção da obesidade infantil merece especial atenção. Assim, no âmbito do Mestrado em Enfermagem, área de especialização de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, é desenvolvido o projeto de intervenção comunitária “Promoção de Estilos de Vida Saudáveis em Crianças do 1º Ciclo: Intervir para Prevenir a Obesidade Infantil” que apresenta como objetivo geral “Capacitar a comunidade escolar do 1º ciclo e as famílias para a adoção de estilos de vida saudáveis para a prevenção da obesidade infantil durante o ano letivo 2018/2019”. O estágio decorreu na Unidade de Saúde Pública (USP) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Lisboa Central, na área da saúde escolar, no período compreendido entre 24 de setembro de 2018 e 8 de fevereiro de 2019. Do desenvolvimento deste projeto resulta o presente relatório de estágio.

Do ponto de vista metodológico, utilizamos para a consecução deste projeto de intervenção comunitária a metodologia do processo de planeamento em saúde, realizando as etapas do mesmo: diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional - programação e avaliação. Para a fundamentação teórica realizamos uma *Scoping Review* que permite mapear as estratégias de prevenção da obesidade infantil em crianças do 1º ciclo do ensino básico, através da análise dos artigos científicos pesquisados. O Modelo de Literacia para a Saúde de Sørensen et al e o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender são utilizados como referenciais conceptuais. Estes contribuem, respetivamente, para a compreensão do processo de aquisição de competências e de conhecimentos que permitem aplicar a informação sobre saúde, e

para a compreensão do processo de mudança de um comportamento de risco para um comportamento promotor de saúde.

Estruturalmente este trabalho encontra-se dividido em 5 partes: Parte I - o enquadramento teórico onde são apresentados os principais resultados da pesquisa científica relacionada com a temática; Parte II - o enquadramento conceptual, onde são apresentados os modelos teóricos que orientam o desenvolvimento deste trabalho; Parte III – explicamos a metodologia, seguindo o processo de planeamento em saúde e apresentamos os procedimentos/métodos realizados em cada uma das suas etapas e a discussão dos resultados; Parte IV – as limitações de sugestões do projeto, onde refletimos sobre a implementação do mesmo; Parte V – reflexão sobre o desenvolvimento de competência em enfermagem comunitária e por fim, apresentamos a conclusão.

A realização deste projeto contribui para o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na medida em que se realiza a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, tendo por base a metodologia do processo de planeamento em saúde, e a partir da qual se desenvolvem ações que visam a capacitação da comunidade escolar (Regulamento n.º 428/2018, 2018). Contribui também para o desenvolvimento de competências para atribuição do grau de mestre em enfermagem de acordo com o decreto-lei nº 65/2018 (Decreto Lei nº 65/2018, 2018) e com os descritores de Dublin (Joint Quality Initiative informal group, 2004). Os conhecimentos sobre prevenção de obesidade infantil são aprofundados e aplicados em saúde escolar com o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, num novo contexto de prática assente na cooperação interdisciplinar e na tomada de decisão baseada nos princípios ético-legais subjacentes. O projeto termina com a divulgação das principais conclusões. Todo o processo permite a replicabilidade da intervenção em contextos similares por outros profissionais, e pessoalmente, permite o desenvolvimento da auto-aprendizagem baseada num processo metodológico, cientificamente fundamentado e autónomo.

O presente relatório é elaborado segundo o Guia para Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2018) que contempla as normas APA (American Psychological Association) e é escrito ao abrigo do novo acordo ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A fundamentação teórica de um trabalho científico é essencial para a compreensão dos conceitos e das teorias subjacentes e contribui de forma decisiva para a qualidade do mesmo, deve assim ser baseada na melhor evidência disponível e ser congruente com o objetivo delineado. Neste pressuposto realizamos uma revisão sistemática da literatura do tipo *Scoping Review* seguindo a metodologia do The Joanna Briggs Institute (2014). A pesquisa é efetuada através da plataforma de pesquisa EBSCO com recurso às bases de dados MEDLINE e CINAHL tendo como questão de partida “Como prevenir a obesidade infantil em crianças do 1º ciclo do ensino básico?” e como objetivo “Mapear as estratégias de prevenção da obesidade infantil em crianças do 1º ciclo do ensino básico” (Apêndice I). Pela sua relevância e interesse, incluímos outras referências que resultam da consulta de livros e de relatórios institucionais e da pesquisa de artigos científicos disponíveis em outras bases de dados e acedidos através do motor de pesquisa Google Académico.

1.1 Obesidade Infantil – Um Problema de Saúde Pública

A obesidade, a doença mais prevalente a nível mundial na infância e na adolescência, é considerada pela WHO uma epidemia e a sua dimensão é alarmante tanto em países desenvolvidos como em países em vias de desenvolvimento. A nível mundial, dados de 2016, indicam a existência de 41 milhões de crianças com menos de cinco anos com pré obesidade ou obesidade. Caso a tendência atual se mantenha, é previsível que em 2025, 70 milhões de crianças apresentem peso corporal acima do recomendado. (“WHO | Facts and figures on childhood obesity,” 2017)

Os dados disponíveis em Portugal sobre a prevalência da obesidade infantil, indicam uma tendência consistente de descida nos últimos anos, no entanto, continuamos um dos países da europa onde este problema é preocupante (DGS, 2015a) (Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge et al., 2015) (WHO, 2017). No relatório Health at a Glance 2018, onde constam os principais indicadores da OECD, Portugal apresenta uma prevalência de obesidade infantil semelhante à média dos países constituintes, ainda longe de atingir os melhores resultados (OECD/EU, 2018). De acordo com o relatório do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) de 2017, cerca de uma em cada três crianças portuguesas

apresenta excesso de peso (pré-obesidade e obesidade). Neste mesmo relatório a prevalência de crianças com menos de 10 anos com excesso de peso é de 25% (Obesidade: 7,7%; Pré-obesidade: 17,3%), e nos adolescentes com idades entre os 10 e os 17 anos, esta prevalência sobe para os 32,3% (Obesidade: 8,7%; Pré-obesidade: 23,6%) (PNPAS, 2017). Os dados mais recentes, publicados no estudo COSI Portugal 2019, indicam que a prevalência de excesso de peso nas crianças com idades entre os 7 e os 9 anos de idade diminuiu novamente, era de 30,7% em 2016 sendo atualmente de 29,6%. Se consideramos apenas a prevalência de obesidade, esta diminuição não se verificou, antes subiu de 11,7% em 2016 para 12% em 2019. Verifica-se ainda que esta prevalência aumenta com a idade das crianças, aos 6 anos 10,8% das crianças apresenta obesidade enquanto que aos 8 anos são 15,3% das crianças com este problema. (INSA, 2019) (PNPAS, Gregório, Guedes, & Mendes de Sousa, 2019)

Em consonância com estes dados e com as orientações emanadas pela União Europeia e pela WHO, uma das metas apresentadas no Plano Nacional de Saúde – revisão e extensão a 2020 (PNS) é “controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020” (DGS, 2015, p.12). (WHO-Europe, 2013) (European Commission, 2014) (WHO-Europe, 2015)

A obesidade infantil é definida pela WHO (2014) como uma acumulação anormal ou excessiva de gordura que acarreta consequências negativas para a saúde das crianças. Estas consequências traduzem-se em problemas a curto, médio e longo prazo, tendo impacto na qualidade de vida durante a infância, adolescência e idade adulta. Significa isto, que a obesidade infantil se constitui como uma carga crescente para a doença das gerações futuras.

O ganho de peso na infância e adolescência é consequência de um balanço energético positivo caracterizado por uma ingestão calórica superior às necessidades e à energia despendida em atividades físicas, que proporciona um aumento e uma acumulação do número de adipócitos, contribuindo para a sua manutenção na idade adulta. A WHO considera o período pré-natal (3º trimestre de gravidez), as idades entre os 5 e os 7 anos (período do ressalto adipocitário) e a adolescência, as fases críticas para o desenvolvimento da obesidade persistente na idade adulta. (WHO, 2000) (A. Lopes, 2012)

As repercussões mais precoces da obesidade infantil manifestam-se tanto a nível físico como psicossocial. As crianças com excesso de peso (pré obesidade e obesidade) podem apresentar doenças musculoesqueléticas, problemas respiratórios, apneia do sono, distúrbios gastrointestinais, entre outras (Han, Lawlor, & S Kimm, 2010) (Stewart, 2015). As manifestações do foro psicossocial são geralmente as primeiras a surgir e são também as mais frequentes, estão intimamente relacionadas com a autoimagem e incluem baixa autoestima, problemas comportamentais, dificuldades relacionais, baixo rendimento escolar e *bullying*. A ridicularização pelos pares e a discriminação em brincadeiras conduz ao estigma social e até à depressão levando ao isolamento social (De Niet & Naiman, 2011) (Rêgo & Peças, 2012) (Kalra, De Sousa, Sonavane, & Shah, 2012). Estas consequências, pela magnitude e gravidade que representam, são impeditivas do desenvolvimento adequado e harmonioso destas crianças pela diminuição do seu bem-estar.

Cerca de 60% das crianças obesas serão adultos obesos que apresentarão maior probabilidade de desenvolver diabetes tipo II, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e problemas psicossociais em idades mais jovens (Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge et al., 2015) (Stewart, 2015). Estas complicações conduzem a uma diminuição no número de anos vividos com qualidade, à morte prematura e acarretam um impacto económico significativo para o próprio e para o país. Estima-se que em Portugal a obesidade representa 2,8% do gasto anual em saúde. (Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge et al., 2015)

Para debelar este grave problema, a Direção-Geral da Saúde (DGS) considera, desde 2012, a promoção da alimentação saudável uma área crucial, sendo o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) um dos programas prioritários em Portugal. Para dar cumprimento aos objetivos a que se propõe e às diretrizes europeias e da WHO, é desenvolvida uma estratégia intersectorial, conduzida pela DGS e coordenada pelo PNPAS, com a parceria de outros ministérios, através da implementação da Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS). Por outro lado, em 2013 a DGS realizou em Coimbra, em colaboração com a Região Europeia da WHO, uma Reunião de Consenso sobre Orientações para a Recomendação de Atividade Física, sendo a sua promoção outra das áreas prioritárias nacionais, Portugal apresenta desde 2016 um Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF) assente na

Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem-Estar (ENPAF).

Mais recentemente, foram implementadas novas medidas para combater os hábitos alimentares inadequados. De acordo com a evidência científica, políticas de regulação de preços, executadas através da taxação de alimentos e bebidas prejudiciais à saúde, conduzem a uma diminuição da compra e do consumo dos alimentos taxados. No Orçamento de Estado para 2017 aprovou-se então a criação de um Imposto Especial sobre o Consumo a ser aplicado sobre o preço das bebidas adicionadas de açúcar ou edulcorantes, tais como refrigerantes e águas aromatizadas, entre outras. (Lei nº42/2016 de 28 de dezembro)

Prosseguindo no sentido de modificar a disponibilidade alimentar, foi estabelecido em 2018 e continuado no primeiro semestre de 2019, um protocolo entre a DGS e vários setores da indústria alimentar e de distribuição para reformular o perfil nutricional de algumas categorias de alimentos hipercalóricos e/ou com elevado teor em sal com o objetivo de reduzir o seu consumo. Apesar de avanços significativos, ainda não foi possível chegar a acordo relativamente à reformulação de categorias como bolachas, biscoitos, fiambres e queijos. (PNPAS et al., 2019)

Outra das medidas implementada, em linha com os objetivos do PNPAS, foi a publicação, em abril de 2019, da lei que permite restringir campanhas publicitárias e de *marketing* a produtos alimentares e bebidas com elevado teor de açúcar, ácidos gordos saturados, ácidos gordos *trans* ou sal dirigidas a crianças até aos 16 anos. A aplicação desta lei é mais um importante contributo para a redução do consumo destes produtos pelas crianças e jovens. (Lei nº 30/2019 de 23 de abril)

1.2 Determinantes da Obesidade Infantil

Os determinantes sociais da saúde dizem respeito às condições sociais que influenciam a vida das pessoas e afetam a sua saúde. São as variáveis socioeconómicas, culturais e comportamentais que se interrelacionam e influenciam, de forma positiva ou negativa, os fatores de risco e a ocorrência de problemas de saúde nas comunidades. Os determinantes são potencialmente modificáveis através da educação e da literacia em saúde. Estão intimamente relacionados com as iniquidades em saúde, intervir sobre os determinantes sociais da saúde é contribuir para a diminuição das desigualdades, sendo para isso necessário identificar os pontos

de vulnerabilidade e planejar intervenções a eles dirigidos, só assim se consegue reverter o seu impacto. (Buss & Filho, 2007)

O modelo de Dahlgren & Whitehead (1992) (Anexo I) é uma representação esquemática dos determinantes sociais da saúde distribuídos em camadas. No nível mais interno encontram-se representados os indivíduos e as suas características e nos níveis mais externos os fatores ambientais. Entre estes encontram-se os estilos de vida, uma vez que os comportamentos individuais dependem não só da decisão pessoal, mas são também condicionados pela influência do meio (Buss & Filho, 2007). Segundo a DGS (2004) os estilos de vida podem ser entendidos como “o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida em diferentes situações sociais” (p.2) e são a chave para a prevenção da obesidade infantil.

Os determinantes sociais da saúde que influenciam a prevalência da obesidade infantil podem assim ser incluídos neste modelo e devem ser conhecidos e avaliados. De entre os fatores individuais destaca-se o sexo, a idade das crianças e os fatores genéticos ou fisiológicos. Em relação aos comportamentos e estilos de vida, são identificados o padrão alimentar, o ambiente familiar das refeições, a influência dos pais nas escolhas e nas preferências alimentares, a atividade física (sedentarismo) e o padrão de sono. As redes sociais e comunitárias influenciam o processo de socialização da criança e incluem por exemplo o ambiente escolar, a disponibilidade de estabelecimentos desportivos, a existência de restaurantes *fast food* e ainda a exposição das crianças a conteúdos publicitários capazes de influenciar as suas escolhas. As condições de vida e de trabalho abrangem a disponibilidade dos alimentos e o acesso aos mesmos pois condicionam os rendimentos das famílias. Quanto às condições socioeconómicas, culturais e ambientais, são identificados como principais determinantes o estatuto socioeconómico do país e o nível de literacia da população, estes exercem influência direta sobre todas as outras dimensões. (Sancho et al., 2014) (Sahoo et al., 2015) (Filipe, Godinho, & Graça, 2016)

A obesidade infantil resulta então quase sempre da interação de fatores ambientais com escolhas de estilos de vida, estando mais raramente associada a causas orgânicas. A sua etiologia é complexa e multifatorial, pode decorrer de fatores endógenos como fatores genéticos, endócrinos e hormonais e de fatores exógenos como ambientes obesogénicos, determinantes sociais desfavoráveis e

comportamentos individuais, sendo os fatores exógenos os grandes responsáveis por este problema. Os comportamentos individuais incluem as escolhas relacionadas com os hábitos alimentares e com a atividade física, sendo os estilos de vida largamente influenciados pelos fatores ambientais e pelos determinantes sociais. (Stewart, 2015)

Os maus hábitos alimentares nas crianças caracterizam-se pelo consumo excessivo de alimentos hipercalóricos, ricos em açúcares e em gorduras e pelo consumo insuficiente de vegetais, frutas e cereais, a este padrão associa-se ainda a ingestão de refrigerantes, cada vez mais frequente. (Sahoo et al., 2015)

Relativamente à prática de atividade física, vários estudos corroborados pela WHO evidenciam os seus benefícios ao longo do ciclo de vida, constituindo-se como um pré-requisito tanto para a saúde física como para a saúde mental. Para mais, sabe-se que os seus benefícios são cumulativos, quanto mais anos de comportamentos ativos e saudáveis melhor a qualidade de vida a longo prazo. Incentivar estes comportamentos desde cedo garante às crianças um desenvolvimento saudável e concomitantemente uma diminuição da carga da doença associada à redução da incidência das doenças crónicas e das suas complicações na idade adulta e idosa. (WHO-Europe, 2016)

As recomendações para a prática de atividade física pelas crianças são consensuais entre várias entidades como a WHO, a União Europeia e a DGS (WHO, 2015b) (Instituto do Desporto de Portugal, 2009) (Commission of the European Communities, 2007), no Livro Verde da Atividade Física (Baptista et al., 2011) podemos ler:

As crianças e adolescentes, dos 6 aos 17 anos, devem acumular diariamente (prática intermitente com breves períodos de pausa ou recuperação) 60 minutos (1 hora) de actividade física de intensidade pelo menos moderada, dos quais 20 a 30 minutos devem ser de actividade vigorosa. (Baptista et al., 2011, p.15)

No entanto, o nível de atividade física das crianças tem vindo a diminuir, as crianças adotam cada vez mais um estilo de vida sedentário no qual se verifica um aumento do tempo gasto em atividades com pouco dispêndio energético tais como ver televisão, jogar videojogos ou utilizar a *internet* no computador ou noutros dispositivos *smart*. Paralelamente as crianças dedicam menos tempo a brincadeiras ao ar livre como correr, andar de bicicleta ou jogar futebol. Até o percurso para a escola é atualmente feito de carro ou de transportes públicos e não a pé como acontecia anteriormente. (Leung, Agaronov, Grytsenko, & Yeh, 2012) (Pearson, Braithwaite, Biddle, van Sluijs, & Atkin, 2014) (Rodrigues, Alves, & Amorim, 2015)

A obesidade infantil está associada à situação socioeconómica da família, esta influencia o acesso e a escolha de alimentos. As famílias com rendimentos mais baixos tendem a consumir alimentos mais calóricos, mas com menor valor nutricional (Bann, Johnson, Li, Kuh, & Hardy, 2018). É também influenciada negativamente pelo baixo nível de escolaridade dos pais, o nível de conhecimentos destes sobre alimentação saudável condiciona os comportamentos alimentares e de atividade física. (Han et al., 2010) (Sassi, 2010) (Stewart, 2015) (Hruby & Hu, 2015)

Face à realidade que os dados apresentados retratam, a obesidade infantil é um grave problema de saúde pública, trata-se de uma condição com enorme impacto na qualidade de vida das crianças e um preditor da morbilidade e da mortalidade na idade adulta. As crianças sofrem física e emocionalmente, há uma degradação da imagem corporal com todas as suas repercussões, intervir precocemente é urgente, é necessário reverter este problema.

A melhor forma de o conseguir é através da prevenção. A adoção de estilos de vida saudáveis por parte das crianças é fundamental, a má nutrição e os maus hábitos alimentares associados ao sedentarismo terão de ser substituídos pelo aumento do consumo de frutas, hortícolas e cereais combinado com uma prática regular de atividades físicas. Promover a saúde durante a infância é incutir desde sempre estilos de vida saudáveis, é durante esta fase do desenvolvimento que o padrão alimentar e os hábitos de atividade física são adquiridos, daí a importância da intervenção nesta faixa etária. (Han et al., 2010) (Camarinha, Ribeiro, & Graça, 2015) (Slade, 2016)

As crianças com 7 e 8 anos de idade, de acordo com a Teoria do Desenvolvimento Cognitivo de Piaget, encontram-se no estágio das operações concretas. Nesta fase, a criança apresenta um pensamento lógico, mas com bases concretas, consegue observar, analisar e concluir e o pensamento é mais flexível, no entanto, precisa de acontecimentos e objetos concretos para suportar as operações mentais. Ao nível das relações interpessoais, é capaz de distinguir o seu ponto de vista do dos outros e consegue cooperar. Tem capacidade para distinguir o bem e o mal, o certo e o errado. (Piaget, 1983)

A escola, pela posição privilegiada que ocupa na vida das crianças, por ser um local de socialização e educação, é o *setting* ideal para intervir na promoção de estilos de vida saudáveis contribuindo para a prevenção da obesidade infantil. (DGS, 2015b)

1.3 Promoção da Saúde e Prevenção da Obesidade Infantil – Contexto Escolar

A Carta de Ottawa, subscrita em 1986 na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, reconhece a saúde como o mais importante recurso para atingir o bem-estar e qualidade de vida. Nela o conceito de promoção da saúde é clarificado e entende-se como todas as ações desenvolvidas para melhorar as competências necessárias para atingir o potencial máximo de saúde individual e coletiva. Pretende-se a adoção de comportamentos saudáveis e preventivos conducentes a uma melhor qualidade de vida e é realçada a responsabilidade de outros setores, para além da saúde, na consecução deste objetivo. Reconhece-se que o meio influencia as escolhas individuais evidenciando a necessidade de implementar ações intersectoriais e desenvolver políticas públicas de saúde potenciadoras de estilos de vida saudável. No entanto, este documento de referência para a saúde pública, realça também a responsabilidade individual e apresenta o processo de capacitação como fundamental para o *empowerment* individual que permite a cada pessoa fazer escolhas saudáveis. Simultaneamente garante a equidade no acesso aos recursos, fundamental para diminuir as desigualdades em saúde nas comunidades. (WHO, 1986)

Os dados da evidência científica salientam a importância da promoção da saúde no combate à obesidade infantil e reforçam que é através da sua prevenção que a intervenção deve ser implementada em contexto escolar. Elinder, Patterson, Nyberg & Norman (2018) referem que a prevenção da obesidade infantil é a forma mais sustentável de intervenção, tanto da perspectiva económica como do ponto de vista ético e reforça que os programas de saúde escolar devem contribuir para diminuir as desigualdades no consumo alimentar e na prática de atividade física.

Ainda em linha com as orientações da Carta de Ottawa, vários estudos identificam as políticas públicas intersectoriais como fundamentais para o sucesso dos programas de saúde escolar na prevenção da obesidade infantil (Phillips et al., 2013) (Safdie et al., 2013). Nihiser, Merlo & Lee (2013) acrescentam que o ambiente escolar tem uma importância significativa no controlo do balanço energético e que este é beneficiado pelas ações estratégicas desenvolvidas em parceria com as várias entidades da comunidade. No entanto, esta intervenção não é por si só suficiente, outros estudos reforçam que para haver mudança de comportamento decorrente dos programas de saúde escolar é necessário o compromisso conjunto das crianças, das

famílias e da comunidade escolar (Lloyd & Wyatt, 2015) (Jago et al., 2015) (Nyberg, Norman, Sundblom, Zeebari, & Elinder, 2016) (Vilchis-Gil, Klünder-Klünder, Duque, & Flores-Huerta, 2016) (Johnson, Montgomery, Clarck, & Taylor, 2017)

A família, especialmente os pais, como contexto de crescimento e desenvolvimento das crianças, representam os modelos a seguir e por isso detêm um papel fulcral no estabelecimento dos estilos de vida, nomeadamente no padrão alimentar e no de atividade física. As práticas alimentares familiares determinam comportamentos relacionados com o tipo e a quantidade de alimentos ingeridos, os horários e o ambiente das refeições. Também os hábitos de atividade física são influenciados pelas experiências em família, assim, é no seu seio que os hábitos de vida saudáveis são transmitidos, adotados e continuados. (Sahoo et al., 2015)

A literatura evidencia ainda que os programas de saúde escolar, para serem efetivos, devem incluir estratégias desenvolvidas a longo termo e ser adaptados às necessidades da população local, às suas características culturais e aos recursos disponíveis. (Nihiser et al., 2013) (Ickes, McMullen, Haider, & Sharma, 2014)

Atendendo à realidade atual, em que as novas tecnologias se constituem como uma ferramenta útil, dois estudos realizados com intervenções presenciais e remotas, através de informação divulgada por mensagens de texto via telefone e *website*, dirigidas aos pais e às crianças, mostram resultados positivos na adoção de comportamentos saudáveis e na redução do índice de massa corporal (IMC), abrindo caminho para uma nova realidade que deve ser explorada e tida em conta. (Criss et al., 2016) (Vilchis-Gil et al., 2016)

O foco da promoção da saúde no combate à obesidade infantil, é pois a capacitação e a equidade, pretende-se que cada um esteja habilitado para controlar os determinantes que influenciam a sua saúde, e para tal é necessário informação acessível, educação para a saúde (EpS) e estimulação das competências (WHO, 1986). A EpS é qualquer atividade planeada capaz de proporcionar aprendizagens relativas ao processo de saúde-doença, tem como objetivo melhorar o nível de conhecimentos e a compreensão para promover a consciência crítica e converter indivíduos em promotores de mudança. (Whitehead, 2004) (Kumar & Preetha, 2012)

A saúde escolar é pois o referencial para a promoção da saúde em contexto escolar (DGE, 2014), estudos científicos mostram que um programa de saúde escolar efetivo apresenta um impacto positivo na diminuição de problemas de saúde e na

redução de comportamentos de risco associados a estilos de vida e ao meio ambiente. (Langford, Bonell, Jones, & Campbell, 2015)

O Programa Nacional de Saúde Escolar 2015 (PNSE | 2015) é o documento orientador a nível nacional para a promoção da saúde em contexto escolar, foi elaborado de acordo com as orientações nacionais e internacionais, seguindo as disposições vigentes no PNS 2012-2016 e a sua extensão a 2020, os objetivos e as estratégias da WHO e os princípios das escolas promotoras de saúde. É o resultado da adaptação dos anteriores programas aos atuais desafios que a população portuguesa enfrenta ao nível da saúde, nomeadamente a obesidade. Apresenta como objetivo “Promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa” sendo a alimentação saudável e atividade física duas das áreas de intervenção prioritárias. (DGS, 2015b) (DGS, 2015c)

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

No processo de capacitação, o papel da saúde escolar é o de desenvolver medidas de promoção da saúde alicerçadas na literacia para a saúde e dirigidas à comunidade escolar. São apresentados seguidamente os dois modelos teóricos de referência para o desenvolvimento deste projeto.

2.1 Modelo de Literacia para a Saúde de Sørensen et al

A literacia para a saúde, entendida como o conjunto de competências e conhecimentos que permitem aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação sobre saúde, capacita os cidadãos para promover, manter ou melhorar a sua saúde em diferentes contextos de vida. Constitui assim um importante determinante da saúde e um baixo nível de literacia é um fator de risco para várias doenças, incluindo a obesidade. (Sørensen, Van Den Broucke, Fullam, Doyle, & Pelikan, 2012) (Saboga-Nunes, Sørensen, & Pelikan, 2014) (Goes et al., 2015)

Como resultado de uma revisão da literatura, Sørensen et al (2012) apresentam um modelo conceptual sobre literacia para a saúde cuja representação adaptada do mesmo apresentamos (Apêndice II). Este modelo destaca as principais dimensões conceptuais da literacia para a saúde, apresenta os determinantes que sobre ela têm impacto (fatores proximais, distais e de contexto) e a influência que esta exerce nos resultados em saúde. (Sørensen et al., 2012)

As dimensões da literacia para a saúde referem-se às competências relacionadas com o processo de acesso, compreensão, avaliação e aplicação da informação em saúde. O acesso relaciona-se com a habilidade de procurar, encontrar e reter informação, a compreensão é a capacidade de perceber a informação acedida, a avaliação refere-se à habilidade de interpretar, filtrar e julgar a informação assimilada, e por último, a aplicação relaciona-se com a capacidade de utilizar e de transmitir a informação no processo de tomada de decisão. O processo de literacia para a saúde gera conhecimento e competências que permitem às pessoas movimentarem-se nos três domínios da saúde: cuidados de saúde (curativos/paliativos), prevenção da doença e promoção da saúde. A combinação destes três domínios com as quatro dimensões dá origem a 12 subdimensões que permitem avaliar o nível de literacia para a saúde de uma população. Assim, esta

progressiva aquisição de conhecimentos e de competências conduz a uma maior autonomia e ao *empowerment*, passando-se de um desempenho passivo para uma participação proativa no processo de prevenção da doença e promoção da saúde. Concretamente, para a prevenção da obesidade infantil, o foco centra-se nos domínios prevenção da doença e promoção da saúde, integrando uma perspetiva de saúde pública (Sørensen et al., 2012). São apresentadas (apêndice II) as competências associadas a cada dimensão para prevenção da obesidade infantil e promoção da saúde de acordo com a literatura.

Além dos componentes da literacia para a saúde, este modelo apresenta os fatores que a influenciam fazendo uma distinção entre os fatores proximais, distais e de contexto. Os proximais referem-se aos determinantes pessoais como a idade, o estatuto socioeconómico, o emprego e a escolaridade, os distais estão relacionados com os determinantes sociais e ambientais como sejam as políticas públicas e a cultura, e por fim, os de contexto referem-se à influência da família e dos pares, ao uso dos meios de comunicação e ao espaço físico (Sørensen et al., 2012). Estes determinantes estão intimamente relacionados com os determinantes sociais da saúde anteriormente referidos, que influenciam os comportamentos e as oportunidades das comunidades e podem, na nossa opinião, ser analisados segundo o modelo de Dahlgren e Whitehead (1992).

A última componente que o modelo integra é referente aos indicadores de resultado que permitem avaliar o impacto do nível de literacia no acesso e na utilização dos sistemas de saúde e que incluem, por exemplo, os comportamentos e o seu impacto nos resultados em saúde, e a participação mediada pelo *empowerment*. (Sørensen et al., 2012) (Saboga-Nunes et al., 2014)

Estes níveis de literacia para a saúde devem ser progressivamente adquiridos em contexto de saúde escolar, ao longo do percurso educativo das crianças, ou seja, de acordo com a sua fase de desenvolvimento e maturação. A relação entre os indicadores de saúde e os níveis de literacia permite-nos antecipar o panorama futuro relativo ao emprego, à cidadania e ao nível global de saúde. (Loureiro & Miranda, 2016)

2.2 Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

O Modelo de Promoção da Saúde desenvolvido por Nola Pender tem na sua génese a saúde como um construto positivo que todos pretendem alcançar, sendo esta autodefinida. Este modelo pressupõe uma abordagem holística e cuidados

centrados no indivíduo, grupo ou comunidade. Alicerça-se na Teoria da Aprendizagem Social na qual, o comportamento em saúde resulta da interação entre os fatores cognitivos e intrínsecos ao indivíduo, e o meio em que este se insere, influenciando-se estes reciprocamente pelo processo de modelação. Este processo relaciona-se com a observação e imitação de modelos significativos (por exemplo: pais, professores). As pessoas, e particularmente as crianças, adotam mais facilmente estilos de vida saudável quando observam esses comportamentos no seio familiar, no grupo de pares ou nas suas referências sociais. (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015)

O Modelo de Promoção da Saúde permite analisar os fatores que contribuem para a mudança de um comportamento de risco para um comportamento promotor de saúde, pela aquisição de conhecimentos e pelo processo de capacitação da pessoa ou da comunidade, tendo em conta a influência do meio. Este processo de promoção da saúde é, pois, apresentado como o resultado da inter-relação de três variáveis principais: características e experiências individuais, conhecimentos e sentimentos sobre o comportamento pretendido e resultado do comportamento (Apêndice III). (Pender et al., 2015)

As características individuais referem-se aos fatores pessoais nos quais se incluem fatores biológicos (IMC, idade, género), psicológicos (motivação, autoestima) e socioculturais (estatuto socioeconómico e nível de escolaridade). Apesar de alguns destes fatores não poderem ser modificáveis é necessário reconhecer a sua influência no comportamento. Por seu lado, as experiências individuais estão relacionadas com os hábitos e emoções afetas ao comportamento prévio, isto é, aquele que se pretende alterar. (Pender et al., 2015)

Os conhecimentos e sentimentos sobre o comportamento pretendido referem-se ao conhecimento acerca das barreiras e dos benefícios associados à adoção do comportamento promotor de saúde, à perceção individual da autoeficácia (capacidade de modificar o comportamento), à perceção das influências interpessoais (influência dos pares, da família, das normas sociais) e das situacionais (ambientais). Sendo estes fatores modificáveis, constituem-se como o *core* para as intervenções de enfermagem. (Pender et al., 2015)

O resultado do comportamento pretende avaliar se houve ou não mudança para o comportamento promotor de saúde, e para que esta aconteça é necessário um compromisso com o plano de ação definido e uma desvinculação com os comportamentos alternativos (exigências e preferências imediatas). Sempre que haja

mudança de comportamento relacionada com a adoção de hábitos de vida saudável existem ganhos em saúde. (Pender et al., 2015)

Em contexto de saúde escolar para prevenção da obesidade infantil, este modelo é uma importante ferramenta, permite avaliar as experiências e os conhecimentos das crianças, das famílias e da comunidade escolar sobre hábitos alimentares e de atividade física, de forma a selecionar e implementar as estratégias adequadas às necessidades, e contribuir para a promoção da saúde.

A integração destes dois modelos no desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária é pertinente, estes dois modelos, aplicados à prevenção da obesidade infantil, inter-relacionam-se e influenciam-se mutuamente na medida em que a literacia para a saúde está dependente do processo de promoção da saúde, mais diretamente das ações de EpS, e simultaneamente, a adoção de hábitos de vida saudável é dependente do conhecimento (literacia) sobre a obesidade infantil, sobre os seus determinantes e sobre os benefícios da modificação de comportamentos de risco.

3. METODOLOGIA – PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE

A metodologia é a linha orientadora que conduz o investigador no desenho do estudo, no processo de investigação e garante o seu rigor científico. A fase metodológica corresponde assim à descrição do conjunto de etapas e procedimentos, à planificação e organização sequencial dos métodos a implementar, fundamentais para o investigador cumprir o objetivo a que se propõe. (Fortin, Côté, & Fillion, 2009)

Desenvolvemos um Projeto de Intervenção Comunitária ao nível operacional segundo a metodologia do processo de planeamento em saúde. Neste capítulo descrevemos os procedimentos metodológicos realizados com vista à sua concretização. De acordo com Imperatori & Giraldes (1993, p.6), o planeamento em saúde entende-se como “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores sócio-económicos.”. A metodologia a ele associada assenta num processo por etapas, contínuo e dinâmico, conducente à obtenção de ganhos em saúde, incluindo a mudança de comportamentos por ações de promoção da saúde. (Imperatori & Giraldes, 1993) (Tavares, 1990)

O processo de planeamento em saúde inclui assim as seguintes etapas: diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional - programação (elaboração de projetos e programas, preparação da execução) e avaliação (Tavares, 1990) (Imperatori & Giraldes, 1993). Apesar deste processo implicar uma sequência de etapas, é sempre possível voltar à etapa precedente, recolher mais informação e refazê-la (Imperatori & Giraldes, 1993). Organizamos este capítulo dividido por subcapítulos, no primeiro explicamos o tipo de estudo e os seis seguintes correspondem a cada uma das etapas deste processo.

Para a implementação deste projeto de intervenção comunitária desenvolvemos um cronograma que pretende ser orientador e organizador destas várias etapas de acordo com o tempo disponível para a sua consecução, é apresentado em apêndice (Apêndice IV).

3.1 Tipo de estudo

Para obter o diagnóstico da situação desenvolvemos um estudo descritivo transversal. Este tipo de estudo é caracterizado por não haver interferência do investigador, o seu papel é apenas de medir e descrever os resultados de forma a fazer uma descrição do estado de saúde de uma comunidade num determinado momento (Beaglehole, Bonita, & Kjellstrom, 2003). No presente estudo, pretendemos caracterizar os hábitos alimentares e de atividade física das crianças do 1º ciclo do ensino básico, bem como os conhecimentos sobre alimentação infantil dos encarregados de educação, no período do estágio visando estabelecer o diagnóstico da situação.

3.2 Diagnóstico da situação

O diagnóstico da situação é então a primeira fase do processo de planeamento em saúde e é imprescindível para a concretização das seguintes. Deve incluir informação suficiente para caracterizar a população e permitir identificar os problemas e as necessidades em saúde da comunidade e os seus determinantes (Imperatori & Giraldes, 1993) (Tavares, 1990). Concretamente, o diagnóstico da situação permite-nos identificar os fatores que podem contribuir para a obesidade infantil na comunidade escolar do primeiro ciclo. A coerência entre o diagnóstico e as reais necessidades da população é condição essencial para que o projeto de intervenção comunitária seja pertinente, quanto mais exato este for mais apropriadas são as intervenções a implementar e melhor é o resultado. (Tavares, 1990)

Previamente à formulação do diagnóstico é importante conhecer o contexto onde desenvolvemos o projeto, a população e a amostra estudada, os procedimentos para a colheita de dados, os procedimentos éticos inerentes e proceder ao tratamento e análise dos dados recolhidos.

3.2.1 Contexto

O estágio é desenvolvido na USP do ACeS Lisboa Central, o agrupamento de escolas parceiro neste projeto é o Agrupamento de Escolas Nuno Gonçalves e os alunos participantes pertencem à Escola Básica Sampaio Garrido (EBSG). Este agrupamento situa-se na zona antiga da cidade de Lisboa e integra crianças provenientes das freguesias da Penha de França, Arroios e São Vicente.

3.2.2 População alvo e amostra

De acordo com o objeto de estudo são definidas as características individuais úteis à realização do mesmo, assegura-se assim que os resultados obtidos são representativos e que o projeto desenvolvido é adequado e significativo para os seus beneficiários. Neste sentido, definem-se os critérios de inclusão e, se necessário, os de exclusão, que permitem identificar a população e selecionar os participantes no estudo. Fortin (2009) clarifica o conceito de população referindo que esta se constitui como um conjunto de pessoas que partilham uma ou várias características que as permitem distinguir-se de outro grupo. Relativamente ao processo de seleção da amostra, este corresponde à seleção de um subconjunto de elementos da população. (Pollit, Beck, & Hungler, 2004)

A população alvo do estudo é constituída por 64 crianças do primeiro ciclo do ensino básico, com idades compreendidas entre os 7 e os 8 anos, que frequentam o 2º e o 3º ano da EBSG do Agrupamento de Escolas Nuno Gonçalves.

Para a obtenção da amostra, utilizámos a técnica de amostragem não probabilística por conveniência porque permite a seleção de indivíduos disponíveis com características favoráveis. Esta técnica não permite generalizar os resultados para a população. (Pollit et al., 2004)

Definimos como critérios de inclusão: crianças com 7 e 8 anos de idade que apresentam o consentimento informado assinado pelo encarregado de educação e que se encontram na escola no momento da entrega do questionário dirigido aos pais.

A amostra é assim constituída por 49 crianças com 7 e 8 anos de idade que integram as turmas do 2ºA, do 3ºA e do 3ºB da escola identificada, o que corresponde a 76,6% da população alvo.

3.2.3 Instrumentos de Colheita de dados

Para realizar o diagnóstico da situação utilizamos como instrumentos de colheita de dados a entrevista semiestruturada dirigida aos professores (Apêndice V) e aplicar os questionários ESPIGA (Estudo de Saúde da População Infantil da Região Alentejo) e QAI (Questionário de Conhecimentos sobre Alimentação Infantil) dirigidos aos encarregados de educação (Apêndice VI).

De acordo com Fortin (2009) a entrevista é uma forma de obtenção de informação através do diálogo entre o investigador e o entrevistado. A entrevista semiestruturada obedece a um guião flexível que integra perguntas abertas e fechadas, isto é, o enunciado e a sequência das perguntas pode ser adaptado para

permitir ao entrevistado expor as suas ideias sobre o tema e ao entrevistador orientar a conversa de acordo com o objetivo do estudo. Neste projeto o objetivo da entrevista semiestruturada é conhecer a perceção dos professores sobre os hábitos alimentares e de atividade física das crianças do 1º ciclo. A entrevista semiestruturada decorre num contexto informal permitindo compreender o fenómeno em análise na perspetiva dos professores.

O questionário, é de acordo com Norwood citado por Fortin (2009), um instrumento de colheita de dados que integra um conjunto de questões respondidas por escrito pelos participantes. Tem como objetivo obter informação sobre conhecimentos, crenças, dados factuais, atitudes, sentimentos e opiniões. O questionário permite recolher dados evitando a influência do investigador nas respostas e assegura o anonimato, facto que propicia a sinceridade no seu preenchimento.

O instrumento aplicado, o questionário ESPIGA foi desenvolvido, validado e aplicado pelo Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade (NRAPCO) num estudo realizado em 2009/2010 em crianças com 7 e 8 anos de idade. Este questionário é composto por 7 partes num total de 107 questões: caracterização familiar; antecedentes pessoais e familiares; escala de frequência alimentar; questionário de comportamento alimentar (CEBQ); escala de perceção dos encarregados de educação e atividade física. Não são incluídos neste estudo o questionário de comportamento alimentar e escala de perceção dos encarregados de educação por não se coadunarem com o objetivo definido.

A utilização do questionário para o presente estudo foi autorizada pela Coordenadora do Programa Regional do Alentejo de Promoção da Alimentação Saudável Dr^a Maria do Rosário Pires (Apêndice VII).

O questionário QAI tem como finalidade identificar os conhecimentos dos pais das crianças sobre alimentação infantil. Foi validado para a população portuguesa por Costa, Nunes, Duarte & Pereira (2012). Este questionário é composto por 55 afirmações dicotómicas (verdadeiro/falso) que permitem avaliar os conhecimentos relativos a 4 dimensões: relação entre alimentação e saúde, regras alimentares, crenças alimentares e familiares e variedade/diversidade no padrão alimentar. Os pais devem assinalar como verdadeira ou falsa cada uma das afirmações de acordo com o que sabem, pensam ou praticam na alimentação dos seus filhos. A cada resposta acertada corresponde um ponto e a cada resposta errada corresponde zero pontos,

quanto maior o *score* total obtido mais conhecimentos os pais demonstram sobre alimentação infantil (Costa et al., 2012). A utilização do questionário para o presente estudo foi autorizada pela Professora Doutora Maria da Graça Ferreira Aparício Costa (Apêndice VIII).

3.2.4 Procedimentos Éticos

O exercício da prática de enfermagem está subjugado ao respeito pela pessoa em todas as suas dimensões. No desenvolvimento deste projeto são tomadas todas as medidas para o zeloso cumprimento dos princípios éticos e deontológicos consagrados no Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2009), na Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013) e na Convenção de Oviedo (Resolução da Assembleia da República no 1/2001, 2001) pela defesa da saúde, da dignidade, da integridade, da autodeterminação, da privacidade e da confidencialidade.

A privacidade e a confidencialidade são asseguradas pelo anonimato. Os dados recolhidos pela aplicação dos questionários e pela realização da entrevista destinam-se somente à realização do diagnóstico da situação e não serão cedidos a terceiros, os resultados serão divulgados à comunidade escolar participante.

Todas as entrevistas decorrem à porta fechada num ambiente informal, identificamos as entrevistas e os entrevistados pela atribuição de um código alfanumérico e eliminamos a informação sensível da transcrição.

No preenchimento dos questionários o participante é identificado por um código numérico, criado especificamente para este projeto e sem associação a qualquer dado pessoal, tal não permite a identificação do titular dos dados. Os questionários recolhidos são guardados num armário trancado com chave na sala de reuniões da USP do ACeS Lisboa Central e após a finalização deste projeto são destruídos na presença do enfermeiro orientador.

A participação no estudo é voluntária e é garantido o consentimento informado, esclarecido e livre. Aos participantes é prestada informação relativa à identificação do estudo, aos seus objetivos, à confidencialidade das respostas e aos benefícios expectáveis. É salvaguardada a possibilidade de revogação em qualquer momento do projeto sem que daí advenha qualquer prejuízo. O consentimento é obtido por escrito e nele é consagrado o compromisso entre as partes. O modelo do consentimento informado é feito em duplicado, uma via fica na posse do investigador e outra na posse do participante.

Os modelos de consentimento informado dirigidos aos encarregados de educação e aos professores são apresentados nos apêndices IX e X, respetivamente.

Para iniciarmos o projeto é necessário obtermos um conjunto de autorizações que garantem o cumprimento de todos os pressupostos ético-legais. Assim, primeiramente, e como referido acima, solicitámos a autorização aos autores dos questionários para utilização dos mesmos para a fase do diagnóstico da situação tendo estas sido concedidas. Seguidamente, solicitámos autorização à Comissão Nacional de Proteção de Dados para utilização dos dados obtidos pela aplicação dos questionários, e esta comissão deu o seu parecer favorável (Anexo II). Posteriormente, solicitámos autorização à Diretora Executiva do ACeS Lisboa Central, para implementação do projeto na USP do ACeS Lisboa Central e para utilização e divulgação, em contexto académico, dos dados obtidos, da identificação do ACeS Lisboa Central e da USP do ACeS Lisboa Central (Apêndice XI). Sendo este um projeto em saúde escolar, é necessária autorização da Direção Geral da Educação (DGE) para aplicação do questionário em meio escolar (Apêndice XII). Por fim, após reunidas todas as autorizações necessárias, submetemos o processo para apreciação pela Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT), tendo sido obtido um parecer intermédio (Apêndice XIII) e o parecer favorável (Apêndice XIV).

3.2.5 Apresentação e Análise de Resultados

Após a colheita de dados é fundamental proceder à sua organização e tratamento para posterior interpretação e divulgação dos resultados, tal como preconizado por Fortin (2009).

Como referido anteriormente, os dados obtidos para a realização do diagnóstico da situação compreenderam dois momentos. Numa primeira fase aplicámos os questionários aos encarregados de educação e numa segunda fase realizámos as entrevistas semiestruturadas dirigidas aos professores. Estas duas formas de colheita de dados repercutem-se naturalmente em técnicas distintas de análise de dados, aqueles obtidos através dos questionários são analisados por técnicas estatísticas descritivas e os obtidos através das entrevistas semiestruturadas são submetidos à técnica de análise de conteúdo de Bardin (Amado, 2000) (Bardin, 2009). Os resultados são posteriormente sintetizados e apresentados nos diagnósticos de enfermagem elaborados.

Seguidamente apresentamos um resumo dos resultados, a análise descritiva dos mesmos encontra-se disponível nos apêndices XV e XVI, referentes, respetivamente, à análise dos dados resultantes dos questionários e das entrevistas semiestruturadas.

3.2.5.1 Resultados dos questionários

As tabelas e os gráficos subsequentes sumarizam os resultados dos questionários dirigidos aos encarregados de educação. Apresentamos os resultados organizados de acordo com os determinantes de saúde conforme o modelo de Dahlgren e Whitehead (1992) e respeitando simultaneamente a sequência das variáveis no questionário, tal como no apêndice XV.

Tabela 1. Características individuais: antecedentes pessoais e familiares

Indicador em Saúde	Resultado
Proporção de crianças com peso adequado ao nascimento	77,8%
Nº de crianças prematuras	2
Proporção de crianças amamentadas com LM	80,9%
Proporção de crianças amamentadas com LM exclusivo até aos 6M	30,6%
Proporção de crianças cuja 1ª comida sólida foi sopa	55,3%
Proporção de crianças que apresentam problemas de saúde	10,9%
Proporção de pais/tutores com excesso de peso	45,5%
Proporção de mães/tutoras com excesso de peso	30%
Proporção de pais/tutores com HTA	12,8%
Proporção de mães/tutoras com HTA	6,7%
Proporção de pais/tutores com hipercolesterolemia	17,9%
Proporção de mães/tutoras com hipercolesterolemia	2,2%

Na tabela 1 apresentamos os principais resultados relativos aos antecedentes pessoais e familiares. Verificamos que a maioria das crianças (77,8%) nasceu com peso adequado e apenas existem dois casos de prematuridade reportados. Estes dados são concordantes com os nacionais, no estudo COSI 2016 (INSA, Rito, Cruz de Sousa, Mendes, & Graça, 2017) o peso médio à nascença é de 3185 g e no

conjunto das crianças da amostra deste projeto é de 3214 g (Apêndice XV). No mesmo estudo referido, 89,2% das crianças nasceram de termo.

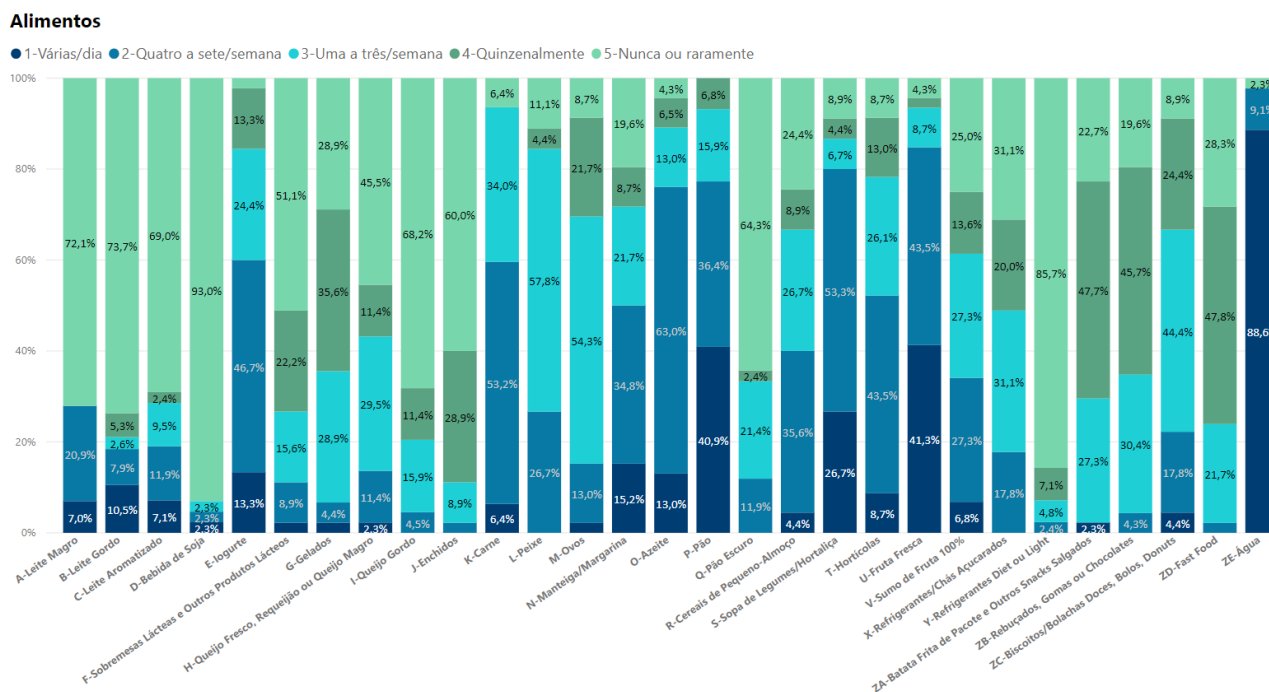
Relativamente ao tipo de aleitamento, 80,9% das crianças fez aleitamento materno, sendo que destas, 30,6% fê-lo em exclusivo até aos 6 meses de vida. Resultados similares estão descritos a nível nacional (30,3%) no último relatório de saúde infantil e juvenil (DGS, 2018). Sendo o aleitamento materno em exclusivo até aos seis meses de vida preconizado pela DGS (DGS, 2013) e pela OMS (“WHO | Breastfeeding,” 2018) como promotor de um crescimento e desenvolvimento saudáveis e como potenciador do bem-estar da criança, seria desejável que a taxa de crianças amamentadas em exclusivo até aos 6 meses de vida na amostra tivesse sido superior contribuindo como fator preventivo da obesidade infantil nesta população. A maioria (55%) dos encarregados de educação referiram ter iniciado a diversificação alimentar das crianças pela sopa de legumes em detrimento da papa. Apesar de não haver uma regra instituída, a Sociedade Portuguesa de Pediatria (Comissão de Nutrição da SPP, 2012) recomenda isso mesmo referindo que o treino do paladar para sabores não doces deve ser precocemente estimulado uma vez que o sabor doce (presente na papa) é inato não necessitando de treino.

No que se refere à avaliação do IMC parental calculado a partir do peso e da altura auto-reportados, verificamos uma prevalência de excesso de peso significativa, 45,5% dos pais e 30% das mães apresentam um IMC igual ou superior a 25 Kg/m². Comparando estes resultados com os reportados no estudo COSI 2016 (INSA et al., 2017), verificamos que na amostra em estudo a prevalência de excesso de peso parental apesar de elevada é inferior à encontrada a nível nacional, em que 63,7% dos pais e 40,5% das mães apresenta pré-obesidade ou obesidade. Um estudo recente realizado pelo *National Health Service* (NHS, 2018) vem reforçar a relação causal entre um IMC parental elevado e o excesso de peso infantil, havendo mais de um terço dos pais/mães com excesso de peso torna-se preocupante o futuro das crianças. Intervenções que incluam os pais parecem assim ser fundamentais, os comportamentos alimentares e de atividade física familiares são as referências das crianças para os seus próprios estilos de vida. (Goes et al., 2015)

Em relação à prevalência de doenças não transmissíveis pela família das crianças, verificamos que esta é superior nos pais/tutores, sendo que 12,8% apresenta HTA e 17,9% apresenta hipercolesterolemia. Em comparação, as mães/tutoras reportam uma menor prevalência das mesmas doenças, de 6,7% e 2,2%,

respetivamente. Estes resultados estão em linha com a proporção de excesso de peso também superior no grupo dos pais/tutores relativamente ao grupo das mães/tutoras. Se considerarmos os resultados disponíveis no estudo COSI Portugal 2016 (INSA et al., 2017), observamos que a prevalência de HTA e de hipercolesterolemia é superior a nível nacional, 37% e 41% respetivamente.

Gráfico 1. Estilos de vida: frequência de consumo de alimentos e bebidas das crianças



O gráfico 1 representa a frequência reportada pelos encarregados de educação relativa ao consumo semanal de alimentos e bebidas pelas crianças. Pela sua análise verificamos que persistem alguns comportamentos alimentares associados à má nutrição, como sejam o consumo de alimentos e bebidas com elevado teor de açúcar, de gordura e/ou de sal, e por outro lado, o consumo de legumes e de fruta é inferior ao preconizado.

Verificamos que 20% das crianças não consome diariamente sopa e 47,8% outros legumes, apesar desta ingestão ser superior à identificada a nível nacional (INSA et al., 2017) onde o consumo destes alimentos para esta faixa etária é menor, com 43,4% das crianças a não consumir sopa diariamente e o mesmo ocorrendo em 62,3% das crianças relativamente a outros legumes, é ainda insuficiente de acordo com as recomendações do PNPAS (DGS, n.d.) que são, para o grupo das hortícolas, de 3 a 5 porções diárias. Apuramos também que 58,7% não consome fruta fresca mais do que uma vez por dia, um padrão bastante inferior ao preconizado de 3 a 5

porções por dia. (DGS, n.d.) Estes resultados revelam um afastamento do padrão alimentar mediterrânico, comprovadamente promotor da saúde e caracterizado pelo predomínio de hortofrutícolas. (Pinho, Rodrigues, Franchini, & Graça, 2015)

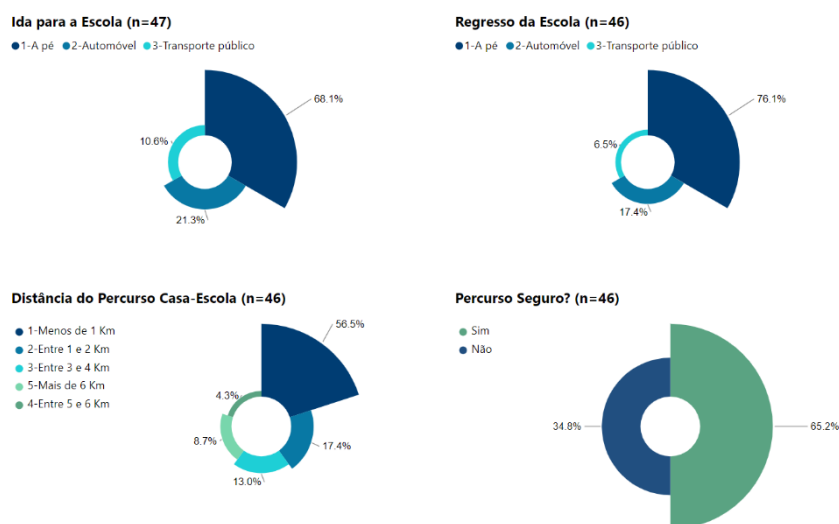
Encontramos nos dados uma preferência pelo consumo de carne relativamente ao de peixe, ingerido por 57,8% das crianças apenas 1 a 3 vezes/semana. Mais uma vez este consumo não é congruente com os princípios da dieta mediterrânica na qual se privilegia o oposto. Um consumo superior de peixe apresenta vantagens nutricionais como a prevenção de doenças cardiovasculares e a melhoria da função cognitiva, isto devido ao maior teor em micronutrientes (vitamina D, iodo e zinco) e em ácidos gordos polinsaturados conjuntamente com um menor teor em colesterol (Pinho et al., 2015).

A análise do gráfico 1 mostra-nos também a frequência semanal do consumo de alimentos e bebidas com elevado teor calórico, ou seja, alimentos ricos em açúcar e gordura. Constatamos que as crianças mantêm uma ingestão deste tipo de alimentos e bebidas superior ao desejado, 35,5% consome gelados pelo menos uma vez por semana, 34,7% consome gomas/rebuçados/chocolates na mesma frequência e 22,2% consome biscoitos/bolachas/bolos/donuts pelo menos 4 vezes por semana. Relativamente às bebidas açucaradas, 48,9% das crianças bebe, pelo menos uma vez por semana, refrigerantes/chás açucarados e 17,8% fá-lo entre quatro a sete vezes por semana. Todos estes alimentos e bebidas contêm na sua constituição açúcares simples, entendidos como mono e dissacarídeos adicionados aos alimentos e às bebidas ou naturalmente presentes no caso de sumos e concentrados de sumos de fruta e do mel. A associação positiva entre o consumo de açúcares simples e o excesso de peso é consistentemente evidenciada em vários estudos conforme atestam a WHO e a DGS. Agindo em conformidade, estas entidades recomendam que a ingestão diária de açúcar simples deve ser inferior a 10% do total da energia diária ingerida, e reconhecem benefícios superiores para a saúde se este consumo for reduzido para 5%. (World Health Organization, 2015) (Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável et al., 2016)

Em relação ao consumo de alimentos com elevado teor de gordura, pela análise do gráfico 1, verificamos que a distribuição percentual do consumo de batatas fritas de pacote e de outros *snacks* salgados uma a três vezes por semana é de 27,3%, paralelamente, 23,9% das crianças consome *fast food* (*pizza*, batata frita em casa, hambúrgueres, salsichas) pelo menos uma vez por semana. Comparativamente, a

nível nacional, a frequência destes consumos é reportada por um maior número de encarregados de educação (consumo de salgados e de *fast food* pelo menos uma a três vezes por semana de 83,3% e 88,7%, respetivamente). Todos estes alimentos são ricos em sal e em gordura saturada e *trans*, o seu consumo excessivo é o principal fator de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares e está associado à prevalência de excesso de peso. As recomendações são para a diminuição do seu consumo pela população em geral, no entanto esta redução assume particular importância para as crianças. Dados do último Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, revelam que 30% dos adolescentes apresenta uma ingestão de gordura acima do recomendado, promover hábitos alimentares mais saudáveis nas fases pré-adolescentes é assim essencial para alterar esta tendência. (C. Lopes et al., 2017)

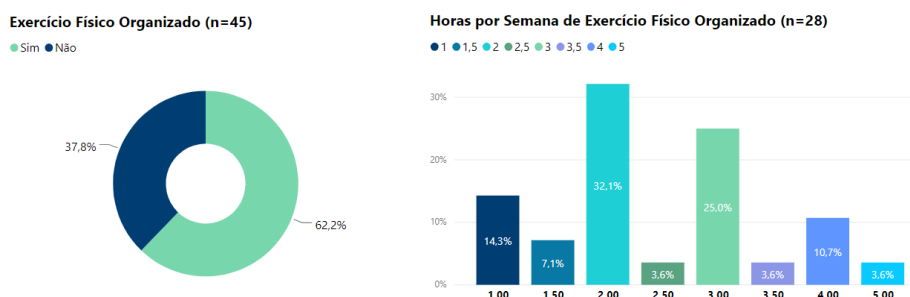
Gráfico 2. Estilos de vida: distribuição das crianças em função do tipo de transporte utilizado na deslocação de e para a escola, distância e segurança do percurso



Para o conjunto das crianças em análise, verificamos que a maioria – 68,1% (32/47) faz o percurso de casa para a escola a pé, verificando-se uma ligeira subida na escolha desta opção para o percurso inverso, em que 76,1% das crianças regressa a casa a pé (gráfico 2). Em consonância com este resultado, verificamos que a maioria dos encarregados de educação (65,2%) considera o caminho de casa para a escola seguro. A maioria (56,5%) das crianças mora a menos de 1 km da escola e 17,4% mora entre 1 a 2 km. Estes resultados são inversos aos encontrados no estudo COSI Portugal 2016, no qual 76,6% das crianças deslocam-se de carro para a escola e 64,1% dos encarregados de educação considera o trajeto inseguro (INSA et al., 2017). A discrepância entre estes resultados pode dever-se ao facto de a Escola Sampaio

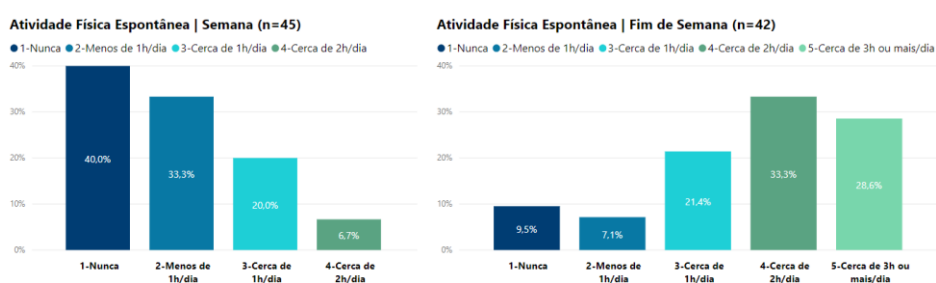
Garrido estar inserida num contexto urbano de elevada densidade populacional, facto que se repercute em distâncias mais curtas para o trajeto casa-escola e por isso mais viáveis de serem feitas a pé.

Gráfico 3. Estilos de vida: frequência de crianças que praticam exercício físico organizado e a sua distribuição em função do número de horas semanal



Pela análise do gráfico 3 verificamos que 37,8% das crianças não pratica exercício físico estruturado (desporto), apesar de preocupante por representar mais de um terço das crianças, este resultado é positivo se comparado com os nacionais em que o número de crianças na mesma condição é superior (47,5%) (INSA et al., 2017). Das crianças que praticam desporto extracurricular, em média, fazem-no durante 2,5h por semana, sendo que a maioria – 32,1% (9/28) pratica 2h semanais de desporto, resultado idêntico ao reportado no estudo COSI Portugal 2016. (INSA et al., 2017)

Gráfico 4. Estilos de vida: número de horas por dia de atividade física espontânea das crianças durante a semana e aos fins de semana



O gráfico 4 apresenta-nos o tempo ocupado pelas crianças em atividade física espontânea, verificamos que durante a semana 40% das crianças nunca brinca fora de casa e 33,3% fá-lo menos de uma hora por dia. Ao fim de semana as crianças brincam mais tempo fora de casa, 61,9% brinca pelo menos duas horas por dia, ainda assim 38% das crianças brinca apenas uma hora ou menos. Estes resultados são inferiores aos apresentados no estudo COSI 2016 (INSA et al., 2017) no qual um terço

das crianças brinca fora de casa entre uma a duas horas por dia durante a semana e aos fins de semana a maioria brinca mais de três horas por dia. De acordo com o último Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF 2015-2016) a menor prevalência de brincadeiras ativas por um período superior a 60 minutos/dia regista-se na faixa etária dos 10 aos 14 anos, tanto durante a semana como aos fins de semana (C. Lopes et al., 2017). Este facto reveste-se de especial importância porque revela a adoção de um estilo de vida mais sedentário pelas crianças mais velhas, reforçando a necessidade de intervenção nas faixas etárias mais jovens, por forma a inverter esta tendência e a melhorar os hábitos atuais.



Gráfico 5. Estilos de vida: número de horas por dia de atividades sedentárias das crianças durante a semana e aos fins de semana





O gráfico 5 representa o tempo diário gasto pelas crianças em atividades sedentárias. Relativamente ao tempo ocupado a fazer os trabalhos de casa ou a ler constatamos que a maioria gasta cerca de uma hora por dia nestas tarefas tanto durante a semana como ao fim de semana, 53,2% e 40,5% respetivamente. Tendo a maioria das crianças (83%) computador em casa, verificamos que cerca de um terço (32,6%) despende durante a semana pelo menos uma hora por dia em jogos eletrónicos ou em pesquisas/trabalhos no computador. Ao fim de semana as crianças gastam ainda mais tempo com estas atividades, nas quais 39,5% das crianças ocupam pelo menos duas horas por dia.

Quanto ao tempo que as crianças ocupam a ver televisão, 43,5% das crianças estão pelo menos uma hora por dia a ver televisão durante a semana, e ao fim de semana, constatamos que mais crianças ocupam mais horas do seu dia com esta atividade, assim, 56,1% está pelo menos duas horas por dia a ver televisão, sendo que 31,7% está três ou mais horas a fazê-lo. Se compararmos estes resultados com os encontrados a nível nacional verificamos que as crianças do estudo despendem em média menos tempo em qualquer uma destas atividades (INSA et al., 2017), ainda assim, os dados apresentados preocupam-nos por se afastarem das recomendações que preconizam um máximo de 2 horas por dia de atividades sedentárias para as crianças entre os 6 e os 8 anos (American Academy of Pediatrics, 2013) (WHO-Europe, 2016). Dados do IAN-AF 2015-2016 indicam que o tempo médio despendido nestas atividades aumenta com a idade, uma criança entre os 10 e os 14 anos gasta aproximadamente mais 1h40 minutos em comportamentos sedentários do que uma criança entre os 6 e os 9 anos. Esta alteração de comportamento está em linha com a diminuição do tempo gasto em atividade física acima referida, para a mesma faixa etária, reforçando uma vez mais a necessidade de intervir preventivamente ao nível do primeiro ciclo do ensino básico.

Tabela 2. Determinantes sociais das famílias: condições de vida e de trabalho

	Resultado	
		
Escolaridade	6,5% até 1º ciclo	18,6% até 1º ciclo
	32,6% secundário	32,6% secundário
	34,8% ens. superior	21% ens. superior
Situação Profissional	80,4% empregadas	90,5% empregados
Rendimento mensal	13,6% até 500 €/mês	
	20,5% entre 501 e 850 €/mês	
	40,9% entre 851 e 1500 €/mês	
Tipo de Habitação	89,1% apartamento	
	40% própria (24,4% em aquisição)	
	53,3% alugada	

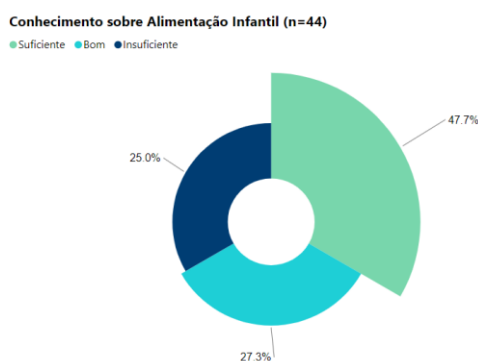
 Mãe/Tutora  Pai/Tutor

No que respeita às condições de vida e de trabalho familiares, quando analisamos a tabela 2, verificamos que 32,6% das mães/tutoras e dos pais/tutores têm o ensino secundário, ou seja, o nível de ensino obrigatório em Portugal, no entanto, são as mães/tutoras que apresentam maior frequência do ensino superior, 34,8% versus 21%. A nível nacional verificamos resultados similares, existem mais mães/tutoras com ensino superior (24,1% vs 16,1%) (INSA et al., 2017), de realçar positivamente o facto deste indicador ser superior na população em estudo para ambos os sexos, a educação condiciona os comportamentos e o estado de saúde, quem apresenta um nível de escolaridade maior tem acesso a mais informação, tem maior capacidade de a compreender e conseqüentemente de adotar comportamentos mais saudáveis (Ministério da Saúde, 2018). No que respeita à situação profissional familiar, apuramos que a grande maioria das mães/tutoras (80,4%) e dos pais/tutores (90,5%) estão empregados. O rendimento médio mensal das famílias situa-se maioritariamente entre os 851 e 1500 €/mês, 40,9% dos agregados reporta este valor. Globalmente as condições de vida e de trabalho das famílias em estudo são razoáveis de acordo com os resultados destes indicadores, o que se constitui como um importante fator promotor de estilos de vida saudáveis. Sabemos pelo contributo de

vários estudos que o acesso e as escolhas dos alimentos estão condicionados pelo estatuto económico e nível de educação, a prevalência de obesidade infantil é superior em famílias com baixo rendimento e com baixo nível de escolaridade. (Liu et al., 2016) (Hruby & Hu, 2015)

Quando analisamos o tipo de habitação, verificamos que a maioria das famílias mora num apartamento (89,1%) e em 53,3% dos casos as habitações são alugadas. A nível nacional encontramos resultados semelhantes, maioritariamente as famílias moram em apartamentos (44%), no entanto, como é de esperar nas grandes cidades, este valor é superior neste estudo. Facto que pode influenciar o rácio do número de horas gasto pelas crianças em atividades físicas espontâneas e em atividades sedentárias.

Gráfico 6. Distribuição do conhecimento dos encarregados de educação sobre alimentação infantil por níveis



O gráfico 6 representa o nível de conhecimento dos encarregados de educação sobre alimentação infantil. Apuramos que a maioria apresenta um nível satisfatório de conhecimento, em que 47,7% apresenta um nível suficiente e 27,3% um nível bom, no entanto, 25% dos encarregados de educação apresenta um nível de conhecimento insuficiente. De acordo com o Modelo de Promoção da Saúde (Pender et al., 2015), o nível de conhecimento é um fator essencial para a mudança de um comportamento de risco para um comportamento promotor de saúde. Conhecer os princípios de uma alimentação saudável e os seus benefícios é o primeiro passo para melhorar a literacia nesta área, só após aceder e reter a informação é possível compreendê-la, avaliá-la e aplicá-la (praticar uma alimentação saudável), tal como descrito no modelo de literacia para a saúde apresentado (Sørensen et al., 2012). No entanto, ter conhecimento sobre alimentação infantil não é por si só suficiente para alterar os hábitos alimentares, a capacidade auto-percecionada de os alterar e a motivação para o fazer, a influência que os pares, a família e o meio têm nas escolhas, constituem-se

também como fatores determinantes neste processo. (Pender et al., 2015) (Dahlgren & Whitehead, 1992)

3.2.5.2 Resultados das entrevistas

Seguidamente apresentamos os resultados das entrevistas para conhecer a perceção dos professores sobre os hábitos alimentares e de atividade física dos alunos do 1º ciclo. A transcrição e a análise do conteúdo das entrevistas encontram-se detalhadas no apêndice XVI.

As crianças fazem pelo menos três refeições na escola, o lanche da manhã, o almoço e o lanche da tarde. O almoço é fornecido a todas as crianças, a sua confeção é da responsabilidade de uma empresa externa na modalidade de confeção local com transporte a quente. O lanche da manhã é fornecido pela escola gratuitamente para todas as crianças pertencentes ao escalão A ou B do abono de família, e está acessível a todas as outras crianças desde que pago pelos encarregados de educação, se o desejarem. Ao abrigo do antigo programa de leite escolar, é fornecido gratuita e diariamente, leite em pacote a todas as crianças, atualmente esta medida é regulamentada pelo Regime Escolar que passa a incluir a distribuição gratuita de fruta fresca a todas as crianças do primeiro ciclo dos estabelecimentos de ensino públicos (Portaria nº 113/2018, 2018). O lanche da tarde é integralmente da responsabilidade da família e trazido de casa.

Na EBSG o horário letivo contempla três intervalos, um de manhã com a duração de 30 minutos, uma hora e meia de pausa para almoço e à tarde o último com a duração de 45 minutos. Segundo referem os professores, durante os intervalos as crianças ocupam-se em brincadeiras ativas que envolvem movimento corporal, tais como saltar, jogar à bola, andar de bicicleta e correr. Do currículo fazem parte duas horas semanais de atividades desportivas, organizadas em três blocos de seis semanas cada um. No ano letivo 2018/2019, têm um bloco de natação, um bloco de jogos e um de dança. A natação decorre nas piscinas municipais, os outros dois blocos decorrem na escola, uma das horas é dinamizada por um professor externo e a outra pelo professor titular. Além destas atividades curriculares, faz parte do programa das Atividades de Enriquecimento Curricular (AEC) uma hora por semana de atividades desportivas, perfazendo três horas semanais programadas para exercício físico, no entanto, acontece algumas vezes a hora dinamizada pelo professor titular ser utilizada para dar matéria. Existe ainda uma parceria entre a escola e o Ginásio Lisboa, que

contempla uma redução da mensalidade para as crianças desta escola, facto que contribui para aumentar o número de alunos inscritos em vários desportos. Outra das iniciativas desenvolvida pela escola é a participação nas Olisipiadas organizadas pela Câmara Municipal de Lisboa, o prémio monetário recebido é depois convertido em material desportivo, sendo as bicicletas do recreio as últimas aquisições.

Relativamente à perceção dos professores sobre os hábitos alimentares das crianças do 1º ciclo do ensino básico com 7 e 8 anos, verificamos que os professores das três turmas consideram que a alimentação trazida de casa pelas crianças para o lanche é muitas vezes pouco saudável por conter alimentos processados, bebidas açucaradas, snacks salgados e doces. As crianças lancham na sala de aula antes de saírem para o recreio, esta medida foi instituída na escola para assegurar que as crianças comem de forma tranquila e permite também um melhor conhecimento sobre os seus hábitos alimentares pelos professores/assistente operacional escolar. Também reportado por todos os professores entrevistados, verificamos que as crianças mantêm alguma relutância relativa à sopa e à ingestão de legumes como acompanhamento do prato principal, assim como o peixe que continua a ser consumido com menos vontade de acordo com a opinião de um professor. A perceção que os professores têm dos hábitos alimentares das crianças vai ao encontro dos resultados que obtivemos pelas respostas aos questionários em relação à frequência alimentar, uma clara preferência de carne relativamente ao peixe, e uma percentagem significativa de crianças que não ingerem legumes (47,8%) ou sopa (20%) diariamente. O consumo de bebidas açucaradas ou alimentos processados ou hipercalóricos como snacks salgados ou doces ao lanche, é igualmente coincidente com os resultados dos questionários.

No que respeita à perceção sobre os hábitos de atividade física, os três professores entrevistados são da opinião de que a maioria das crianças pratica atividade física espontânea e organizada de modo saudável, consideram para isso o tipo de brincadeiras adotadas pelas crianças nos intervalos, os desportos integrados no currículo e os praticados fora da escola. No entanto, um dos professores, considera que em relação às atividades sedentárias em contexto domiciliar, algumas crianças passam demasiado tempo em jogos eletrónicos ou a ver televisão, tendo poucas atividades lúdicas exteriores. Novamente, a perceção dos professores está em linha com os resultados dos questionários, maioritariamente as crianças praticam mais de 60 minutos por dia de atividade física moderada a intensa. No entanto, os resultados

também nos indicam que as crianças ainda passam muito tempo em atividades sedentárias que não requerem gasto energético, tal como referido por um dos professores.

Em relação ao conhecimento dos pais sobre hábitos saudáveis relacionados com alimentação saudável e atividade física, um professor considerou que são insuficientes uma vez que os lanches preparados para algumas crianças não são saudáveis, contudo, os outros dois professores expressaram que consideram que os pais têm conhecimentos suficientes, mas que não os aplicam por comodismo ou falta de tempo. A opinião manifestada pelos professores relativamente ao envolvimento dos pais nas atividades escolares foi unânime, todos consideram os pais participativos e interessados. Também aqui a perceção dos professores e os resultados dos questionários coincidem, verificamos que maioritariamente os pais apresentam um nível de conhecimento sobre alimentação infantil suficiente, mas que não é aplicado na preparação dos lanches escolares.

3.2.6 Identificação de Problemas e Diagnósticos de Enfermagem

Todos os problemas identificados pela análise das entrevistas semiestruturadas dirigidas aos professores e pela análise dos questionários dirigidos aos encarregados de educação, podem ser agrupados em três dimensões: hábitos alimentares, hábitos de atividade física e conhecimento dos encarregados de educação, cada uma destas dimensões agrega em si diferentes indicadores que contribuem para a gravidade do problema (adoção de estilos de vida saudáveis para prevenção da obesidade infantil). Assim, identificamos os seguintes problemas na amostra em estudo:

- Hábitos alimentares pouco saudáveis
- Hábitos de atividade física desadequados
- Conhecimento dos encarregados de educação sobre alimentação infantil insuficiente ou não aplicado

De acordo com estes problemas e em linha com o Modelo de Promoção da Saúde e com o Modelo de Literacia para a Saúde, os diagnósticos de enfermagem devem-se coadunar com a mudança de estilos de vida, na qual os comportamentos de risco serão substituídos por comportamentos promotores de saúde tais como hábitos alimentares saudáveis, a prática regular de atividade física e a redução do tempo despendido em atividades sedentárias. Os diagnósticos de enfermagem são

formulados respeitando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® Versão 2015) (Ordem dos Enfermeiros, 2016) e são, para as crianças com 7 e 8 anos de idade da EBSG, os seguintes:

- Comportamento alimentar infantil comprometido
- Padrão de atividade física infantil comprometido
- Conhecimento da família sobre alimentação infantil comprometido
- Risco de obesidade infantil

Em apêndice apresentamos uma tabela que sumariza os problemas, os indicadores e os diagnósticos de enfermagem elaborados de acordo com os resultados obtidos (Apêndice XVII).

3.3 Definição de Prioridades

A definição de prioridades é a segunda etapa do processo de planeamento em saúde, permite orientar o processo de tomada de decisão através da seleção, entre as várias alternativas possíveis, de um percurso de ação. Esta seleção acontece pela hierarquização dos diagnósticos (problemas) identificados na etapa precedente. Não havendo recursos e tempo para intervir em todos os problemas ou necessidades em saúde da comunidade, torna-se essencial a escolha de prioridades para a ação, de acordo com a utilização eficiente dos recursos disponíveis e com o horizonte do projeto. Pretende-se assim, otimizar os resultados e potenciar os ganhos em saúde. (Tavares, 1990) (Imperatori & Giraldes, 1993)

De acordo com Tavares (1990) o processo de definição de prioridades deve contemplar primeiramente a definição de critérios de decisão e a ponderação de cada um, para seguidamente se estimar e comparar os problemas entre si. Destas etapas resulta uma lista de ordenação de problemas prioritários. (Tavares, 1990)

Este processo é complexo, as decisões que tomamos são influenciadas, não meramente por critérios objetivos, mas também por juízos de valor que condicionam a sua escolha e ponderação. Esta etapa é assim dependente da pessoa que a realiza e envolve em subjetividade. (Tavares, 1990) (Imperatori & Giraldes, 1993)

Para Tavares (1990), as técnicas que permitem a obtenção de um consenso de grupo para a seleção e aplicação dos critérios contribuem para minimizar a subjetividade. Assim sendo, optamos pela técnica da Grelha de Análise como forma de favorecer a objetividade.

A Grelha de Análise consiste na ordenação dos problemas, através da sua classificação sequencial de acordo com os seguintes critérios: importância do problema; relação entre o problema e os fatores de risco; capacidade técnica de resolver o problema e exequibilidade do projeto ou da intervenção. Para cada problema é atribuída a classificação de mais (+) ou de menos (-) em cada um destes critérios. O percurso pela grelha determina a classificação final de cada problema, em que o valor 1 corresponde à prioridade máxima e o 16 à menor (Apêndice XVIII). (Tavares, 1990)

Deste modo, constituímos um grupo de 3 elementos composto pela mestranda, pelo enfermeiro orientador e por mais uma enfermeira especialista em enfermagem comunitária a desempenhar funções na USP do ACeS Lisboa Central, e estabelecemos por consenso que serão alvo de intervenção os problemas com classificação inferior a cinco. Cada elemento ordenou individualmente os problemas identificados e posteriormente calculou-se o resultado final, que apresentamos seguidamente.

Quadro 1. Definição de prioridades através da técnica Grelha de Análise

Problemas	Critérios				Prioridade
	A	B	C	D	
Comportamento alimentar infantil comprometido	+	+	+	+	1
Padrão de atividade física infantil comprometido	+	+	-	-	4
Conhecimento da família sobre alimentação infantil comprometido	+	+	-	+	3

A= Importância do problema | **B=** Relação entre o problema e os fatores de risco | **C=** Capacidade técnica de resolver o problema | **D=** Exequibilidade do projeto ou da intervenção

Pela análise do quadro 1 verificamos que todos os problemas apresentam classificação inferior a cinco, portanto consideram-se todos prioritários para a prevenção da obesidade infantil no grupo de crianças alvo deste projeto.

3.4 Fixação de Objetivos

A fixação de objetivos corresponde à terceira etapa no processo de planeamento em saúde. A correta definição de objetivos é fundamental, dela

dependem os critérios para o desenvolvimento das atividades subsequentes bem como a avaliação do projeto à posteriori. (Tavares, 1990) (Imperatori & Giraldes, 1993)

Objetivo é definido por Imperatori & Giraldes (1993) como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (p. 45). Tavares (1990) realça que estes devem ser pertinentes, precisos, exequíveis e mensuráveis. Portanto, a fixação de objetivos deve conter em si o sentido da mudança de comportamento que se pretende alcançar, assim, os objetivos devem ser interdependentes e sequenciais, isto é, hierarquizados segundo objetivos gerais e específicos, em que os últimos detalham e particularizam fatores que contribuem para que o objetivo geral seja alcançado. Por sua vez, os objetivos anteriores devem ser transpostos em objetivos operacionais ou metas (Tavares, 1990), entendidos por Imperatori & Giraldes (1993) como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das actividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade” (p.48).

Em concordância com o diagnóstico de situação e com o referido acima fixamos os seguintes objetivos para este projeto de intervenção comunitária:

- **Objetivo Geral:** Capacitar a comunidade escolar do 1º ciclo e as famílias para a adoção de estilos de vida saudáveis para a prevenção da obesidade infantil durante o ano letivo 2018/2019.
- **Objetivos Específicos:**
 - Consciencializar os pais/encarregados de educação sobre a importância das crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG praticarem uma alimentação saudável, no ano letivo 2018/2019;
 - Promover a adoção de estilos de vida saudáveis pelas crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG, no ano letivo 2018/2019;
 - Desenvolver os conhecimentos sobre hábitos alimentares saudáveis das crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG, no ano letivo 2018/2019;
 - Promover a literacia para estilos de vida saudáveis da comunidade escolar e das famílias das crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG, no ano letivo 2018/2019.
- **Objetivos Operacionais:**
 - Que pelo menos 30% dos encarregados de educação definam um plano de ação para melhorar os hábitos alimentares ao lanche das crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG, durante o mês de janeiro de 2019;

- Que pelo menos 2 turmas do 1º ciclo com crianças com 7 e 8 anos da EBSG participem no concurso “Turma + Saudável”, no ano letivo 2018/2019;
- Que pelo menos 50% das crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG identifiquem alimentos fundamentais para crescer com saúde e alimentos prejudiciais à saúde, durante o mês de janeiro de 2019;
- Que pelo menos 50% das crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG identifiquem alimentos que apenas devem ser ingeridos em ocasiões especiais, durante o mês de janeiro de 2019;
- Que pelo menos 50% das crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG distingam um lanche saudável de outro não saudável, durante o mês de janeiro de 2019;
- Que pelo menos 50% das crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG sejam capazes de identificar nos rótulos dos alimentos a informação alimentar e nutricional, durante o mês de janeiro de 2019;
- Que pelo menos 15 encarregados de educação das crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG visitem o separador sobre Promoção da Saúde na página da *internet* do Agrupamento de Escolas Nuno Gonçalves, no ano letivo 2018/2019.

3.5 Seleção de Estratégias

Após a fixação de objetivos é necessário definir a forma de os alcançar correspondendo a seleção de estratégias à quarta etapa do processo de planeamento em saúde. Para Imperatori & Giraldes (1993) estratégia de saúde define-se “como o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (p. 65). Esta etapa corresponde, portanto, à avaliação de estratégias alternativas e à seleção da(s) mais adequada(s) para a consecução dos objetivos no âmbito dos recursos disponíveis, do tempo, dos obstáculos, da pertinência e da aceitação da(s) mesma(s) pela população, concretamente pela comunidade escolar e pelas famílias. Os autores evidenciam como critério de elaboração de estratégias a ênfase em cuidados preventivos. (Tavares, 1990) (Imperatori & Giraldes, 1993)

Sendo este projeto desenvolvido em consonância com o PNS em vigor, com o PNPAS, com o PNPAF e particularmente com o PNSE|2015 e tendo como modelos orientadores o Modelo de Promoção da Saúde e o Modelo de Literacia para a Saúde anteriormente apresentados, a seleção de estratégias deve ser centrada na adoção de comportamentos saudáveis pelas crianças, relacionados com a alimentação e com

a prática de atividade física. Pelo referido, as estratégias selecionadas para este projeto são a capacitação e a educação para a saúde.

A capacitação é apresentada no PNSE|2015 como o primeiro dos seus eixos estratégicos, a alimentação e a atividade física como duas das suas áreas de intervenção, estando esta estratégia em perfeita harmonia com o objetivo geral deste projeto. Capacitar é muito mais do que transmitir informação, é habilitar para o uso racional dessa informação o que implica que haja uma passagem da teoria (conhecimento) à prática (ação), é essencialmente dar poder (controlo) às crianças, a toda a comunidade educativa e às famílias para terem mais e melhor qualidade de vida. É trabalhar com as crianças e não para as crianças. (DGS, 2015c) (Loureiro & Miranda, 2016)

A EpS, anteriormente definida, contribui numa primeira fase para a aprendizagem e numa segunda para a capacitação. Visa mudanças no conhecimento e na compreensão, no sentido de promover a consciência crítica e de transformar a comunidade escolar e as famílias em agentes de mudança, quer pela alteração dos seus próprios estilos de vida (comportamentos) quer através da participação ativa para influenciar positivamente os determinantes em saúde. (Kumar & Preetha, 2012) (Pender et al., 2015)

As ações no âmbito da EpS dirigidas a crianças requerem uma comunicação eficaz que passa pelo uso de linguagem simples, acessível e apelativa. No estádio das operações concretas, é favorável à aprendizagem a manipulação de objetos, tais como alimentos, e a interação com os grupos sociais (pares, família) mantém-se um meio adequado para a moldagem de comportamentos. Na faixa etária dos 7-8 anos, as crianças já adquiriram a noção de peso, tempo e classificação e compreendem o meio envolvente com maior realismo, por exemplo, são capazes de perceber que o volume de água se mantém quando se altera o formato dos copos em que é colocada (Piaget, 1983). Portanto, na infância, para promover mudanças de atitudes e de comportamentos, deve-se recorrer, preferencialmente, a atividades lúdicas tais como jogos ou artes plásticas. É a idade da brincadeira e é através dela que as crianças satisfazem as suas necessidades, os seus interesses e desejos. É ainda sugerido que as temáticas trabalhadas na escola, incluam a família, para que esta adquira conhecimento, entenda o trabalho desenvolvido na escola e reforce as ações educativas em casa (Dallabona & Mendes, 2004). Por tudo isto, afirmamos que a aprendizagem das crianças inclui os domínios cognitivo, psicomotor e afetivo

(Stanhope & Lancaster, 2011). A evidência científica sobre saúde escolar corrobora e reforça a necessidade da promoção da saúde em meio escolar envolver todos: comunidade escolar, famílias e entidades públicas e privadas. (Pender et al., 2015)

Resumidamente, a EpS e o processo de capacitação possibilitam às crianças perceber a ligação entre os seus objetivos e a forma de os alcançar, e simultaneamente, compreender a relação entre os seus esforços e os resultados obtidos. (WHO-Eastern Mediterranean, 2012)

3.6 Preparação Operacional – Programação

A preparação operacional é a quinta etapa do processo de planeamento em saúde, corresponde à preparação das atividades requeridas para a execução das estratégias definidas anteriormente. Um projeto é entendido como um conjunto de atividades que contribuem para a operacionalização a nível local de um programa (Tavares, 1990) (Imperatori & Giraldes, 1993). Assim, para a operacionalização do presente projeto planeamos um conjunto de atividades, em linha com os objetivos específicos e operacionais, que são concretizadas no período limitado à duração do estágio.

Salientamos que as atividades são preparadas de acordo com as necessidades, os interesses e a capacidade de compreensão das crianças e das famílias. Para conceber os materiais educacionais, primeiramente selecionamos as mensagens e posteriormente desenvolvemos os conteúdos com base na metodologia *Plain Language*, focada em adequar a informação ao público-alvo, com recurso a uma linguagem clara, com frases curtas e preferencialmente sem utilização de termos técnicos, organizada para salientar a informação mais importante e com um *desing* e *layout* de fácil consulta e leitura, com um bom contraste entre o texto e o fundo e com imagens ilustrativas. (Rudd, 2012)

O quadro seguinte (quadro 2) sintetiza as atividades desenvolvidas, a preparação operacional das atividades que detalha o seu planeamento e execução é apresentada em apêndice (Apêndice XIX).

Quadro 2. Atividades programadas para o projeto

Atividade	Descrição	Público-Alvo	Participantes	Execução
1 Sessão de EpS dirigida aos encarregados de educação	Sessão que integra conteúdo sobre alimentação saudável com especial destaque para a preparação dos lanches escolares. Atividade dinamizada com recurso a apresentação em programa <i>microsoft powerpoint®</i> e <i>brainstorming</i> sobre as barreiras e os benefícios à preparação de lanches saudáveis. Apresentação de sugestões e recursos facilitadores da preparação de lanches saudáveis.	Encarregados de educação das crianças com 7 e 8 anos que frequentam a EBSG	32	9/01/2019
2 Criação do prémio anual “Turma + Saudável”	Atividade que envolve todas as crianças da turma, os professores, as famílias e a comunidade na adoção de hábitos alimentares saudáveis e de atividade física regular. Diariamente cada turma participante regista o número de alunos que adotam comportamentos alimentares e de atividade física saudáveis e o número de atividades saudáveis realizadas pela turma. No final do ano letivo há a atribuição pública de um prémio, de acordo com o regulamento elaborado, à turma vencedora.	Crianças com 7 e 8 anos que frequentam as turmas do 2º e do 3º ano da EBSG, os professores e as famílias	3 turmas	2º e 3º períodos do ano letivo 2018/2019
3 Sessão de EpS dirigida às crianças	Sob o tema “Eu leio o rótulo”, esta sessão integra conteúdo sobre alimentação saudável com especial destaque para a distinção entre alimentos saudáveis e alimentos não saudáveis. A atividade dinamizada com recurso a apresentação em programa <i>microsoft powerpoint®</i> e com atividades lúdicas, nas quais as crianças manipulam descodificadores de rótulos e embalagens vazias de alimentos para identificação da informação alimentar e nutricional. Demonstração com cubos de açúcar da quantidade de hidratos de carbono simples presentes em vários alimentos e bebidas consumidos pelas crianças.	Crianças com 7 e 8 anos que frequentam as turmas de 2º e 3º ano da EBSG	49	21/01/2019
4 Conteúdos digitais sobre promoção da saúde	Criação de um separador no <i>site</i> do Agrupamento de Escolas Nuno Gonçalves denominado Promoção da Saúde e disponibilização do documento intitulado “Promoção de Estilos de Vida Saudáveis em Crianças do 1º Ciclo”. Este documento é um guia de dicas e sugestões para promover a adoção de estilos de vida saudáveis pelas crianças/famílias.	Comunidade escolar e famílias das crianças com 7 e 8 anos da EBSG	-	2º e 3º períodos do ano letivo 2018/2019

3.7 Avaliação

Chegamos à sexta etapa do processo de planeamento em saúde, a avaliação, definida por Tavares (1990) como “a maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a actividade em curso e planificar mais eficazmente.” (p.205). É nesta etapa final, que retrospectivamente analisamos o percurso percorrido ao longo das etapas anteriores, particularmente na fixação de objetivos e na preparação operacional. Se na primeira fixamos os indicadores de impacto ou resultado, na segunda definimos os indicadores de atividade ou de execução, a partir dos quais determinamos o grau de sucesso do projeto implementado. Para tal, transpomos os objetivos operacionais em metas e indicadores e averiguamos o seu cumprimento. A partir deste julgamento procedemos à otimização das estratégias e das atividades para aperfeiçoar o projeto e, se pertinente, replicá-lo. (Tavares, 1990) (Imperatori & Giraldes, 1993)

Em linha com as recomendações descritas, a avaliação deste projeto é realizada pelo cálculo do resultado dos indicadores definidos nas etapas fixação de objetivos e preparação operacional – programação. Os resultados aqui encontrados são confrontados com as metas estabelecidas para apurarmos o seu cumprimento. A avaliação da satisfação dos encarregados de educação relativa à atividade 1 é realizada pela análise de um questionário de satisfação (Apêndice XX) e a avaliação dos conhecimentos adquiridos pelas crianças com a realização da atividade 3 é realizada com a aplicação de uma ficha de avaliação sobre alimentação saudável (Apêndice XXI).

Apresentamos de seguida a avaliação deste projeto de intervenção comunitária, mostrando o cumprimento dos indicadores de resultado (quadro 3) e dos indicadores de atividade (quadro 4). A descrição detalhada da avaliação de cada atividade encontra-se em apêndice (Apêndice XXII).

Pela análise dos quadros 3 e 4 verificamos que atingimos e superamos todas as metas a curto prazo, a que nos propusemos, motivo pelo qual sentimos que a implementação do projeto de intervenção comunitária “Promoção de Estilos de Vida Saudáveis em Crianças do 1º Ciclo: Intervir para Prevenir a Obesidade Infantil” teve sucesso, ainda que os indicadores de resultado a médio e longo prazo fiquem por determinar face ao limite temporal imposto pelos prazos académicos.

Quadro 3. Avaliação dos indicadores de resultado

Indicador		Meta	Resultado	Atividade
Designação	Cálculo			
Percentagem de encarregados de educação que definem um plano de ação para melhorar os hábitos alimentares ao lanche das crianças	$\frac{\text{Número de encarregados de educação que definiram um plano de ação}}{\text{Número de encarregados de educação que participam na atividade 1}} \times 100$	30%	78,1% (25/32)	Atividade 1
Percentagem de crianças que identificam alimentos fundamentais para crescer com saúde e alimentos prejudiciais à saúde	$\frac{\text{Número de crianças que identificam corretamente alimentos fundamentais para crescer com saúde e alimentos prejudiciais à saúde}}{\text{Número de crianças que participam na Atividade 3}} \times 100$	50%	75,5% (37/49)	Atividade 3
Percentagem de crianças que identificam alimentos que apenas devem ser ingeridos em ocasiões especiais	$\frac{\text{Número de crianças que identificam corretamente alimentos que apenas devem ser ingeridos em ocasiões especiais}}{\text{Número de crianças que participam na Atividade 3}} \times 100$	50%	87,8% (43/49)	Atividade 3
Percentagem de crianças que distinguem um lanche saudável de outro não saudável	$\frac{\text{Número de crianças que distinguem um lanche saudável de outro não saudável}}{\text{Número de crianças que participam na Atividade 3}} \times 100$	50%	95,9% (47/49)	Atividade 3
Percentagem de crianças que identificam nos rótulos dos alimentos a informação alimentar e nutricional	$\frac{\text{Número de crianças que identificam corretamente nos rótulos dos alimentos a informação alimentar e nutricional}}{\text{Número de crianças que participam na Atividade 3}} \times 100$	50%	89,8% (44/49)	Atividade 3

Quadro 4. Avaliação dos indicadores de atividade

Indicador		Meta	Resultado	Atividade
Designação	Cálculo			
Percentagem de atividades realizadas	$\frac{\text{Número atividades realizadas}}{\text{Número de atividades programadas}} \times 100$	65%	100% (4/4)	Atividade 1,2,3,4
Percentagem de encarregados de educação que participam na atividade 1	$\frac{\text{Número de encarregados de educação que participam na atividade 1}}{\text{Número de encarregados de educação que deram consentimento informado}} \times 100$	30%	65,3% (32/49)	Atividade 1
Número de turmas dos 2º e 3º anos da EBSG que participam no concurso “Turma + Saudável”	Número de turmas dos 2º e 3º anos da EBSG que participam no concurso “Turma + Saudável”	2	3	Atividade 2
Percentagem de crianças que participam na atividade 3	$\frac{\text{Número de crianças que participam na atividade 3}}{\text{Número de crianças com consentimento informado}} \times 100$	80%	100% (49/49)	Atividade 3
Número de encarregados de educação que visitam o separador sobre Promoção da Saúde na página da <i>internet</i>	Número de visualizações da página até ao final do ano letivo 2018/2019	15	A apurar no final do ano letivo 18/19	Atividade 4
Percentagem de material de suporte elaborado	$\frac{\text{Número de materiais de suporte realizados}}{\text{Número de materiais de suporte planeados}} \times 100$	80%	100% (12/12)	Atividade 1,2,3,4

4. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DO PROJETO

A implementação do projeto de intervenção comunitária e o estudo investigativo associado, assentes na metodologia do processo de planeamento em saúde, constituíram-se como desafios e, simultaneamente, como estímulos para a aprendizagem. A reflexão sobre as dificuldades sentidas, sobre os resultados obtidos e sobre as perspetivas futuras afigura-se assim, como um contributo fundamental para a melhoria da qualidade de projetos futuros. Neste contexto, apresentamos as principais limitações do projeto, mas também sugestões que o robusteçam.

Começamos pelas limitações relacionadas com a primeira etapa, o diagnóstico de situação. Consideramos que a morosidade desta etapa associada à quantidade de dados para analisar limitou o tempo disponível para as etapas seguintes. Por outro lado, o facto dos questionários terem sido autopreenchidos pelos encarregados de educação fez com que tivéssemos questões não respondidas (dados omissos), limitando a interpretação dos resultados e impossibilitando a análise da relação entre eles, fundamental para que a intervenção se torne ainda mais centrada na população em estudo, fator determinante para o sucesso dos projetos. Para colmatar esta limitação sugerimos que a aplicação dos questionários seja realizada, se possível no dia da reunião de pais no início do ano letivo, com a presença de um investigador que prontamente esclareça as dúvidas dos encarregados de educação.

No que respeita à preparação operacional-programação, a principal limitação prendeu-se com a dificuldade em programar as atividades dirigidas às crianças de acordo com a escassa disponibilidade de horário letivo. Sugerimos que projetos futuros contemplem mais tempo letivo para atividades de promoção da saúde, integrando esta dimensão no currículo escolar.

Outra limitação desta etapa, está relacionada com a dificuldade de comunicação com a equipa gestora do *site* do Agrupamento de Escolas Nuno Gonçalves, que resultou na disponibilização do Manual de Promoção da Saúde na secção “Destacamos” em vez de ter sido criado o separador Promoção da Saúde para o efeito, facto que condiciona o acesso a informação em saúde pelas famílias. Propomos que futuramente se tentem encontrar alternativas para divulgação do material educativo, uma das opções será a página da Associação de Pais e Encarregados de Educação disponível numa rede social.

5. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO

A enfermagem é uma ciência baseada na prática reflexiva, nesta fase final importa, pois, proceder a uma reflexão crítica acerca do percurso efetuado para a obtenção do grau de mestre em enfermagem – área de especialização de enfermagem comunitária.

O enfermeiro especialista tem por incumbência aprofundar o conhecimento e melhorar as habilidades e as capacidades relativas aos domínios de competência próprios do enfermeiro de cuidados gerais, aperfeiçoar o raciocínio e o julgamento clínico para uma resposta mais qualificada às necessidades, aos problemas de saúde e à promoção da qualidade de vida. Pretende-se que contribua para elevar consistentemente a prática de enfermagem, numa das áreas de especialidade, com respeito pelos princípios ético-legais vigentes. (Regulamento nº 140/2019, 2019)

Concretamente, espera-se que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária seja competente na defesa da saúde, da qualidade de vida e do bem-estar da comunidade ou grupo alvo da sua intervenção. Deve para tal, proceder à vigilância epidemiológica e à avaliação do estado de saúde de uma comunidade ou grupo, no seu contexto de vida, por forma a identificar os determinantes de saúde e agir no sentido de os melhorar, através do desenvolvimento de projetos/programas que promovam a capacitação da comunidade/grupo. (Regulamento nº 348/2015, 2015) (Regulamento nº 428/2018, 2018)

A Ordem dos Enfermeiros, regulamenta assim, as seguintes competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública:

- a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

(Regulamento nº 428/2018, 2018, p. 19354)

Durante a realização do estágio tivemos como foco o desenvolvimento destas competências de intervenção comunitária.

Aplicámos instrumentos de colheita de dados (questionários e entrevistas semiestruturadas), através do programa estatístico SPSS® aplicámos a estatística descritiva para calcular e interpretar os resultados obtidos e confrontámos estes resultados com a evidência científica atual. Este processo permitiu-nos identificar os determinantes da obesidade infantil nas crianças com 7 e 8 anos que frequentam a EBSG, avaliar os seus hábitos alimentares e de atividade física, os conhecimentos sobre alimentação infantil dos pais e a perceção dos professores, transpor estes dados em medidas epidemiológicas (indicadores em saúde) e traçar desta forma o perfil de saúde desta comunidade para estabelecermos o diagnóstico da situação.

A partir do qual, planificámos o projeto em linha com a meta do PNS em vigor - “Controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020” (DGS, 2015b. p12). Sendo este um projeto de saúde escolar na área da promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da obesidade infantil, definimos os objetivos e as estratégias em coerência com o PNSE|2015 (DGS, 2015c), com o PNPAS (DGS, n.d.) e o PNPAF (Ribeiro da Silva, Graça, Mata, Telo de Arriaga, & Jorge Silva, 2016) contudo ajustámo-las às características da comunidade escolar e das famílias. Esforçámo-nos para que as atividades programadas fossem ao encontro das preferências e das expectativas da nossa comunidade. Em todas preocupámo-nos em tornar a informação acessível e atrativa para promover a sua procura ativa, a compreensão e a aplicação da mesma na adoção de estilos de vida saudáveis. Mobilizámos ainda a participação da Junta de Freguesia de Arroios e programámos as atividades de acordo com o que a evidência científica revelou ao longo da nossa pesquisa. Em coerência, programámos um projeto ao nível da prevenção, proteção e promoção da saúde, com intervenções dirigidas às crianças (atividade 1 e 2), às famílias (atividade 2, 3 e 4) e à comunidade educativa (atividade 2), intersectorial, prolongado no tempo e integrado em políticas públicas de saúde.

Ao refletir sobre este percurso, sentimos que demonstrámos a aquisição e o desenvolvimento das competências próprias do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Demonstrámos que cumprimos, de forma generalizada, os critérios das várias unidades de competência, o que nos permitiu proceder à vigilância epidemiológica e avaliação do estado de saúde de uma comunidade, coordenar um projeto e contribuir para o processo de capacitação dessa mesma comunidade.

Ao articular a metodologia do processo de planeamento em saúde com os modelos conceptuais, Modelo de Literacia para a Saúde (Sørensen et al., 2012) e Modelo de Promoção da Saúde (Pender et al., 2015), mobilizámos os referenciais teóricos que melhor permitiram adequar a intervenção ao objetivo geral definido. Estes dois modelos complementam-se e foram estruturantes para o sucesso do projeto. Permitiram-nos compreender os fenómenos de saúde, e simultaneamente, planear toda a intervenção por forma a melhorar a literacia da comunidade escolar e das famílias, para que estas sejam capazes de substituir comportamentos de risco (hábitos alimentares inadequados e tempo excessivo em atividades sedentárias) por comportamentos promotores de saúde (alimentação saudável e prática de atividade física).

Pela interação destes dois modelos, percebemos que é essencial, além da aquisição de informação sobre alimentação saudável e prática de atividade física, compreender, interpretar, filtrar e julgar os conhecimentos acerca dos benefícios da adoção destes comportamentos, sobre as barreiras e as influências que as famílias e a comunidade escolar enfrentam e se tornam impeditivas da mudança. Esta aprendizagem vai melhorando a perceção de autoeficácia das crianças e das famílias, e nesta fase, torna-se possível a desvinculação com o comportamento prévio e a adoção de estilos de vida saudáveis, o que requer a aplicação do conhecimento na promoção da saúde e na prevenção da obesidade infantil. As atividades programadas foram baseadas na inter-relação das várias dimensões e domínios destes modelos conceptuais.

No que respeita à aquisição de competências para obtenção do grau de mestre em enfermagem, de acordo com os descritores de Dublin para o 2º ciclo (Joint Quality Initiative informal group, 2004) (Decreto Lei nº 65/2018, 2018), acreditamos que a realização deste processo formativo, que culmina com a apresentação do presente relatório de estágio, demonstra o desenvolvimento das mesmas. Mostrámos ser capazes de mobilizar, aprofundar e aplicar os conhecimentos adquiridos a novos contextos (comunidade), resolver os problemas e as intercorrências com que nos deparámos na fase do diagnóstico de situação e na da programação/execução das atividades. Refletimos sobre a nossa prática sustentando-nos na investigação e na evidência científica para tomar decisões, com respeito pelos princípios ético-legais, baseadas em juízos fundamentados. Sentimos que adquirimos a capacidade de questionar a prática, e concomitantemente, de investigar e mobilizar os

conhecimentos para encontrar soluções inovadoras e de qualidade, o que nos torna autónomos e orientados para a autoaprendizagem. Intervir na comunidade significou comunicar com diferentes atores sociais (crianças, famílias, professores, pares, colaboradores da junta de freguesia) em diferentes contextos, ao fazê-lo acreditamos que desenvolvemos a capacidade de transmitir informação em/de saúde e as conclusões do nosso estudo, assertivamente.

Olhando retrospectivamente, foi possível ainda desenvolver a autonomia e a liderança. As dificuldades, as dúvidas e as contrariedades com que nos deparámos serviram-nos de estímulo para o aperfeiçoamento profissional, potenciaram a capacidade de questionar, de refletir e de tomada de decisão, contribuindo para a responsabilização e aquisição de valor profissional.

Ao longo da elaboração do presente relatório de estágio, tentámos destacar a importância que atribuímos à prestação de cuidados de enfermagem comunitária qualificados nas suas vertentes de estrutura, processo e resultado, e o desenvolvimento de habilidades para alcançar e garantir essa mesma qualidade. Importa portanto, nesta fase final, avaliar este percurso de acordo com o Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus transposto para a enfermagem por Benner (2001). Consideramos que conseguimos alcançar o nível de proficiente baseados na abordagem holística que cremos ter concretizado nas diferentes etapas deste projeto. Simultaneamente, acreditamos ter sido capazes de demonstrar o raciocínio clínico implícito às tomadas de decisão no desempenho de funções a um nível progressivamente de maior complexidade. Não podemos deixar de ressaltar, que alcançar este nível só foi possível graças à experiência de vários anos a trabalhar em cuidados de saúde primários.

CONCLUSÃO

A saúde é o principal recurso para a promoção da qualidade de vida e constitui-se como um direito universal. Atualmente, sob o paradigma salutogénico, o foco dos sistemas de saúde é o bem-estar das populações e não meramente a ausência de doença. O nível de saúde de uma comunidade reflete o nível de desenvolvimento da sociedade em que esta se insere, sendo que a obesidade infantil se constitui como um obstáculo à saúde individual e comunitária. Neste âmbito, intervir precocemente para a sua prevenção é uma prioridade, mas a promoção de estilos de vida saudáveis em crianças e jovens torna-se ainda mais premente.

O planeamento e implementação deste projeto de intervenção comunitária “Promoção de Estilos de Vida Saudáveis em Crianças do 1º Ciclo: Intervir para Prevenir a Obesidade Infantil” permitiu-nos no seu decorrer, aplicar a metodologia do processo de planeamento em saúde, percorrer cada uma das suas etapas e adequar as estratégias ao contexto escolar específico e à comunidade alvo. Consideramos que os objetivos definidos foram atingidos. As atividades implementadas são potenciadoras da adoção de comportamentos alimentares saudáveis e da prática de atividade física a curto e médio prazo, no entanto, não é possível avaliar a mudança de comportamento a longo prazo dentro dos limites temporais do estágio. Contudo, para que ocorram ganhos em saúde, será importante que esta dimensão seja considerada. Para tal sugerimos os seguintes objetivos operacionais, que deverão ser avaliados através dos dados recolhidos pelo preenchimento do questionário inicial um ano após a implementação das atividades:

- Reduzir em 10% a percentagem de crianças do 1º ciclo da EBSG que consomem pelo menos uma vez/semana refrigerantes/chás açucarados, até janeiro de 2020;
- Reduzir em 10% a percentagem de crianças do 1º ciclo da EBSG que gastam mais de três horas/dia a ver TV durante o fim de semana, até janeiro de 2020;
- Aumentar em 10% a percentagem de encarregados de educação com nível de conhecimento sobre alimentação infantil igual ou superior a suficiente.

Capacitar a comunidade escolar, particularmente as crianças, implica que estas se tornem competentes na tomada de decisão para a adoção de estilos de vida saudáveis, ou seja, capacitar em saúde escolar vai muito para além de obter informação e compreendê-la, implica sim ser capaz de a usar em prol da saúde e da

qualidade de vida. Consideramos que a implementação deste projeto em parceria com a comunidade escolar e com as famílias é um importante contributo para que as crianças, atuando em conjunto, alcancem maior controlo sobre as decisões e ações que tomam, relativamente ao seu estilo de vida.

Paralelamente, a realização deste projeto permitiu-nos mobilizar e relacionar modelos teóricos e aprofundar conhecimentos, desenvolver o pensamento crítico e melhorar a capacidade de pesquisa de evidência científica. Este conjunto de competências permite-nos, futuramente, desenvolver outros programas/projetos de intervenção adaptados a diferentes contextos e focos de intervenção, com rigor e numa perspetiva sistémica.

Todo o percurso percorrido consolidou a importância do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na promoção da saúde coletiva e evidenciou que este se afigura como um dos eixos estruturante e funcional dos sistemas de saúde na garantia da equidade, do acesso a informação e da capacitação de grupos e comunidades.

REFERÊNCIAS

- Amado, J. da S. (2000). A Técnica de Análise de Conteúdo. *Referência*, 5, 53–63. Acedido em: 09-11-2018. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2049&id_revista=5&id_edicao=20
- American Academy of Pediatrics. (2013). Children, Adolescents, and the Media. *Pediatrics*. Doi:10.1542/peds.2013-2656
- Associação Médica Mundial. (2013). Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial: Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos. Fortaleza: Associação Médica Mundial. Acedido em: 02-02-2018. Disponível em: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Bann, D., Johnson, W., Li, L., Kuh, D., & Hardy, R. (2018). Socioeconomic inequalities in childhood and adolescent body-mass index, weight, and height from 1953 to 2015: an analysis of four longitudinal, observational, British birth cohort studies. *The Lancet. Public Health*, 3(4), e194–e203. Doi:10.1016/S2468-2667(18)30045-8
- Baptista, F., Silva, A. M., Santos, D. A., Mota, J., Santos, R., Vale, S., ... Moreira, H. (2011). *Livro Verde da Actividade Física*. (I. Instituto do Desporto de Portugal, Ed.). Lisboa. Acedido em: 05-03-2018. Disponível em: <http://www.spef.pt/image-gallery/9142028035211-Colgios-Exercicio-e-Sade-Docs-de-Referencia-Livro-Verde-da-Atividade-Fsica.pdf>
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. (L. Edições 70, Ed.).
- Beaglehole, R., Bonita, R., & Kjellstrom, T. (2003). *Epidemiologia Básica*. (Escola Nacional de Saúde Pública, Ed.) (1ª). Lisboa.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. (Quarteto Editora, Ed.). Coimbra.
- Buss, P. M., & Filho, A. P. (2007). A Saúde e seus Determinantes Sociais, 17(1), 77–93. Acedido em: 24-05-2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>
- Camarinha, B., Ribeiro, F., & Graça, P. (2015). O papel das autarquias no combate à obesidade infantil. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 01(2015), 6–9. Acedido em: 30-03-2018. Disponível em: http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1446206365OpapeladasautarquiasnocombateàobesidadeInfantil.

- Comissão de Nutrição da SPP. (2012). Alimentação e Nutrição do Lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(2), S17–S40. Acedido em: 15-01-2018. Disponível em: www.spp.pt
- Commission of the European Communities. (2007). Livro Branco sobre Uma estratégia para a Europa em matéria de problemas de saúde ligados à nutrição, ao excesso de peso e à obesidade. *Comissão Das Comunidades Europeias*, 1–31. Acedido em: 18-02-2018. Disponível em: <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos01.aspx?cttextoid=605&menuid=143&exmenuid=-1>
- Costa, M. da G. F. A., Nunes, M. M. de J. C., Duarte, J. C., & Pereira, A. M. S. (2012). Conhecimento dos pais sobre alimentação: construção e validação de um questionário de alimentação infantil. *Referência*, III(6), 55–68. Acedido em: 05-09-2017. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2012pdf/36-055.pdf>
- Creswell, J. (2013). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (3ª). Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Criss, S., Cheung, L., Giles, C., Gortmaker, S., Viswanath, K., Kwass, J.-A., & Davison, K. (2016). Media Competition Implementation for the Massachusetts Childhood Obesity Research Demonstration Study (MA-CORD): Adoption and Reach. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 13(4), 403. Doi:10.3390/ijerph13040403
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1992). *Politiques et stratégies en faveur de l'égalité devant la santé*. OMS Bureau régional de l'Europe.
- Dallabona, S. R., & Mendes, S. M. S. (2004). O Lúdico na educação Infantil: Jogar, Brincar, Uma Forma de Educar, 107–112.
- De Niet, J. E., & Naiman, D. I. (2011). Psychosocial aspects of childhood obesity. *Minerva Pediatrica*, 63(6), 491–505. Acedido em: 25-08-2017. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22075804>
- Decreto Lei nº 65/2018. (2018). Altera o Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior. *Diário Da República, Série I (Nº 157 de 16 de Agosto)*, 4147–4182. Acedido em: 04-04-2019. ELI:<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- DGE. (2014). *Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde*. Lisboa: DGE. Acedido em: 15-06-2017. Disponível em: http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/papes_doc.pdf

- DGS. (n.d.). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Acedido em 02-09-2018. Disponível em: <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/>
- DGS. (2004). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Acedido em: 06-05-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estilos-de-vida-saudaveis.aspx>
- DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. (Direção Geral de Saúde, Ed.).
- DGS. (2015a). *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*. Acedido em: 25-05-2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015-pdf.aspx>
- DGS. (2015b). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*. Acedido em: 28-03-2017. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- DGS. (2015c). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Acedido em: 28-03-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015.aspx>
- DGS. (2018). *Saúde Infantil e Juvenil, Portugal, 2018*. Lisboa. Acedido em: 05-07-2019. Disponível em: www.dgs.pt
- Elinder, L. S., Patterson, E., Nyberg, G., & Norman, Å. (2018). A Healthy School Start Plus for prevention of childhood overweight and obesity in disadvantaged areas through parental support in the school setting - study protocol for a parallel group cluster randomised trial. *BMC Public Health*, 18(1), 1–13. Doi:10.1186/s12889-018-5354-4
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2018). Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações - Norma APA. Lisboa, Portugal: ESEL.
- European Commission. (2014). EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020, 1–68. Acedido em: 25-05-2018. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf
- Filipe, J., Godinho, C. A., & Graça, P. (2016). Intervenções Comportamentais de Prevenção da Obesidade Infantil: Estado da Arte em Portugal. *Psychology, Community and Health*, 5(2), 170–184. Doi:10.5964/pch.v5i2.175
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de*

Investigação. Loures: Lusodidacta.

- Goes, A. R., Câmara, G., Loureiro, I., Bragança, G., Nunes, L. S., & Bourbon, M. (2015). «Papa Bem»: investir na literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(1), 12–23. Acedido em: 25-05-2018. Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S0870902515000073/1-s2.0-S0870902515000073-main.pdf?_tid=76a1f385-195d-4a1b-a6a0-d7be385803b7&acdnat=1521912115_db6cf0ab98a10c3f80cb69f53f3ae604
- Gortmaker, S. L., Carter, R., Swinburn, B. A., Levy, D., Carter, R., Mabry, P. L., ... Moodie, M. L. (2011). Changing the future of obesity: science, policy, and action. *The Lancet*, 378, 838–847. Doi:10.1016/S0140-6736(11)60815-5
- Han, J. C., Lawlor, D. A., & S Kimm, S. Y. (2010). Childhood obesity. *The Lancet*, 375, 1737–1748. Doi: 10.1016/S0140-6736(10)60171-7
- Hruby, A., & Hu, F. B. (2015). The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. *PharmacoEconomics*, 33(7), 673–689. Doi: 10.1007/s40273-014-0243-x
- Ickes, M. J., McMullen, J., Haider, T., & Sharma, M. (2014). Global school-based childhood obesity interventions: a review. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 11(9), 8940–8961. Doi: 10.3390/ijerph110908940
- Imperatori, E., & Giraldes, M. do R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- INSA. (2019). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2019*. Lisboa. Acedido em: 07-09-2019. Disponível em: https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2019/07/COSI-2019_FactSheet.pdf
- INSA, Rito, A., Cruz de Sousa, R., Mendes, S., & Graça, P. (2017). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2016*. Lisboa. Acedido em: 02-02-2018. Disponível em: www.insa.pt
- Instituto do Desporto de Portugal, I. (2009). *Orientações da União Europeia para a Actividade Física: Políticas Recomendadas para a Promoção da Saúde e do Bem-Estar*. Acedido em: 26-05-2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnpaf-idp-orientacoes-europ-af-jan2009-pdf.aspx>
- Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge, Rito, A. I., & Graça, P. (2015). *Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI Portugal 2013*. Lisboa. Acedido em: 26-05-2018. Disponível em: http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444901143Relatório_COSI_PT_2013.pdf
- Jago, R., Rawlins, E., Kipping, R. R., Wells, S., Chittleborough, C., Peters, T. J., ...

- Campbell, R. (2015). Lessons learned from the AFLY5 RCT process evaluation: implications for the design of physical activity and nutrition interventions in schools. *BMC Public Health*, 15(1), 1–10. Doi:10.1186/s12889-015-2293-1
- Johnson, P. T., Montgomery, M., Clarck, M., & Taylor, C. (2017). Childhood Obesity in a Rural Community: First Steps to Cultivating Change.: EBSCOhost. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 17(2), 126–148. Acedido em: 02-02-2018. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=2f587ce9-b044-4875-910b-4353e762849c%40sessionmgr102>
- Joint Quality Initiative informal group. (2004). Shared “Dublin” descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards. Acedido em: 25-08-2019. Disponível em: www.jointquality.org
- Kalra, G., De Sousa, A., Sonavane, S., & Shah, N. (2012). Psychological issues in pediatric obesity. *Industrial Psychiatry Journal*, 21(1), 11–17. Doi:10.4103/0972-6748.110941
- Kumar, S., & Preetha, G. (2012). Health promotion: An effective tool for global health. *Indian Journal of Community Medicine*, 37(1), 5. Doi:10.4103/0970-0218.94009
- Langford, R., Bonell, C., Jones, H., & Campbell, R. (2015). Obesity prevention and the Health promoting Schools framework: essential components and barriers to success. *The International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity*, 12, 15. Doi:10.1186/s12966-015-0167-7
- Lei nº 30/2019. (2019). Introduz restrições à publicidade dirigida a menores de 16 anos de géneros alimentícios e bebidas que contenham elevado valor energético, teor de sal, açúcar, ácidos gordos saturados e ácidos gordos transformados, procedendo à 14.ª alteração ao Código da. *Diário Da República, Série I (Nº 79/2019 de 23 de Abril)*, 2257–2258. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/30/2019/04/23/p/dre/pt/html>
- Lei nº42/2016. (2016). Orçamento do Estado para 2017. Assembleia da República. *Diário Da República, Série I (Nº 248 de 16 de Dezembro)*, 4875–5107. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/42/2016/12/28/p/dre/pt/html>
- Leung, M. M., Agaronov, A., Grytsenko, K., & Yeh, M.-C. (2012). Intervening to Reduce Sedentary Behaviors and Childhood Obesity among School-Age Youth: A Systematic Review of Randomized Trials. *Journal of Obesity*, 2012, 1–14. Doi:10.1155/2012/685430
- Liu, W., Liu, W., Lin, R., Li, B., Pallan, M., Cheng, K. K., & Adab, P. (2016).

- Socioeconomic determinants of childhood obesity among primary school children in Guangzhou, China. *BMC Public Health*, 16, 482. Doi:10.1186/s12889-016-3171-1
- Lloyd, J., & Wyatt, K. (2015). The Healthy Lifestyles Programme (HeLP)--an overview of and recommendations arising from the conceptualisation and development of an innovative approach to promoting healthy lifestyles for children and their families. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 12(1), 1003–1019. Doi:10.3390/ijerph120101003
- Lopes, A. (2012). Pandemia do século XXI: Obesidade. *Nursing*, 11–13.
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., ... Ramos, E. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados*. Acedido em: 04-04-2018. Disponível em: www.ianaf.up.pt.
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2016). *Promover a Saúde: Dos Fundamentos à Ação*. Coimbra: Almedina.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*. Acedido em: 06-09-2019. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- NHS. (2018). *Health Survey for England 2017 Adult and child overweight and obesity*. Acedido em: 06-09-2019. Disponível em: <https://files.digital.nhs.uk/3F/6971DC/HSE17-Adult-Child-BMI-rep.pdf>
- Nihiser, A., Merlo, C., & Lee, S. (2013). Preventing obesity through schools. *The Journal Of Law, Medicine & Ethics: A Journal Of The American Society Of Law, Medicine & Ethics*, 41 Suppl 2, 27–34. Doi:10.1111/jlme.12106
- Nyberg, G., Norman, Å., Sundblom, E., Zeebari, Z., & Elinder, L. S. (2016). Effectiveness of a universal parental support programme to promote health behaviours and prevent overweight and obesity in 6-year-old children in disadvantaged areas, the Healthy School Start Study II, a cluster-randomised controlled trial. *The International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity*, 13, 4. Doi:10.1186/s12966-016-0327-4
- Obesity and overweight. (n.d.). Acedido em 08-09-2019. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- OECD/EU. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris. Doi: 0.1787/health_glance_eur-2018-en
- OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris. Doi:

10.1787/health_glance-2017-en

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Código Deontológico do Enfermeiro. Acedido em: 25-09-2017. Disponível em:

<http://www.enfermagem.edu.pt/images/stories/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPE - Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pearson, N., Braithwaite, R. E., Biddle, S. J. H., van Sluijs, E. M. F., & Atkin, A. J. (2014). Associations between sedentary behaviour and physical activity in children and adolescents: a meta-analysis. *Obesity Reviews*, 15(8), 666–675. Doi:10.1111/obr.12188

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (7th ed.). New Jersey: Prentice Hall Health.

Phillips, M. M., Raczynski, J. M., West, D. S., Pulley, L., Bursac, Z., & Leviton, L. C. (2013). The evaluation of Arkansas Act 1220 of 2003 to reduce childhood obesity: conceptualization, design, and special challenges. *American Journal Of Community Psychology*, 51(1–2), 289–298. Doi:10.1007/s10464-012-9538-2

Piaget, J. (1983). *Seis Estudos de Psicologia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Pinho, I., Rodrigues, S., Franchini, B., & Graça, P. (2015). *Padrão Alimentar Mediterrânico: Promotor de Saúde*. Lisboa. Acedido em: 05-12-2018. Disponível em: https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1455296179PadrãoAlimentarMediterrânico_Promotordesaúde.pdf

PNPAS. (2017). *Programa Nacional Para A Promoção Da Alimentação Saudável 2017*. Lisboa. Acedido em: 08-04-2018. Disponível em: http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1507564169PNPAS_DGS2017.pdf

PNPAS, Gregório, M. J., Guedes, L., & Mendes de Sousa, S. (2019). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável: Portugal 2019*. Lisboa. Acedido em: 20-09-2019. Disponível em: www.dgs.pt

Pollit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed.

Portaria nº 113/2018. (2018). Regime Escolar: estabelece as regras nacionais complementares da ajuda à distribuição de fruta, produtos hortícolas e bananas e leite e produtos lácteos, nos estabelecimentos de ensino. *Diário Da República, Série II (Nº 83 de 30 de Abril)*, 1762–1767. ELI:

<https://data.dre.pt/eli/port/113/2018/04/30/p/dre/pt/html>

- Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, DGS, Graça, P., Gregório, M. J., Santos, A., & Mendes de Sousa, S. (2016). *Redução do Consumo de Açúcar em Portugal: Evidência que Justifica Ação*. Lisboa. Acedido em: 12-12-2018. Disponível em: https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1472833509ReducaodoConsumodeacucaremPortugal.pdf
- Quitério, F., Brito, D., Teixeira, I., Alves, P., Branco, P., Antunes, E., & Magalhães, E. (2018). Lisboa Central - Plano Local de Saúde 2018-2021 - Uma responsabilidade de todos. Lisboa.
- Rêgo, C., & Peças, M. A. (2012). *Crescer para cima. Prevenção e tratamento da obesidade infantil. Nutrição e alimentação saudável para crianças e adolescentes*. Lisboa: Presença.
- Regulamento nº 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, Série II (Nº26 de 6 de Fevereiro)*, 4744–4750. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento nº 348/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário Da República, Série II (Nº 118 de 19 de Junho)*, 16481–16486. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/67540266>
- Regulamento nº 428/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário Da República, Série II (Nº 135 de 16 de Julho)*, 19354–19359. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>
- Resolução da Assembleia da República nº 1/2001. (2001). Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina. *Diário Da República, Série I (Nº 2 de 3 de Janeiro)*, 14–36. ELI: <https://data.dre.pt/eli/resolassrep/1/2001/01/03/p/dre/pt/html>
- Ribeiro da Silva, P., Graça, P., Mata, F., Telo de Arriaga, M., & Jorge Silva, A. (2016). *Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física e do Bem-Estar - ENPAF 2016-2025*. Lisboa.
- Rodrigues, A. M., Alves, O. M. A., & Amorim, E. C. (2015). Impact of the Childhood Obesity Intervention Project on Primary School Children from a Cluster of Schools. *Referência*, 4(5), 57–63.
- Rudd, R. E. (2012). Guidelines for Creating Materials: Resources for Developing and

- Assessing Materials. Boston: MA: Harvard School of Public Health; Acedido em 12-12-2018). Disponível em: www.hsph.harvard.edu/healthliteracy
- Saboga-Nunes, L., Sørensen, K., & Pelikan, J. M. (2014). Hermenêutica da literacia em saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT). In Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia (Ed.), *Congresso Português de Sociologia, 8, Évora, 14 a 16 de abril de 2014: atas*. Lisboa.
- Safdie, M., Lévesque, L., González-Casanova, I., Salvo, D., Islas, A., Hernández-Cordero, S., ... Rivera, J. A. (2013). Promoting healthful diet and physical activity in the Mexican school system for the prevention of obesity in children. *Salud Publica De Mexico, 55 Suppl 3*, 357–373. Acedido em: 02-02-2018. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=24643485&site=ehost-live>
- Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, A. K., Sofi, N. Y., Kumar, R., & Bhadoria, A. S. (2015). Childhood obesity: causes and consequences. *Journal of Family Medicine and Primary Care, 4(2)*, 187–192. Doi:10.4103/2249-4863.154628
- Sancho, T., Pinto, E., Pinto, E., Mota, J., Vale, S., & Moreira, P. (2014). Determinantes do peso corporal de crianças em idade pré-escolar. *Revista Fatores de Risco, 34*, 26–33. Acedido em: 25-04-2018. Disponível em: www.novonordisk.pt
- Sassi, F. (2010). Obesity and the Economics of Prevention – Fit not Fat. *OECD*, 1–270. Acedido em: 25-04-2018. Disponível em: www.sourceoecd.org/9789264063679
- Silverman, D. (2013). *Doing qualitative research: A practical handbook*. London, England: Sage Publications Inc.
- Slade, S. (2016). Obesity (Childhood): Prevention. *JBI, 5*, 1–4. Acedido em: 27-03-2018. Disponível em: http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.27.2b/ovidweb.cgi?&S=KIDAFPOBODDDAKJENCFKFBJCCCJPAA00&Link+Set=S.sh.21%7C2%7Csl_190
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., & Pelikan, J. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*, 80. Doi:10.1186/1471-2458-12-80
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População (7ª)*. Loures: Lusodidacta.
- Stewart, L. (2015). Childhood obesity. *Medicine, 43*, 108–111.

Doi:10.1016/j.mpmed.2014.11.014

Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

The Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute: Reviewers's Manual: 2014 edition*. The Joanna Briggs Institute. Acedido em: 10-01-2017. Disponível em: www.joannabriggs.org

Vilchis-Gil, J., Klünder-Klünder, M., Duque, X., & Flores-Huerta, S. (2016). Decreased Body Mass Index in Schoolchildren After Yearlong Information Sessions With Parents Reinforced With Web and Mobile Phone Resources: Community Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18(6), e174–e174. Doi:10.2196/jmir.5584

Whitehead, D. (2004). Health promotion and health education: Advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 311–320. Doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03095.x

WHO-Eastern Mediterranean. (2012). Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies - A foundation document to guide capacity development of health educators. *WHO Eastern Mediterranean*. Acedido em:15-12-2017. Disponível em: http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf?ua=1

WHO-Europe. (2013). Health 2020 A European policy framework and strategy for the 21st century. Acedido em: 15-12-2017. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1

WHO-Europe. (2015). European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020, 1–32. Acedido em: 15-12-2017. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/294474/European-Food-Nutrition-Action-Plan-20152020-en.pdf?ua=1

WHO-Europe. (2016). *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025*. Copenhagen. Acedido em: 17-01-2018. Disponível em: <http://www.euro.who.int/pubrequest>

WHO. (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. *1ª Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde*, 1–6. Acedido em: 28-12-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>

WHO. (2000). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Geneva.

WHO. (2014). Commission on Ending Childhood Obesity: asked questions. Acedido

- em 21-04-2018. Disponível em: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/faq/en/>
- WHO. (2015a). *Guideline: Sugars intake for adults and children*. Geneva. Acedido em: 02-02-2018. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149782/9789241549028_eng.pdf?sequence=1
- WHO. (2015b). WHO | Physical activity and young people. Acedido em 15-12-2018. Disponível em: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/
- WHO. (2017). *Adolescent obesity and related behaviours : trends and inequalities in the WHO region 2002-2014*. Who. Doi:10.4103/0972 - 5229.178178
- WHO | Breastfeeding. (2018). Acedido em 20-12-2018. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/
- WHO | Facts and figures on childhood obesity. (2017). Acedido em 21-07-2018. Disponível em: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/en/>

Scoping Review

Título

- Prevenção da obesidade infantil em crianças do 1º ciclo do ensino básico – revisão *scoping*

Objetivo

- Mapear as estratégias de prevenção da obesidade infantil em crianças do 1º ciclo do ensino básico.

Questão

- Como prevenir a obesidade infantil em crianças do 1º ciclo do ensino básico?

Modelo PCC

- **População:** Crianças do 1º ciclo do ensino básico com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos
- **Conceitos:** Obesidade Infantil, prevenção, promoção da saúde
- **Contexto:** Escola do 1º ciclo do ensino básico

BASES DE DADOS		CINAHL		MEDLINE	
PCC	Linguagem natural	CINAHL Headings	Linguagem natural	MeSH2017	
P	Crianças 5-10 anos	Child	Child	Child	Child
C	Obesidade Infantil	Childhood obesity; Pediatric obesity	Pediatric obesity	Childhood obesity; Pediatric obesity	Pediatric obesity
	Prevenção	Prevention	-	Prevention	-
	Promoção da Saúde	Health promotion	Health promotion	Health promotion	Health promotion
C	Escola 1º ciclo	Schools	Schools	Schools	Schools

Crítérios de Inclusão

- Crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos
- Ações/estratégias de promoção da saúde e prevenção primária
- Estudos realizados em contexto escolar: particular ou público
- Estratégias desenvolvidas ou implementadas por ou em parceria com enfermeiros

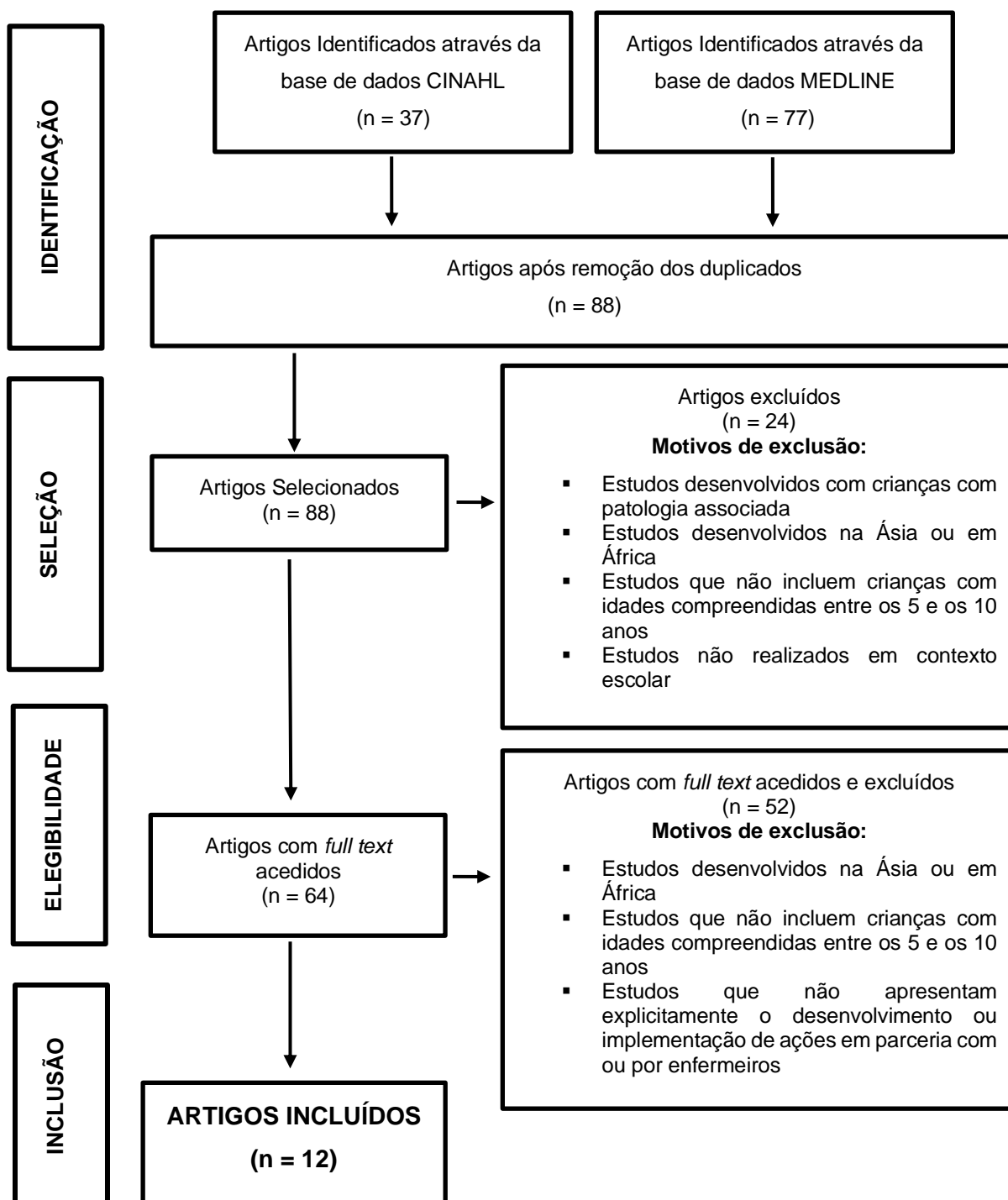
Critérios de Exclusão

- Estudos desenvolvidos com crianças com patologia associada
- Estudos desenvolvidos na Ásia e em África

Estratégia de Pesquisa

- Artigos com texto integral
- Artigos com resumo disponível
- Artigos publicados em Português ou Inglês
- Artigos publicados entre 2013 e 2018

▪ Diagrama Prisma 2009



Adaptado de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097.

doi:10.1371/journal.pmed1000097

▪ **Artigos Incluídos**

Artigo	Título	Autores	País/Cidade	Ano	Tipo de Estudo	Amostra/População	Principais Resultados
1	A Healthy School Start Plus for prevention of childhood overweight and obesity in disadvantaged areas through parental support in the school setting - study protocol for a parallel group cluster randomised trial.	Liselotte Schäfer Elinder, Emma Patterson, Gisela Nyberg e Åsa Norman	Estocolmo	2018	Ensaio aleatorizado controlado	352 crianças de 6 anos de idade	Prevenção da OI é a forma mais sustentável de intervir, tanto do ponto de vista económico como ético. Prevenção tem de envolver o contexto familiar. PSE têm de diminuir as desigualdades no consumo alimentar e na atividade física.
2	Decreased Body Mass Index in Schoolchildren After Yearlong Information Sessions With Parents Reinforced With Web and Mobile Phone Resources: Community Trial.	Vilchis-Gil, Jenny; Klünder-Klünder, Miguel; Duque, Ximena; Flores-Huerta, Samuel	Cidade do México	2016	Ensaio Comunitário	407 crianças que frequentam escola primária	Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde com intervenção direta e à distância (digital: sms, web site) dirigida aos pais e às crianças apresenta resultados positivos na prevenção da OI (hábitos alimentares e atividade física)
3	Media Competition Implementation for the Massachusetts Childhood Obesity Research Demonstration Study (MA-CORD): Adoption and Reach	Shaniece Criss , Lilian Cheung, Catherine Giles, Steven Gortmaker, Kasisomayajula Viswanath, Jo-Ann Kwass e Kirsten Davison	USA	2016	Outro	595 crianças de várias idades, inclui a população alvo	Competição multimédia com bons resultados, importância dos programas multissetoriais.
4	The Evaluation of Arkansas Act 1220 of 2003 to Reduce Childhood Obesity: Conceptualization, Design, and Special Challenges	Martha M. Phillips, James M. Raczynski, Delia S. West, LeaVonne Pulley , Zoran Bursac, Laura C. Leviton	Arkansas	2013	Outro		A implementação de políticas públicas de prevenção OI, exige programas rigorosos, mas flexíveis para se adaptarem às características da população.

5	Promoting healthful diet and physical activity in the Mexican school system for the prevention of obesity in children	Margarita Safdie, Lucie Lévesque, Inés González-Casanova, Deborah Salvo, Ana Islas, Sonia Hernández-Cordero, Anabelle Bonvecchio, Juan A Rivera	México	2013	Outro	886 (crianças do 4º e do 5º ano de escolaridade)	Ambiente escolar tem uma importância significativa no controlo do balanço energético. Políticas públicas intersectoriais são necessárias para os programas de prevenção da OI serem efetivos
6	The Healthy Lifestyles Programme (HeLP) — An Overview of and Recommendations Arising from the Conceptualisation and Development of an Innovative Approach to Promoting Healthy Lifestyles for Children and Their Families	Jenny Lloyd e Katrina Wyatt	Reino Unido	2015	Outro	204 crianças	Para ocorrer mudança de comportamento decorrente dos PPES a intervenção tem de envolver as crianças, as famílias e as escolas.
7	Effectiveness of a universal parental support programme to promote health behaviours and prevent overweight and obesity in 6-year-old children in disadvantaged areas, the Healthy School Start Study II, a cluster-randomised controlled trial	Gisela Nyberg, Åsa Norman, Elinor Sundblom, Zangin Zeebari e Liselotte Schäfer Elinder,	Estocolmo	2016	Ensaio aleatorizado controlado	378 crianças com 6 anos de idade	É possível influenciar o consumo de comida e de bebidas não saudáveis e o aumento ponderal em crianças obesas através de intervenções dirigidas aos pais. Os efeitos são a curto prazo.
8	Preventing Obesity through Schools	Allison Nihiser, Caitlin Merlo e Sarah Lee	USA	2013	Outro	-	Políticas públicas intersectoriais são fundamentais para o sucesso dos Programas de Promoção e Educação para a Saúde. É necessário complementar medidas nacionais com estratégias locais.
9	Global School-Based Childhood Obesity Interventions: A Review	Melinda J. Ickes, Jennifer McMullen, Taj Haider e Manoj Sharma	USA	2014	Revisão Sistemática da Literatura	11 275 (revisão sistemática – corresponde ao total das crianças incluídas em vários estudos)	Programas de Promoção e Educação para a Saúde devem ser a longo termo, devem ser adequados às características da população local, os profissionais de

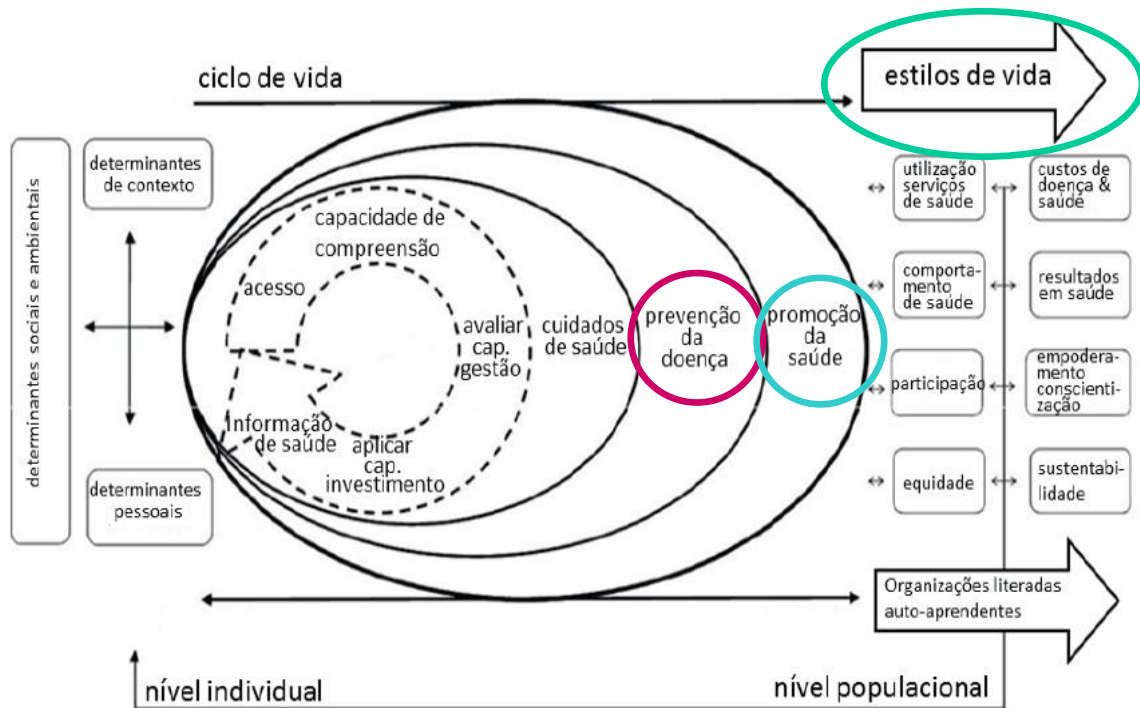
							saúde devem partilhar informação para melhorar a eficácia das intervenções
10	Lessons learned from the AFLY5 RCT process evaluation: implications for the design of physical activity and nutrition interventions in schools	R. Jago, E. Rawlins, R. R. Kipping, S. Wells, C. Chittleborough, T. J. Peters, J. Mytton, D. A. Lawlor e R. Campbell	Reino Unido	2015	Outro	36 crianças 44 professores 14 pais	Programas de Promoção e Educação para a Saúde para serem efetivos necessitam do compromisso das crianças, pais e professores. Currículos escolares devem incluir atividade física e hábitos alimentares saudáveis
11	Childhood Obesity in a Rural Community: First Steps to Cultivating Change	Paige Turner Johnson, Michele Montgomery, Melissa Clark, Caitlin Taylor	USA	2017	Outro	110 informadores chave	Deve-se avaliar a motivação para a mudança da comunidade antes de implementar programas de prevenção da OI.
12	Impact of the Childhood Obesity Intervention Project on primary school children from a cluster of schools.	Alexandrina Marques Rodrigues; Odete Maria Azevedo Alves; Elsa Cristina Barreto Lima Freitas Amorim	Portugal	2015	Outro	381	Crianças com comportamentos alimentares adequados, necessidade de aumentar a atividade física das crianças

▪ Principais Conclusões

A evidência científica indica que a prevenção é a melhor forma de combater o problema da obesidade infantil e considera os programas de saúde escolar essenciais para a promoção da saúde. Indica também que para que estes sejam efetivos e haja mudança de comportamentos, devem ser integrados em políticas públicas intersectoriais e envolver intervenções dirigidas às crianças, às famílias e à comunidade escolar.

Assim, o estudo realizado por Elinder, Patterson, Nyberg e Norman (2018) referem que a prevenção da OI é a melhor forma de intervenção e deve desenvolver-se em contexto familiar e escolar numa perspetiva de garantir a equidade das crianças no acesso a uma alimentação saudável e à prática de atividade física. Lloyd e Wyatt (2015), num estudo desenvolvido no Reino Unido, reforçam a importância de a intervenção envolver todos os contextos de vida das crianças, casa, escola e comunidade. Outro estudo desenvolvido em Estocolmo (Nyberg, Norman, Sundblom, Zeebari, & Elinder, 2016) refere que apesar de se verificarem resultados positivos nos hábitos alimentares e no peso corporal de crianças com obesidade através de intervenções dirigidas aos pais, os efeitos neste caso são apenas a curto prazo. Por sua vez, dois estudos realizados, um no Reino Unido (Jago et al., 2015) e outro em Portugal (Rodrigues, Alves, & Amorim, 2015) mostram que é necessário investimento e complementaridade em intervenções que incentivem tanto os hábitos alimentares saudáveis como a prática regular de atividade física pelas crianças. E porque estamos na era digital, já acessível a grande parte da população, estudos realizados nos Estados Unidos da América (Criss et al., 2016) e na Cidade do México (Vilchis-Gil et al., 2016) salientam a relevância da utilização de ferramentas digitais à distância, não só dirigidas aos pais como também às crianças. A construção de plataformas direcionadas para esta temática, tem produzido resultados positivos. Outros estudos analisados (Safdie et al., 2013) (Phillips et al., 2013) (Ickes, McMullen, Haider, & Sharma, 2014) demonstram a importância do investimento em políticas públicas intersectoriais, sendo estas fundamentais para combater a obesidade infantil desde que adequadas às características da população. Neste mesmo sentido, o estudo realizado por Nihiser, Merlo e Lee (2013) salienta a importância da implementação de estratégias locais complementares às políticas nacionais, e o estudo realizado por Johnson, Montgomery, Clark e Taylor (2017) evidencia a importância de conhecer a motivação para a mudança da comunidade previamente à implementação de programas.

Modelo de Literacia para a Saúde de Sørensen et al



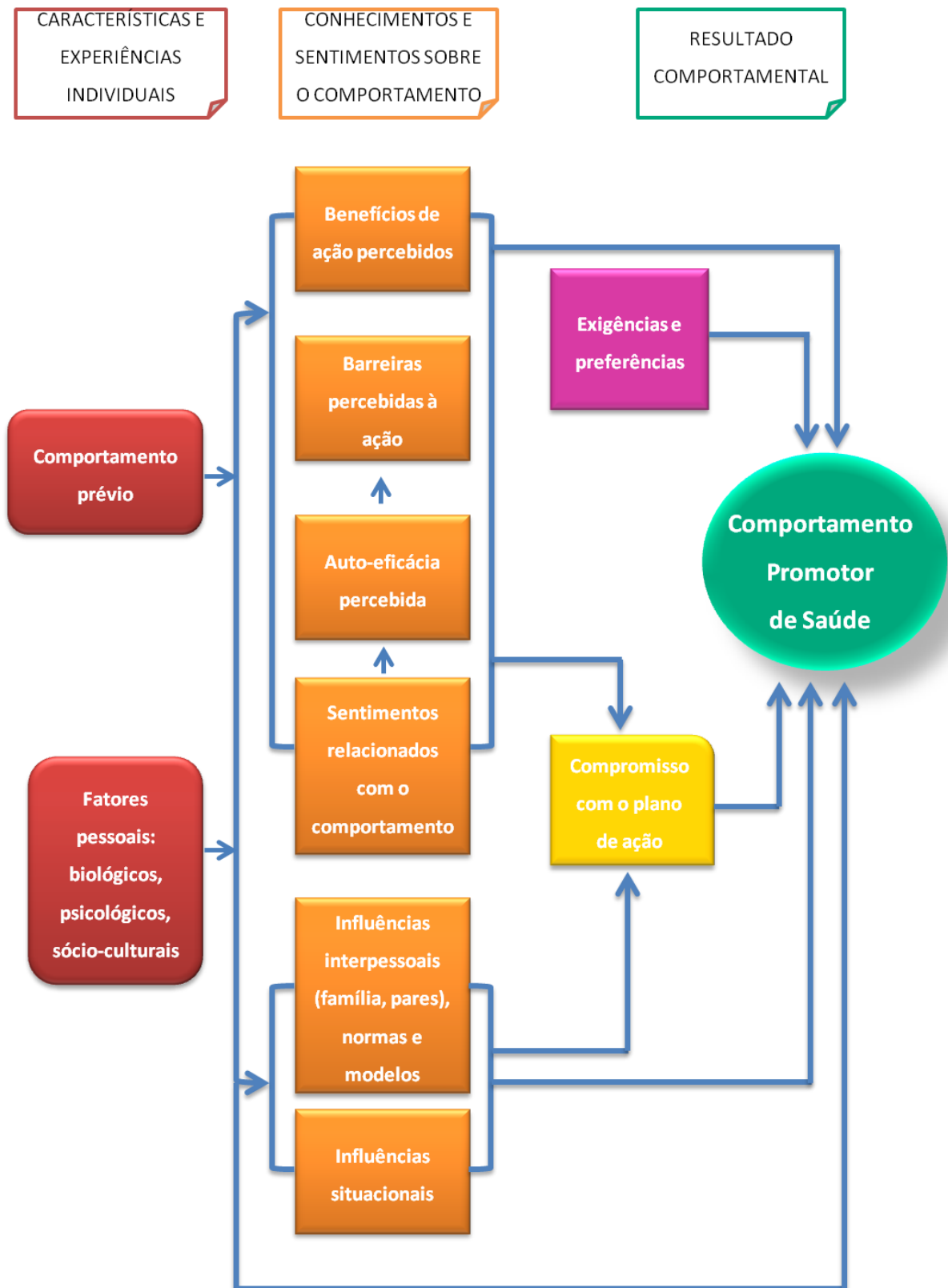
Adaptado de Saboga-Nunes, L., Sørensen, K., & Pelikan, J. M. (2014). Hermenêutica da literacia em saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU PT). In Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia (Ed.), *Congresso Português de Sociologia*, 8, Évora, 14 a 16 de abril de 2014: atas.Lisboa.

Subdimensões da Literacia para a Saúde – Obesidade Infantil

Literacia para a Saúde	Acesso	Compreensão	Avaliação	Aplicação
Prevenção da Obesidade Infantil	Capacidade para aceder à informação sobre os fatores de risco para a OI	Capacidade para compreender a informação sobre os fatores de risco para a OI e atribuir-lhe significado	Capacidade para interpretar e avaliar a informação sobre os fatores de risco para a OI	Capacidade para tomar decisões informadas sobre os fatores de risco para a OI
Promoção da Saúde	Capacidade para se atualizar sobre os determinantes para a saúde	Capacidade para compreender a informação sobre os determinantes para a saúde e atribuir-lhe significado	Capacidade para interpretar e avaliar a informação sobre os determinantes para a saúde	Capacidade para tomar decisões informadas sobre os determinantes para a saúde

Adaptado de: Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., & Pelikan, J. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender



Adaptado de: Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (7th ed.). New Jersey: Prentice Hall Health.

Apêndice IV
Cronograma do Projeto de Intervenção Comunitária

Cronograma do Projeto de Intervenção Comunitária

ETAPAS 2018/2019	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Escolha do percurso pedagógico												
Revisão <i>Scoping</i>												
Procedimentos Éticos												
Colheita de Dados												
Elaboração do projeto de estágio												
Diagnóstico da situação												
Definição de prioridades												
Fixação de objetivos												
Seleção de estratégias												
Elaboração do projeto de intervenção												
Intervenção												
Avaliação												
Elaboração do Relatório												

Plano da Entrevista Semiestruturada Dirigida aos Professores

Entrevista Semiestruturada Dirigida aos Professores	
Tema	Promoção de Estilos de Vida Saudáveis em Crianças do 1º Ciclo: Intervir para Prevenir a Obesidade Infantil.
Âmbito	Esta entrevista insere-se no Projeto de Intervenção Comunitária desenvolvido no âmbito da frequência do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Comunitária.
Objetivo da entrevista	Conhecer a perceção dos professores sobre os hábitos alimentares e de atividade física dos alunos do 1º ciclo do ensino básico.
Entrevistados	Professores do primeiro ciclo do ensino básico.
Local	Escola Básica Sampaio Garrido.
Data	22 de outubro de 2018 30 de outubro de 2018

Temas Específicos	Objetivos Específicos	Formulação das Questões	Observações
Apresentação	Legitimar a entrevista	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentar o projeto de intervenção comunitária; ▪ Solicitar a colaboração para a entrevista; ▪ Garantir o anonimato e a confidencialidade; ▪ Solicitar autorização para gravação áudio da entrevista. 	5 minutos
Hábitos Alimentares	Conhecer a percepção dos professores relativa aos hábitos alimentares dos alunos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sendo uma boa alimentação essencial para o desenvolvimento infantil adequado, considera que as crianças do 1º ciclo apresentam hábitos alimentares saudáveis? Porquê? ▪ Conhece o conteúdo das refeições (alimentos e bebidas) que os seus alunos consomem na escola? ▪ Considera que existe alguma refeição, na qual o consumo de alimentos pouco saudáveis seja mais frequente? Quais os alimentos que as crianças consomem nessa refeição? ▪ Na sua opinião, quais são os principais erros associados ao consumo de alimentos dos diferentes grupos da roda dos alimentos pelas crianças do 1º ciclo? 	10 minutos
Hábitos de Atividade Física	Conhecer a percepção dos professores relativa aos hábitos de atividade física dos alunos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Na sua opinião, as crianças do 1º ciclo apresentam hábitos de atividade física adequados? Porquê? ▪ Que atividades físicas fazem parte do currículo escolar? ▪ Qual a frequência semanal com que as praticam? ▪ Tem conhecimento se os alunos praticam outras atividades extracurriculares? Que outras atividades desenvolvem? 	5 minutos
Conhecimento dos Encarregados de Educação	Conhecer a percepção dos professores relativa aos conhecimentos dos encarregados de educação sobre hábitos saudáveis relacionados com alimentação e atividade física.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O professor, habitualmente, fala com os pais sobre os hábitos alimentares e de atividade física dos seus educandos? ▪ Considera adequados os conhecimentos dos pais relativos à alimentação e à atividade física dos seus filhos? Porquê? ▪ Considera os pais dos seus alunos interventivos nas atividades desenvolvidas na escola? 	5 minutos

Apêndice VI
Questionário Dirigido aos Encarregados de Educação

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS:

Questionário dirigido aos encarregados de educação

- Sr(a) Encarregado(a) de Educação:

Este questionário insere-se no Projeto de Intervenção Comunitária “Promoção de Hábitos de Vida Saudáveis em Crianças do 1º Ciclo: Intervir para Prevenir a Obesidade Infantil” desenvolvido no âmbito da frequência do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Comunitária. Divide-se em 6 partes: antecedentes pessoais das crianças, antecedentes familiares, frequência alimentar das crianças, hábitos de atividade física das crianças, características gerais da família e conhecimento dos pais sobre alimentação infantil.

Solicitamos a sua colaboração no preenchimento do mesmo prevendo que demore entre 15 e 20 minutos.

A sua resposta sincera às questões apresentadas é muito importante. Não existem respostas certas ou erradas, pretendemos apenas conhecer as opiniões pessoais. Os dados colhidos são tratados de forma confidencial e anónima, pedimos que não assine nem identifique a sua identidade ou a do seu educando, de forma alguma.

Para preencher o questionário deve:

- Nas questões com um traço (___) escrever de forma legível a sua resposta;
- Nas questões com quadrados (□) ou com círculos (○), assinalar com uma cruz (X) a alternativa que melhor corresponde à sua opinião.

Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração!

ANTECEDENTES PESSOAIS**Dados referentes à criança**

1. Peso ao nascer: _____, _____ Kg 2. Comprimento ao nascer: _____, _____ cm

3. Duração da gravidez (em semanas)

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> <28 | <input type="radio"/> 31 | <input type="radio"/> 35 | <input type="radio"/> 39 |
| <input type="radio"/> 28 | <input type="radio"/> 32 | <input type="radio"/> 36 | <input type="radio"/> 40 |
| <input type="radio"/> 29 | <input type="radio"/> 33 | <input type="radio"/> 37 | <input type="radio"/> 41 |
| <input type="radio"/> 30 | <input type="radio"/> 34 | <input type="radio"/> 38 | <input type="radio"/> > 41 |

4. A sua criança foi amamentada ao peito?

- Sim (Continue para a pergunta seguinte) Não (Continue para a **pergunta 8**)

5. Até que idade a sua criança foi alimentada só com leite materno? _____ Meses

6. A sua criança bebeu "leite das latas"?

- Sim (Continue para a pergunta seguinte) Não (Continue para a **pergunta 8**)

7. Iniciou biberão de "leite das latas" com que idade? _____ Meses

8. Introduziu outros alimentos (para além do leite) com que idade? _____ Meses

9. A primeira comida de colher foi: Papa Sopa de Legumes Açorda

Outra Especifique: _____

10. Atualmente, a criança apresenta algum problema de saúde?

- Não Sim Qual? _____

11. Atualmente a criança toma alguma medicação de forma regular?

- Não Sim Qual? _____

ANTECEDENTES FAMILIARESRegiste os dados referentes aos pais da criança

	Pai	Mãe
12. Peso	_____ Kg	_____ Kg
13. Estatura atual (altura)	_____, _____ m	_____, _____ m
14. Diabetes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
15. Hipertensão arterial (tensão alta)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
16. Hipercolesterolemia (colesterol alto)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

FREQUÊNCIA ALIMENTAR

Registe com que frequência a sua criança come/bebe os seguintes alimentos/bebidas
(Assinale uma opção em cada linha)

	Nunca ou raramente	1 x de 15-15 dias	1-3 x por semana	4-7 x por semana	Mais de 1 x por dia
17. Leite magro					
18. Leite gordo					
19. Leite aromatizado					
20. Bebidas de soja					
21. Iogurte					
22. Sobremesas lácteas e outros produtos lácteos (pudins, queijinho petit-suisse)					
23. Gelados					
24. Queijo fresco, requeijão ou queijo magro					
25. Queijo gordo					
26. Enchidos (chouriço, linguiça, paio, farinheira)					
27. Carne					

	Nunca ou raramente	1 x de 15-15 dias	1-3 x por semana	4-7 x por semana	Mais de 1 x por dia
28. Peixe					
29. Ovos					
30. Manteiga/margarina					
31. Azeite					
32. Pão					
33. Pão escuro					
34. Cereais de pequeno almoço					
35. Sopa de legumes/hortaliça					
36. Hortícolas (excluindo batatas e leguminosas)					
37. Fruta fresca					
38. Sumo de fruta 100%					
39. Refrigerantes/Chás açucarados					
40. Refrigerantes <i>diet</i> ou <i>light</i>					
41. Batata frita de pacote, snacks, pipocas ou aperitivos salgados					
42. Rebuçados, gomas ou chocolates					
43. Biscoitos/bolachas doces, bolos, <i>donuts</i>					
44. <i>Fast food</i> (<i>pizza</i> , batata frita em casa, hambúrgueres, salsichas)					
45. Água					

ATIVIDADE FÍSICA

46. Habitualmente, como é que a sua criança se desloca para/e da escola?
(assinale uma opção para a ida e outra para o regresso)

Ida para a escola

- Autocarro escolar
 Transporte público
 Automóvel
 Bicicleta
 A pé
 Outra Especifique _____

Regresso da Escola

- Autocarro escolar
 Transporte público
 Automóvel
 Bicicleta
 A pé
 Outra Especifique _____

47. Qual a distância entre a escola e a residência da criança?

- Menos de 1km
 Entre 1 e 2 Km
 Entre 3 e 4 Km
 Entre 5 e 6 Km
 Mais de 6 Km

48. Na sua opinião, o caminho de ida e regresso da escola são seguros para que a sua criança vá a pé ou de bicicleta?

- Sim Não

49. A sua criança faz parte de algum clube desportivo, de dança ou ginásio (ex. futebol, atletismo, hóquei, natação, ténis, basquetebol, equitação, ginástica, *ballet*, danças de salão, entre outros)?

- Sim (Continue para a questão seguinte) Não (Continue para a questão 51)

50. Quantas **horas por semana**, a sua criança, frequenta esse clube desportivo, de dança ou ginásio?

____ h ____ m

51. Na escola, quantas **horas por semana**, a sua criança, pratica **atividade física**?
(somar as diferentes atividades realizadas na escola)

____ ____ h ____ ____ m

52. Quanto tempo dorme a sua criança **por dia**, somando o sono noturno e as sestas?

____ ____ h ____ ____ m

53. Quantas horas **por dia** a sua criança brinca **fora de casa**, na vizinhança, ou noutro local?

(assinale uma opção para os dias úteis e outra para o fim de semana)

Dias úteis

- Nunca
 Menos de 1 hora por dia
 Cerca de 1 hora por dia
 Cerca de 2 horas por dia
 Cerca de 3 horas ou mais por dia

Fim de semana

- Nunca
 Menos de 1 hora por dia
 Cerca de 1 hora por dia
 Cerca de 2 horas por dia
 Cerca de 3 horas ou mais por dia

54. Quantas horas **por dia** gasta a sua criança para fazer os trabalhos de casa ou ler?
(assinale uma opção para os dias úteis e outra para o fim de semana)

Dias úteis

- Nunca
 Menos de 1 hora por dia
 Cerca de 1 hora por dia
 Cerca de 2 horas por dia
 Cerca de 3 horas ou mais por dia

Fim de semana

- Nunca
 Menos de 1 hora por dia
 Cerca de 1 hora por dia
 Cerca de 2 horas por dia
 Cerca de 3 horas ou mais por dia

55. Tem computador em casa?

- Sim Não

56. Quantas horas **por dia** passa a sua criança a jogar jogos eletrónicos (consola, computador, telemóvel) e/ou a fazer trabalhos/pesquisa no computador, em casa ou noutro local?

(assinale uma opção para os dias úteis e outra para o fim de semana)

Dias úteis

- Nunca
 Menos de 1 hora por dia
 Cerca de 1 hora por dia
 Cerca de 2 horas por dia
 Cerca de 3 horas ou mais por dia

Fim de semana

- Nunca
 Menos de 1 hora por dia
 Cerca de 1 hora por dia
 Cerca de 2 horas por dia
 Cerca de 3 horas ou mais por dia

57. Quantas horas por dia gasta a sua criança a ver televisão (incluindo filmes, dvd's), em casa, ou noutro local?

(assinale uma opção para os dias úteis e outra para o fim de semana)

Dias úteis

- Nunca
 Menos de 1 hora por dia
 Cerca de 1 hora por dia
 Cerca de 2 horas por dia
 Cerca de 3 horas ou mais por dia

Fim de semana

- Nunca
 Menos de 1 hora por dia
 Cerca de 1 hora por dia
 Cerca de 2 horas por dia
 Cerca de 3 horas ou mais por dia

CARACTERÍSTICAS GERAIS DA FAMÍLIA

Registe os dados referentes aos adultos que vivem com a criança: **Pai e Mãe, ou quem os substitua:**

58. Para além da criança, quantas pessoas fazem parte do agregado familiar?

Adultos: _____ Crianças até aos 18 anos: _____

59. Nível de instrução:

(assinale a opção referente ao último grau terminado)

Pai (ou tutor)

- Não sabe ler nem escrever
 Não completou a 4ª classe
 1º Ciclo (4ª classe)
 2º Ciclo (6º ano)
 3º Ciclo (9º ano)
 Secundário (12º ano)
 Bacharelato/Licenciatura
 Mestrado/Doutoramento

Mãe (ou tutora)

- Não sabe ler nem escrever
 Não completou a 4ª classe
 1º Ciclo (4ª classe)
 2º Ciclo (6º ano)
 3º Ciclo (9º ano)
 Secundário (12º ano)
 Bacharelato/Licenciatura
 Mestrado/Doutoramento

60. Situação Profissional:**Pai (ou tutor)**

- Empregado por conta de outrem
 Empregado por conta própria
 Estudante
 Doméstico
 Desempregado, capaz de trabalhar
 Desempregado, incapaz de trabalhar
 Aposentado

Mãe (ou tutora)

- Empregada por conta de outrem
 Empregada por conta própria
 Estudante
 Doméstica
 Desempregada, capaz de trabalhar
 Desempregada, incapaz de trabalhar
 Aposentada

61. Qual o rendimento médio mensal do seu agregado familiar:

- Até 500€/mês
 De 501 a 850€/mês
 De 851 a 1500€/mês

- De 1501 a 2750€/mês
 De 2751 a 3750 €/mês
 Mais de 3750€/mês

62. Qual o tipo de casa que habitam atualmente?

- Moradia
 Moradia geminada

- Apartamento
 Outro (especifique): _____

63. A sua casa é:

- Própria (em aquisição)
 Própria (já paga)
 Outro (especifique): _____

- Alugada
 Cedida

CONHECIMENTOS DOS PAIS SOBRE ALIMENTAÇÃO INFANTIL

Para cada uma das seguintes afirmações, assinale com uma cruz a opção que melhor se adequa àquilo que faz ou pensa, relativamente à alimentação do seu filho(a).

	Verdadeiro	Falso
64. A alimentação da criança não precisa ser variada		
65. Uma alimentação saudável para as crianças inclui 5-7 refeições diárias		
66. Um bom pequeno-almoço favorece o desenvolvimento da inteligência		
67. O intervalo ideal entre as refeições é de cinco horas		
68. O leite e os derivados são a principal fonte de cálcio na alimentação		
69. Uma criança deve comer diariamente 3-5 peças de fruta		
70. É aconselhável que uma criança coma diariamente uma porção de doces ou bolos		
71. As refeições do almoço e jantar devem iniciar-se com sopa rica em hortaliças e legumes		
72. Os produtos lácteos gordos são mais recomendados para a criança		
73. Para uma criança é suficiente ingerir diariamente 1 copo de leite ou derivados		
74. As crianças devem comer preferencialmente cozidos e grelhados		
75. Na alimentação das crianças deve utilizar-se pouco sal		
76. As crianças precisam de comer refeições em grande quantidade para crescerem melhor		
77. A obesidade na infância aumenta o risco de obesidade na vida adulta		
78. A quantidade de sal recomendada é uma colher de chá rasa por dia, distribuída por todas as refeições		
79. Uma alimentação com grande quantidade de gordura, açúcar e pobre em vegetais, aumenta o risco de desenvolver doenças como a hipertensão arterial e obesidade nas crianças		
80. As crianças devem comer alimentos ricos em proteínas vegetais (feijão, grão...) pelo menos 4 vezes por semana		

	Verdadeiro	Falso
81. A obesidade na infância aumenta o risco de aparecimento de diabetes		
82. Incluir 3-4 vezes por semana bolicao ou outros alimentos idênticos nos lanches das crianças, não prejudica a sua saúde		
83. As refeições diárias das crianças devem incluir carne, peixe e ovos		
84. A alimentação equilibrada da criança não inclui a ingestão de água		
85. As hortaliças, legumes e fruta são alimentos ricos em fibras		
86. Numa das refeições diárias, a sobremesa das crianças pode ser um doce		
87. A gordura é um alimento necessário ao crescimento das crianças		
88. É aconselhado comer 5 porções diárias dos alimentos ricos em fibras, como as hortaliças, legumes e fruta		
89. Os alimentos de origem animal são ricos em gorduras saturadas e colesterol		
90. Os cereais e as batatas são as principais fontes de energia		
91. Para que uma criança aceite um alimento novo é recomendável insistir em oferecê-lo entre 5-10 vezes		
92. A carne, peixe e ovos são importantes para o crescimento das células		
93. Os óleos vegetais, os frutos secos e o peixe são ricos em gorduras polinsaturadas		
94. Os alimentos pobres em calorias são os designados por “fastfood”		
95. Na escolha do pão e outros cereais, deve optar-se pelos menos refinados		
96. O feijão, grão e outras leguminosas, são ricos em proteínas vegetais		
97. As frutas e legumes são alimentos ricos em vitaminas e sais minerais		
98. O pão de mistura ou escuro é o melhor para a alimentação		
99. Os produtos de salsicharia, folhados ou outros salgadinhos podem comer-se com frequência		
100. O pão de mistura ou escuro é fonte de energia e fibra		
101. Na alimentação da criança pode permitir-se o consumo de refrigerantes		
102. Um copo de leite equivale a dois iogurtes sólidos		
103. Fazer as refeições a ver TV é desaconselhado		
104. A atividade física programada (desporto) é aconselhável, mesmo nas crianças fisicamente ativas		
105. A ingestão de bebidas açucaradas está associada ao aumento de peso		

	Verdadeiro	Falso
106. As crianças não necessitam de ser fisicamente ativas		
107. As crianças podem ver TV ou jogar jogos de vídeo, em média 3 horas por dia		
108. As refeições em família são um ritual importante para pais e filhos (as)		
109. Não tomar o pequeno-almoço prejudica a aprendizagem na escola		
110. Deve permitir-se que as crianças colaborem na confeção das refeições em casa		
111. Na compra de alimentos deve ter-se em conta a lista de ingredientes existente no rótulo		
112. É menos preocupante uma criança ser gordinha do que ser magrinha		
113. As refeições em família devem obedecer a um horário regular		
114. É aconselhável que os pais saibam o que os filhos (as) comem no refeitório da escola		
115. Na compra dos alimentos deve atender-se à sua qualidade nutricional		
116. As crianças devem comer o que gostam, independentemente do valor nutritivo dos alimentos		
117. O peso das crianças deve ser avaliado pelo menos uma vez por ano		
118. As crianças que petiscam entre as refeições, fazem uma alimentação mais equilibrada		

119. Quem preencheu este questionário:

Pai Mãe Avó/Avô Outro Quem _____

Fim!

Muito obrigada, a sua colaboração foi muito importante.

Exma Sr^a Coordenadora do Programa Regional do
Alentejo de Promoção da Alimentação Saudável
Dr^a Maria do Rosário Pires

Assunto: Pedido de autorização para utilização do questionário ESPIGA

Eu, Helena Isabel Ribeiro Nunes, a frequentar o 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), venho por este meio solicitar autorização para utilização do questionário ESPIGA (Estudo de Saúde da População Infantil da Região Alentejo) desenvolvido pelo Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade (NRAPCO).

Encontro-me a desenvolver o Projeto de Intervenção Comunitária na área da Saúde Escolar na Unidade de Saúde Pública do ACeS Lisboa Central sob orientação clínica do Enfermeiro José Miguel Ferreira, detentor do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, e orientação pedagógica da Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas, docente da ESEL. O projeto é desenvolvido no âmbito da prevenção da obesidade infantil, tem como objetivo capacitar a comunidade escolar do 1º ciclo do ensino básico para a adoção de estilos de vida saudáveis para prevenção da obesidade infantil.

Este projeto de intervenção comunitária é desenvolvido em duas fases, a primeira decorre entre abril e julho de 2018 e visa a realização do diagnóstico da situação. A segunda fase decorre entre outubro de 2018 e março de 2019, contempla o desenvolvimento e implementação de estratégias de promoção da saúde dirigidas à comunidade escolar. Pretendemos utilizar o questionário ESPIGA para realização do diagnóstico da situação.

Peço deferimento,

Lisboa, 23 de abril de 2018



(Helena Nunes)



ARSA,IP

Programa Regional do Alentejo de Promoção da Alimentação Saudável

Rua Joaquim António de Aguiar, n.º 5

7000-510 Évora

Tel. 266 737 500

Assunto: Concessão de autorização para utilização do questionário ESPIGA

Évora, 07 de Maio de 2018

Exma. Sra. Enfermeira Helena Isabel Ribeiro Nunes

Face ao v/ pedido efectuado a 23 de Abril de 2018, venho por este meio conceder autorização para utilizar o questionário ESPIGA. Mais informamos que o grupo de questões relacionadas com o comportamento alimentar (itens 46 a 80) fazem parte do questionário do comportamento alimentar de crianças (CEBQ) devendo-se contactar o seu autor para efeitos de autorização de utilização.

O mesmo procedimento se aplica à imagem no final do questionário (questão 108).

Em anexo enviamos dois artigos que poderão ser úteis nestes contactos.

Desde já desejo os maiores votos de sucesso.

Com os melhores cumprimentos,

A Coordenadora do Programa Regional do Alentejo
de Promoção da Alimentação Saudável

Maria do Rosário Pires

2018.05.08

Exma Srª Professora Doutora Maria da Graça Ferreira Aparício Costa

Assunto: Pedido de autorização para utilização do questionário QAI (Questionário de avaliação de Conhecimentos dos Pais sobre Alimentação Infantil)

Eu, Helena Isabel Ribeiro Nunes, a frequentar o 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), venho por este meio solicitar autorização para utilização do questionário QAI (Questionário de avaliação de Conhecimentos dos Pais sobre Alimentação Infantil).

Encontro-me a desenvolver o Projeto de Intervenção Comunitária na área da Saúde Escolar na Unidade de Saúde Pública do ACeS Lisboa Central sob orientação clínica do Enfermeiro José Miguel Ferreira, detentor do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, e orientação pedagógica da Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas, docente da ESEL. O projeto é desenvolvido no âmbito da prevenção da obesidade infantil, tem como objetivo capacitar a comunidade escolar do 1º ciclo do ensino básico para a adoção de estilos de vida saudáveis para prevenção da obesidade infantil.

Este projeto de intervenção comunitária é desenvolvido em duas fases, a primeira decorre entre abril e julho de 2018 e visa a realização do diagnóstico da situação. A segunda fase decorre entre outubro de 2018 e março de 2019, contempla o desenvolvimento e implementação de estratégias de promoção da saúde dirigidas à comunidade escolar. Pretendemos utilizar o questionário QAI para realização do diagnóstico da situação.

Peço deferimento,

Lisboa, 23 de abril de 2018



(Helena Nunes)

Caro(a) investigador(a)

Agradecemos o seu interesse no nosso instrumento de recolha de dados - *Questionário de Conhecimentos sobre Alimentação Infantil* (QAI) de Aparício, Cunha, Duarte & Pereira, (2012).

Temos todo o gosto em lhe disponibilizar a versão final deste instrumento para fins da sua investigação como um modo de alargar a recolha de dados a outras populações.

Garantimos permissão para a sua utilização, contudo gostaríamos que respeitasse e atendesse a algumas condições:

1. Obter o compromisso de receber os resultados do vosso estudo;
2. Receber uma cópia dos dados de validade e fiabilidade (se aplicável) obtidos na sua investigação;
3. Todas as referências ao instrumento original ou de uma possível adaptação, realizadas no seu trabalho ou na publicação de outros trabalhos com ele relacionado, devem incluir a citação da autoria do instrumento original, conforme indicado no cabeçalho deste documento.

Com os melhores cumprimentos,

Visu, 02 de maio de 2018



(Maria da Graça Ferreira Aparício Costa, PhD)

gaparicio5@hotmail.com

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do Projeto: Promoção de Hábitos de Vida Saudáveis em Crianças do 1º Ciclo: Intervir para Prevenir a Obesidade Infantil

Objetivo: Capacitar a comunidade escolar do 1º ciclo para a adoção de estilos de vida saudáveis para prevenção da obesidade infantil.

Responsável do Projeto: Enfermeira Helena Nunes a estagiar na Unidade de Saúde Pública do ACeS Lisboa Central. **Contacto:** helena.nunes@campus.esel.pt

Enquadramento e explicação do estudo: Este projeto de intervenção comunitária é um projeto académico desenvolvido no âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Comunitária sob orientação pedagógica da Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Decorre em duas fases, a primeira no ano letivo 2017/2018 com o preenchimento pelos encarregados de educação de um questionário composto por seis partes para identificar os antecedentes pessoais e familiares, as características gerais da família, os hábitos alimentares e de atividade física das crianças e os conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil. A segunda fase decorre no ano letivo 2018/2019 e contempla o desenvolvimento e implementação de estratégias de promoção da saúde dirigidas à comunidade escolar participante.

Confidencialidade e anonimato: Declaro garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos que serão para uso exclusivo do presente estudo, não serão cedidos a terceiros nem utilizados fora deste âmbito. A sua desistência na colaboração deste projeto está salvaguardada em qualquer momento sem que daí advenha qualquer consequência ou prejuízo.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/2018

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

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

Nome: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do Projeto: Promoção de Hábitos de Vida Saudáveis em Crianças do 1º Ciclo: Intervir para Prevenir a Obesidade Infantil

Objetivo: Capacitar a comunidade escolar do 1º ciclo para a adoção de estilos de vida saudáveis para prevenção da obesidade infantil.

Responsável do Projeto: Enfermeira Helena Nunes a estagiar na Unidade de Saúde Pública do ACeS Lisboa Central. **Contacto:** helena.nunes@campus.esel.pt

Enquadramento e explicação do estudo: Este projeto de intervenção comunitária é um projeto académico desenvolvido no âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Comunitária sob orientação pedagógica da Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Decorre em duas fases, a primeira contempla a recolha de dados para realização do diagnóstico de situação de saúde e segunda fase contempla o desenvolvimento e implementação de estratégias de promoção da saúde dirigidas à comunidade escolar participante. Esta entrevista tem como objetivo conhecer a perceção dos professores sobre os hábitos alimentares e de atividade física das crianças do 1º ciclo.

Para facilitar a recolha e a análise da informação, pedimos a sua autorização para proceder à gravação da entrevista.

Confidencialidade e anonimato: Declaro garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos que serão para uso exclusivo do presente estudo, não serão cedidos a terceiros nem utilizados fora deste âmbito. O anonimato e a confidencialidade são garantidos pela não utilização do nome durante a realização da entrevista ou qualquer outra referência que permita a sua identificação, como por exemplo a turma a que dá aulas. A identificação da entrevista é feita através da atribuição de um número à mesma. Após a transcrição dos dados estes são codificados e o registo

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

em áudio será destruído. A sua desistência na colaboração deste projeto está salvaguardada em qualquer momento sem que daí advenha qualquer consequência ou prejuízo.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/2018

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela Enfermeira Helena Nunes que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a gravação áudio da entrevista e a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Exma Sr^a Diretora Executiva do ACeS Lisboa Central,
Doutora Vera de Almeida,

Assunto: Pedido de autorização para desenvolver um projeto de intervenção comunitária de âmbito académico.

Eu, Helena Isabel Ribeiro Nunes, a frequentar o 9^o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), venho por este meio solicitar a V^a. Ex^a. autorização para desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária, na área da Saúde Escolar, na Unidade de Saúde Pública do ACeS Lisboa Central.

O projeto insere-se no âmbito da prevenção da obesidade infantil e contempla o desenvolvimento de estratégias que visam a promoção da saúde dirigidas à comunidade escolar do 1^o ciclo. Apresenta como objetivo geral: capacitar a comunidade escolar do 1^o ciclo do ensino básico para a adoção de estilos de vida saudáveis para prevenção da obesidade infantil. O orientador clínico é o Enfermeiro José Miguel Ferreira, detentor do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e o orientador pedagógico é a Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas, docente da ESEL.

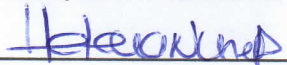
A metodologia utilizada na consecução deste projeto é a metodologia do processo de planeamento em saúde, para a realização do diagnóstico de situação prevê-se utilizar como instrumentos de colheita de dados a entrevista semiestruturada e a aplicação dos questionários ESPIGA (Estudo de Saúde da População Infantil da Região Alentejo) e QAI (Questionário de Alimentação Infantil). A entrevista semiestruturada é dirigida aos professores com o objetivo de conhecer a perceção destes sobre os hábitos alimentares e de atividade física das crianças do 1^o ciclo. A aplicação dos questionários é dirigida aos encarregados de educação com os objetivos de identificar os hábitos alimentares e de atividade física das crianças e os conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil. A recolha de dados está prevista para o primeiro semestre de 2018. Os resultados obtidos servirão de base ao planeamento das intervenções a desenvolver no futuro.

A participação no estudo é voluntária e é garantido o consentimento informado, esclarecido e livre, consagrado por escrito entre os participantes e a investigadora. Está salvaguardada a confidencialidade e a privacidade.

Peço autorização para utilização e divulgação, em contexto académico, dos dados obtidos, da identificação do ACeS Lisboa Central e da Unidade de Saúde Pública do ACeS Lisboa Central.

Peço deferimento,

Lisboa, 23 de abril de 2018



(Helena Nunes)

DECLARAÇÃO

Eu, Vera Sofia Pinheiro Branco de Almeida, Diretora Executiva do ACES Lisboa Central, declaro para os devidos efeitos que autorizo a realização do estudo ***Promoção de Hábitos de Vida Saudáveis em Crianças do 1º Ciclo: Intervir para Prevenir a Obesidade Infantil***, estando de acordo quanto às condições estruturais e logísticas para a sua operacionalização.

Diretora Executiva do ACES Lisboa Central

23/05/2018

X



Diretora Executiva do ACES Lisboa Central
Assinatura Digital Qualificada do CC
Assinado por: VERA SOFIA PINHEIRO BRANCO DE ALMEIDA

Apêndice XII
Autorização da DGE para Aplicação de Inquérito em Meio Escolar

Fwd: Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0645300001

Helena Nunes <lennanunes@gmail.com>
Para: helena.nunes@campus.esel.pt

24 de julho de 2018 às 13:11

----- Forwarded message -----

From: <mime-noreply@gepe.min-edu.pt>

Date: terça, 24/07/2018, 12:27

Subject: Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0645300001

To: <lennanunes@gmail.com>

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

O pedido de autorização do inquérito n.º 0645300001, com a designação *Promoção de Hábitos de Vida Saudáveis em Crianças do 1º Ciclo: Intervir para Prevenir a Obesidade Infantil.*, registado em 13-07-2018, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Helena Isabel Ribeiro Nunes

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

Com os melhores cumprimentos

José Vítor Pedroso

Diretor-Geral

DGE

Observações:

- a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque onerosos e muito sensíveis, devendo fazer-se em estreita articulação com a Direção do Agrupamento.
- b) Devem ser cumpridas as disposições da Autorização da CNPD nº 5697/2018 de 24 de Abril nos termos e condições fixados, resultando obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os inquiridos e seus representantes legais e a quem intervenha na recolha e tratamento de dados pessoais.
- c) Informa-se ainda que a DGE não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos ou outros instrumentos em estabelecimentos de ensino privados e para realizar intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação em meio escolar dado ser competência da Escola/Agrupamento.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço

<http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

Parecer Intermédio

Proc. 053/CES/INV/2018

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO

a. Título do projecto (de estudo, investigação, etc.)

Promoção de Hábitos de Vida Saudáveis em Crianças do 1º Ciclo: Intervir para Prevenir a Obesidade Infantil.

b. Promotor

Investigador principal (juntar resumo CV)

Enfermeira Helena Isabel Ribeiro Nunes, nº do cartão de cidadão: 12064851, nº da cédula profissional: 5-E-48661, nº de aluno da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa: 8386

Orientação clínica: Enfermeiro José Miguel Ferreira, detentor do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desempenha funções na USP do ACeS Lisboa Central.

Orientação científica: Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas, docente da ESEL.

Colaboradores (juntar resumo CV)

Tipo de estudo: descritivo transversal com amostra de conveniência

Local onde decorre o estudo (Departamento, Instituto, Laboratório, etc)

ACeS Lisboa Central

Este investigação faz parte de um estudo multicêntrico?

Sim, Nacional Sim, Internacional Não

Indique os centros que participam no estudo:

Descreva sucintamente o(s) objectivo(s) da investigação

Este estudo contempla o desenvolvimento de estratégias que visam a promoção da saúde dirigidas à comunidade escolar do 1º ciclo. Apresenta como objetivo geral capacitar a comunidade escolar do 1º ciclo para a adoção de estilos de vida saudáveis para a prevenção da obesidade infantil.

Pretendemos desenvolver um estudo descritivo transversal (Fortin, 2009) realizado de acordo com a metodologia do processo de planeamento em saúde que visa o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária ao nível operacional (Imperatori & Giraldes, 1993) (Tavares, 1990). A metodologia do processo de planeamento em saúde assenta num processo

por etapas, contínuo e dinâmico, conducente à obtenção de ganhos em saúde, incluindo a mudança de comportamentos por ações de promoção da saúde. Pretende-se a redução dos problemas e das necessidades identificadas. (Imperatori & Giraldes, 1993) (Tavares, 1990) A população alvo do estudo é constituída por 80 crianças do primeiro ciclo do ensino básico, com idades compreendidas entre os 7 e os 8 anos, que frequentam a Escola Secundária Dona Luísa de Gusmão do Agrupamento de Escolas Nuno Gonçalves. Pretendemos utilizar a técnica de amostragem não probabilística por conveniência porque permite a seleção de indivíduos disponíveis com características favoráveis, esta técnica não permite generalizar os resultados para a população (Pollit, Beck, & Hungler, 2004).

Apreciação:

Estudo descritivo transversal a realizar numa amostra de conveniência de 80 crianças dos 7-8 anos com critérios de excesso de peso/obesidade que frequentam a Escola Secundária Dona Luísa de Gusmão do Agrupamento de Escolas Nuno Gonçalves.

Este estudo contempla o desenvolvimento de estratégias que visam a promoção da saúde dirigidas à comunidade escolar do 1º ciclo. Apresenta como objetivo geral capacitar a comunidade escolar do 1º ciclo para a adoção de estilos de vida saudáveis para a prevenção da obesidade infantil.

Consta de uma 1ª fase de diagnóstico e de uma segunda fase de implementação de estratégias.

O questionário ESPIGA foi desenvolvido, validado e aplicado pelo Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade (NRAPCO).

Este questionário é composto por 7 partes num total de 107 questões: caracterização familiar; antecedentes pessoais e familiares; escala de frequência alimentar; **questionário de comportamento alimentar (CEBQ); escala de perceção dos encarregados de educação e atividade física.**

Não serão incluídos neste estudo o questionário de comportamento alimentar (CEBQ) e escala de perceção dos encarregados de educação.

O questionário QAI tem como finalidade identificar os conhecimentos dos pais das crianças sobre alimentação infantil. Foi validado para a população portuguesa por Costa, Nunes, Duarte, & Pereira (2012). Este questionário é composto por 55 afirmações dicotómicas (verdadeiro/falso) que permitem avaliar os conhecimentos relativos a 4 dimensões: relação entre alimentação e saúde, regras alimentares, crenças alimentares e familiares e variedade/diversidade no padrão alimentar. Os pais devem assinalar como verdadeira ou falsa cada uma das afirmações de acordo com o que sabem, pensam ou praticam na alimentação.

Objecções:

O problema do excesso de peso e obesidade infantil está largamente estudado e identificadas as causas. Igualmente estão exaustivamente identificadas as estratégias a implementar, quer a nível de Saúde Pública, quer a nível escolar, para a prevenção primária e secundária.

Por esse motivo, não conseguimos vislumbrar a novidade científica deste estudo e consequentemente o seu interesse, uma vez que as estratégias a implementar são do conhecimento geral.

Protocolo

A investigadora refere “Este estudo contempla o desenvolvimento de estratégias que visam a promoção da saúde dirigidas à comunidade escolar do 1º ciclo. Apresenta como objetivo geral capacitar a comunidade escolar do 1º ciclo para a adoção de estilos de vida saudáveis para a prevenção da obesidade infantil.”

Não seria mais interessante promover as actividades e a alimentação saudável e aplicar os instrumentos que refere, antes e após as medidas de prevenção (já largamente identificadas) e estudar antes as alterações de estilo de vida encontradas após a implementação das medidas?

Não é perceptível porque é que é dada preferência ao questionário QAI em detrimento de parte do Questionário Espiga com os mesmos objectivos (quantidade ou qualidade da informação)?

Não é perceptível a não inclusão de parcelas do questionário de comportamento alimentar (CEBQ) e escala de percepção dos encarregados de educação do ESPIGA.

Consentimento Informado

Apenas há uma folha de informação. Dado que os questionários são destinados aos encarregados de educação e docentes, não deveriam ser diferentes atendendo à especificidade de cada um deles?

O folheto informativo dirigido especificamente aos docentes implicaria de forma abrangente a responsabilidade partilhada (pais e professores) nas respostas e resultados dos questionários.

Finalmente com uma amostra de conveniência de 80 crianças, em que no máximo 25% (20 crianças) apresentarão excesso de peso e obesidade, que informação qualitativa e quantitativa espera obter?

Propõe-se o envio das objecções à investigadora.

Lisboa, 6 de Julho de 2018

A relatora declara ausência de conflito de interesses.

Assunto: Resposta ao parecer intermédio - Proc. 053/CES/INV/2018

1. PROTOCOLO

1.1. A investigadora refere “Este estudo contempla o desenvolvimento de estratégias que visam a promoção da saúde dirigidas à comunidade escolar do 1º ciclo. Apresenta como objetivo geral capacitar a comunidade escolar do 1º ciclo para a adoção de estilos de vida saudáveis para a prevenção da obesidade infantil.”

Não seria mais interessante e aplicar os instrumentos que refere, antes e após as medidas de prevenção (já largamente identificadas) e estudar antes as alterações de estilo de vida encontradas após a implementação das medidas?

Com a realização do estágio pretende-se desenvolver um projeto de intervenção comunitária realizado de acordo com a metodologia do processo de planeamento em saúde. A metodologia do processo de planeamento em saúde assenta num processo por etapas conducente à obtenção de ganhos em saúde, incluindo a mudança de comportamentos e a adoção de estilos de vida saudáveis, por ações de promoção da saúde. Passo a referir as etapas do processo de planeamento em saúde: diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de projetos e programas, preparação da execução, execução e avaliação. (Imperatori & Giraldes, 1993) (Tavares, 1990)

Neste âmbito, a expressão utilizada no ponto 1 alínea f, “este estudo contempla o desenvolvimento de estratégias” não é esclarecedora e retifico, devendo passar a ler-se “este estudo contempla a seleção e implementação de estratégias face aos problemas identificados nesta população bem como aos diagnósticos de enfermagem definidos” e substituo a frase subsequente “Pretendemos desenvolver um estudo descritivo transversal (Fortin, 2009) realizado de acordo com a metodologia do processo de planeamento em saúde que visa o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária ao nível operacional (Imperatori & Giraldes, 1993) (Tavares, 1990).” por “pretendemos desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária segundo a metodologia do processo de planeamento em saúde”

Esclareço que, não se pretende a obtenção de novo conhecimento científico sobre as causas da obesidade infantil ou sobre as estratégias a implementar para a sua prevenção, pretende-se sim conhecer quais os fatores que possam contribuir para o seu aparecimento na comunidade escolar

em causa, ou seja, fazer o diagnóstico de situação e a partir deste dar consecução às restantes etapas do processo de planeamento em saúde.

O objetivo geral mantém-se “capacitar a comunidade escolar do 1º ciclo para a adoção de estilos de vida saudáveis para a prevenção da obesidade infantil”, pretende-se que a comunidade escolar do primeiro ciclo beneficie com a intervenção realizada pela implementação do projeto de intervenção comunitária a nível da prevenção primária e secundária.

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993) pretendemos fazer uma avaliação a curto prazo através da identificação de indicadores de processo e de resultado que servem para fixar as metas. Face à curta duração do estágio não é possível avaliar os resultados de impacto (alterações de estilo de vida) porque eles são obtidos a longo prazo.

1.2. Não é perceptível porque é que é dada preferência ao questionário QAI em detrimento de parte do Questionário Espiga com os mesmos objetivos (quantidade ou qualidade da informação)?

Não é perceptível a não inclusão de parcelas do questionário de comportamento alimentar (CEBQ) e escala de perceção dos encarregados de educação do ESPIGA.

De acordo com os objetivos de cada questionário, a qualidade da informação não é sobreponível entre os mesmos. O questionário QAI tem como finalidade identificar os conhecimentos dos pais das crianças sobre alimentação infantil relativamente a 4 dimensões: relação entre alimentação e saúde, regras alimentares, crenças alimentares e familiares e variedade/diversidade no padrão alimentar. (Costa et al., 2012) Considera-se que a informação recolhida pela sua aplicação é a mais pertinente face ao objetivo traçado para este projeto de intervenção comunitária, uma vez que, a mudança de comportamento para a adoção de estilos de vida saudáveis é dependente do nível de conhecimento prévio, além deste ser essencial para o processo de capacitação. Por seu lado, o questionário CEBQ é um instrumento de avaliação psicológica que tem como objetivo avaliar 8 dimensões relacionadas com o apetite das crianças em duas vertentes: evitamento da comida (resposta à saciedade, ingestão lenta, seletividade e sub-ingestão emocional) e atração pela comida (resposta à comida, prazer em comer, sobre-ingestão emocional e desejo de beber) (Viana, Sinde & Saxton, 2008), e a escala de perceção dos encarregados de educação tem como objetivo avaliar a perceção dos pais sobre a relação entre a aparência física dos filhos e a sua saúde (Eckstein, et al, 2006), informação que parece não ser pertinente para este projeto de intervenção comunitária, razão pela qual decidimos não os incluir.

2. CONSENTIMENTO INFORMADO

2.1. Apenas há uma folha de informação. Dado que os questionários são destinados aos encarregados de educação e docentes, não deveriam ser diferentes atendendo à especificidade de cada um deles?

O folheto informativo dirigido especificamente aos docentes implicaria de forma abrangente a responsabilidade partilhada (pais e professores) nas respostas e resultados dos questionários.

Passo a clarificar que os questionários são apenas dirigidos aos encarregados de educação e têm como objetivo conhecer os antecedentes pessoais das crianças, os antecedentes familiares, a frequência alimentar das crianças, os hábitos de atividade física das crianças, as características gerais da família e o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil. Não se pretende a sua aplicação aos professores, motivo pelo qual a folha de informação está apenas destinada aos encarregados de educação.

As entrevistas semiestruturadas são dirigidas apenas aos professores com o objetivo de conhecer a perceção destes sobre os hábitos alimentares e de atividade física das crianças do 1º ciclo. Como referido no guião da entrevista, é solicitada a colaboração dos professores e a sua autorização para gravação áudio da mesma, o anonimato e a confidencialidade são garantidos. Anexamos o consentimento informado para a entrevista (Anexo I).

A indicação dos destinatários do questionário e da entrevista encontra-se descrita no ponto 2 (“Instrumentos de colheita de dados”), onde se pode ler “O questionário dirigido aos encarregados de educação (...) e o guião da entrevista semiestruturada dirigida aos professores (...) são apresentados em anexo”.

Retifico assim no ponto 1 alínea f (“Metodologia”), onde se lê: “Para realizar o diagnóstico da situação pretendemos utilizar como instrumentos de colheita de dados a entrevista semiestruturada e aplicar os questionários ESPIGA (Estudo de Saúde da População Infantil da Região Alentejo) e QAI (Questionário de Conhecimentos sobre Alimentação Infantil)” deve ler-se “Para realizar o diagnóstico da situação pretendemos utilizar como instrumentos de colheita de dados a entrevista semiestruturada dirigida aos professores e aplicar os questionários ESPIGA (Estudo de Saúde da População Infantil da Região Alentejo) e QAI (Questionário de Conhecimentos sobre Alimentação Infantil) dirigidos aos encarregados de educação.”

3. Finalmente com uma amostra de conveniência de 80 crianças, em que no máximo 25% (20 crianças) apresentarão excesso de peso e obesidade, que informação qualitativa e quantitativa espera obter?

A população em estudo são as 80 crianças sendo que a intervenção a planear neste projeto de intervenção comunitária pretende englobar todas as crianças que cumpram os critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos:

“(...) critérios de inclusão: crianças com 7 e 8 anos de idade que apresentem o consentimento informado assinado pelo encarregado de educação e que se encontrem na escola no momento da entrega do questionário dirigido aos pais. Como critérios de exclusão definimos: crianças que não apresentam o consentimento informado assinado pelo encarregado de educação.”

Não foi estabelecido como critério de inclusão crianças com excesso de peso ou obesidade, o que se pretende é que todas as crianças adotem hábitos de vida saudáveis independentemente do seu índice de massa corporal.

4. Considerações Finais

Com a realização do presente trabalho, o benefício para a população não resulta da produção de novo conhecimento científico acerca da obesidade infantil, mas sim dos ganhos em saúde que poderão advir da adoção de estilos de vida saudáveis pela comunidade escolar após a intervenção de forma a prevenir a obesidade infantil ou a diminuir a sua prevalência.

Propomo-nos a realizar um projeto de intervenção comunitária de acordo com o processo de planeamento em saúde. A finalidade da aplicação do questionário dirigido aos encarregados de educação é obter um diagnóstico de situação de saúde de forma a identificar os fatores na população em estudo que possam contribuir para a incidência e prevalência da obesidade infantil, como maus hábitos alimentares, sedentarismo, baixo nível de conhecimentos dos encarregados de educação sobre alimentação infantil ou outros determinantes. A partir do diagnóstico da situação são desenvolvidas todas as etapas seguintes.

A entrevista semiestruturada dirigida aos professores é um instrumento de colheita de dados incluído no diagnóstico em saúde que permite conhecer a perceção destes sobre os hábitos alimentares e de atividade física das crianças do 1º ciclo.

O projeto de intervenção comunitária permite determinar quais as necessidades da comunidade em causa e implementar intervenções específicas e direcionadas às mesmas, contribuindo para a redução da obesidade infantil, um problema de saúde pública identificado no plano nacional de

saúde em vigor, no Plano Local de Saúde do ACeS Lisboa Central e na comunidade escolar da sua área de abrangência. O objetivo proposto com o presente projeto de intervenção comunitária é concordante com a missão da Unidade de Saúde Pública no qual vai ser desenvolvido, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção.

Acrescento o cronograma reformulado (Anexo II) uma vez que não foi possível realizar a colheita de dados e a etapa do diagnóstico de situação neste ano letivo, assim planeio que as mesmas ocorram no início do ano letivo 2018/2019 durante o mês de setembro e/ou outubro.

Lisboa, 13 de julho de 2018

Helena Isabel Ribeiro Nunes

Referências utilizadas:

Eckstein, K. C., Mikhail, L. M., Ariza, A. J., Thomson, J. S., Millard, S. C., & Binns, H. J. (2006). Parents' perceptions of their child's weight and health. *Pediatrics*, 117(3), 681-690.

Imperatori, E. & Giraldes, M. A. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde*. (3ª ed.). Lisboa, ENSP: Edições da saúde.

Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Caderno de Formação, nº 2. Lisboa: Ministério da Saúde. DRHS.

Viana, V., Sinde, S., & Saxton, J. C. (2008). Children's Eating Behaviour Questionnaire: associations with BMI in Portuguese children. *British Journal of Nutrition*, 100(2), 445-450.

Anexo I – Consentimento informado dirigido aos professores para realização da entrevista semiestruturada.

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do Projeto: Promoção de Hábitos de Vida Saudáveis em Crianças do 1º Ciclo: Intervir para Prevenir a Obesidade Infantil

Objetivo: Capacitar a comunidade escolar do 1º ciclo para a adoção de estilos de vida saudáveis para prevenção da obesidade infantil.

Responsável do Projeto: Enfermeira Helena Nunes a estagiar na Unidade de Saúde Pública do ACeS Lisboa Central. **Contacto:** helena.nunes@campus.esel.pt

Enquadramento e explicação do estudo: Este projeto de intervenção comunitária é um projeto académico desenvolvido no âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Comunitária sob orientação pedagógica da Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Decorre em duas fases, a primeira contempla a recolha de dados para realização do diagnóstico de situação de saúde e segunda fase contempla o desenvolvimento e implementação de estratégias de promoção da saúde dirigidas à comunidade escolar participante. Esta entrevista tem como objetivo conhecer a perceção dos professores sobre os hábitos alimentares e de atividade física das crianças do 1º ciclo.

Para facilitar a recolha e a análise da informação, pedimos a sua autorização para proceder à gravação áudio da entrevista.

Confidencialidade e anonimato: Declaro garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos que serão para uso exclusivo do presente estudo, não serão cedidos a terceiros nem utilizados fora deste âmbito. O anonimato e a confidencialidade são garantidos pela não utilização do nome durante a realização da entrevista ou qualquer outra referência que permita a sua identificação, como por exemplo a turma a que dá aulas. A identificação da entrevista é feita através da atribuição de um número à mesma. Após a transcrição dos dados estes são codificados e o registo

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

em áudio será destruído. A sua desistência na colaboração deste projeto está salvaguardada em qualquer momento sem que daí advenha qualquer consequência ou prejuízo.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/2018

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela Enfermeira Helena Nunes que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a gravação áudio da entrevista e a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Anexo II – Cronograma

CRONOGRAMA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

ETAPAS 2018/2019	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Escolha do percurso pedagógico	█											
Revisão <i>Scoping</i>	█	█	█									
Procedimentos Éticos	█	█	█	█	█							
Colheita de Dados						█	█					
Elaboração do projeto de estágio	█	█	█	█	█							
Diagnóstico da situação						█	█					
Definição de prioridades							█					
Fixação de objetivos							█					
Seleção de estratégias							█					
Elaboração do projeto de intervenção							█	█				
Intervenção								█	█			
Avaliação								█	█	█		
Elaboração do Relatório							█	█	█	█	█	█

Exma. Senhora

Dr.ª Helena Isabel Ribeiro Nunes

helena.nunes@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		8118/CES/2018	19.09.2018

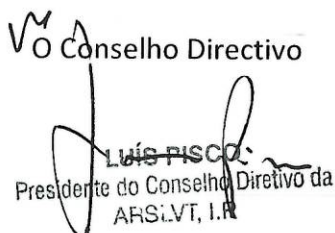
Assunto: Promoção de Hábitos de Vida Saudáveis em Crianças do 1º Ciclo: Intervir para Prevenir a Obesidade Infantil.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, e pelo procedimento de votação electrónica emitiu um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a concretização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos,


O Conselho Directivo
LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Parecer

Proc.053/CES/INV/2018

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO

a. Título do projecto (de estudo, investigação, etc.)

Promoção de Hábitos de Vida Saudáveis em Crianças do 1º Ciclo: Intervir para Prevenir a Obesidade Infantil.

b. Promotor

Investigador principal (juntar resumo CV)

Enfermeira Helena Isabel Ribeiro Nunes, nº do cartão de cidadão: 12064851, nº da cédula profissional: 5-E-48661, nº de aluno da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa: 8386

Orientação clínica: Enfermeiro José Miguel Ferreira, detentor do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desempenha funções na USP do ACeS Lisboa Central.

Orientação científica: Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas, docente da ESEL.

Colaboradores (juntar resumo CV)

Tipo de estudo: descritivo transversal com amostra de conveniência

Local onde decorre o estudo (Departamento, Instituto, Laboratório, etc)

ACeS Lisboa Central

Este investigação faz parte de um estudo multicêntrico?

Sim, Nacional Sim, Internacional Não

Indique os centros que participam no estudo:

Descreva sucintamente o(s) objectivo(s) da investigação

Este estudo contempla o desenvolvimento de estratégias que visam a promoção da saúde dirigidas à comunidade escolar do 1º ciclo. Apresenta como objetivo geral capacitar a comunidade escolar do 1º ciclo para a adoção de estilos de vida saudáveis para a prevenção da obesidade infantil.

Pretendemos desenvolver um estudo descritivo transversal (Fortin, 2009) realizado de acordo com a metodologia do processo de planeamento em saúde que visa o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária ao nível operacional (Imperatori & Giraldes, 1993) (Tavares, 1990). A metodologia do processo de planeamento em saúde assenta num processo

por etapas, contínuo e dinâmico, conducente à obtenção de ganhos em saúde, incluindo a mudança de comportamentos por ações de promoção da saúde. Pretende-se a redução dos problemas e das necessidades identificadas. (Imperatori & Giraldes, 1993) (Tavares, 1990) A população alvo do estudo é constituída por 80 crianças do primeiro ciclo do ensino básico, com idades compreendidas entre os 7 e os 8 anos, que frequentam a Escola Secundária Dona Luísa de Gusmão do Agrupamento de Escolas Nuno Gonçalves.

Pretendemos utilizar a técnica de amostragem não probabilística por conveniência porque permite a seleção de indivíduos disponíveis com características favoráveis, esta técnica não permite generalizar os resultados para a população (Pollit, Beck, & Hungler, 2004).

Apreciação:

Estudo descritivo transversal a realizar numa amostra de conveniência de 80 crianças dos 7-8 anos com critérios de excesso de peso/obesidade que frequentam a Escola Secundária Dona Luísa de Gusmão do Agrupamento de Escolas Nuno Gonçalves.

Este estudo contempla o desenvolvimento de estratégias que visam a promoção da saúde dirigidas à comunidade escolar do 1º ciclo. Apresenta como objetivo geral capacitar a comunidade escolar do 1º ciclo para a adoção de estilos de vida saudáveis para a prevenção da obesidade infantil.

Consta de uma 1ª fase de diagnóstico e de uma segunda fase de implementação de estratégias.

O questionário ESPIGA foi desenvolvido, validado e aplicado pelo Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade (NRAPCO).

Este questionário é composto por 7 partes num total de 107 questões: caracterização familiar; antecedentes pessoais e familiares; escala de frequência alimentar; **questionário de comportamento alimentar (CEBQ); escala de perceção dos encarregados de educação** e atividade física.

Não serão incluídos neste estudo o questionário de comportamento alimentar (CEBQ) e escala de perceção dos encarregados de educação.

O questionário QAI tem como finalidade identificar os conhecimentos dos pais das crianças sobre alimentação infantil. Foi validado para a população portuguesa por Costa, Nunes, Duarte, & Pereira (2012). Este questionário é composto por 55 afirmações dicotómicas (verdadeiro/falso) que permitem avaliar os conhecimentos relativos a 4 dimensões: relação entre alimentação e saúde, regras alimentares, crenças alimentares e familiares e variedade/diversidade no padrão alimentar. Os pais devem assinalar como verdadeira ou falsa cada uma das afirmações de acordo com o que sabem, pensam ou praticam na alimentação.

Objecções:

O problema do excesso de peso e obesidade infantil está largamente estudado e identificadas as causas. Iguamente estão exaustivamente identificadas as estratégias a implementar, quer a nível de Saúde Pública, quer a nível escolar, para a prevenção primária e secundária.

Por esse motivo, não conseguimos vislumbrar a novidade científica deste estudo e consequentemente o seu interesse, uma vez que as estratégias a implementar são do conhecimento geral.

Protocolo

A investigadora refere “Este estudo contempla o desenvolvimento de estratégias que visam a promoção da saúde dirigidas à comunidade escolar do 1º ciclo. Apresenta como objetivo geral capacitar a comunidade escolar do 1º ciclo para a adoção de estilos de vida saudáveis para a prevenção da obesidade infantil.”

Não seria mais interessante promover as actividades e a alimentação saudável e aplicar os instrumentos que refere, antes e após as medidas de prevenção (já largamente identificadas) e estudar antes as alterações de estilo de vida encontradas após a implementação das medidas?

Não é perceptível porque é que é dada preferência ao questionário QAI em detrimento de parte do Questionário Espiga com os mesmos objectivos (quantidade ou qualidade da informação)?

Não é perceptível a não inclusão de parcelas do questionário de comportamento alimentar (CEBQ) e escala de percepção dos encarregados de educação do ESPIGA.

Consentimento Informado

Apenas há uma folha de informação. Dado que os questionários são destinados aos encarregados de educação e docentes, não deveriam ser diferentes atendendo à especificidade de cada um deles?

O folheto informativo dirigido especificamente aos docentes implicaria de forma abrangente a responsabilidade partilhada (pais e professores) nas respostas e resultados dos questionários.

Finalmente com uma amostra de conveniência de 80 crianças, em que no máximo 25% (20 crianças) apresentarão excesso de peso e obesidade, que informação qualitativa e quantitativa espera obter?

Propõe-se o envio das objecções à investigadora.

Lisboa, 6 de Julho de 2018

A relatora declara ausência de conflito de interesses.

Apreciação final

As respostas da investigadora não respondem no seu todo às questões essenciais.

Ao afirmar que o estudo não procura novo conhecimento está exactamente a reconhecer que não se trata de um estudo e sim da aplicação pragmática do conhecimento científico adquirido.

Igualmente não responde ao problema da amostra porque o tamanho desta não permite retirar conclusões generalizáveis.

Contudo, dado que se trata de um estudo sem risco para os participantes, elevado à categoria de ESTUDO de importância para a proponente, propõe-se um parecer favorável, estando cientes que os seus resultados serão previsivelmente frágeis.

Lisboa, 14 de setembro de 2018

A relatora declara ausência de conflito de interesses.

Apêndice XV

Apresentação e Análise Descritiva dos Resultados do Questionário

Apresentação e Análise Descritiva dos Resultados do Questionário

O tratamento estatístico dos dados é efetuado com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) IBM®- versão 25.0. Este tratamento é precedido de uma apreciação de todos os questionários por forma a eliminar os inválidos, assim, para o diagnóstico de situação são consideradas 47 questionários dos 49 entregues uma vez que dois foram considerados inválidos, um por estar em branco e outro por não cumprir as regras de preenchimento. Seguidamente os dados são codificados e tabulados na base de dados para permitir a sua análise estatística descritiva. Para todas as variáveis calculamos as frequências absolutas e relativas, no caso de variáveis ordinais calculamos também as medidas de tendência central e as medidas de dispersão. Os resultados numéricos são apresentados sob a forma de tabelas ou de gráficos para facilitar a sua interpretação. Para a criação dos gráficos recorreremos ao *software Microsoft Power BI Desktop* (versão 2.72.5556.801 64-bit) por facilitar a interpretação dos resultados, uma vez que, disponibiliza múltiplas opções de representação tornando a sua análise intuitiva e simultaneamente mais apelativa. Para tal, os dados são importados do SPSS. De ressaltar que as conclusões apresentadas se referem somente à amostra não podendo ser generalizadas para a população.

Seguidamente apresentamos os resultados obtidos organizados de acordo com os determinantes de saúde conforme o modelo de Dahlgren e Whitehead (Dahlgren & Whitehead, 1992) e respeitando simultaneamente a sequência das variáveis no questionário. Perspetivamos desta forma fazer uma caracterização epidemiológica da amostra.

A colheita de dados através do preenchimento dos questionários pelos encarregados de educação aconteceu no período entre os dias 15 de outubro e 9 de novembro de 2018.

Salvaguardamos que as frequências relativas apresentadas são calculadas em relação ao número de respondentes em cada pergunta e não em relação à globalidade da amostra.

Os questionários foram respondidos maioritariamente pela mãe/tutora (80,4%), seguindo-se os avós (6,5%), os restantes questionários foram respondidos pelos pais (4,3%), por outros familiares (4,3%) e pelo pai e mãe em conjunto (4,3%).

1) Características Individuais: Antecedentes Pessoais e Antecedentes Familiares

- Antecedentes Pessoais

Tabela 1. Estatística descritiva relativa ao peso e ao comprimento ao nascer das crianças

	Peso ao nascer	Comprimento ao nascer
N	Válido 45	42
	Omisso 2	5
Média	3,2143	49,4738
Mediana	3,1500	49,7500
Modo	2,98 ^a	51,00
Erro Desvio	,53877	3,23133
Mínimo	2,16	39,20
Máximo	4,38	59,00

a. Há vários modos. O menor valor é mostrado

Relativamente ao peso de nascimento, verificamos pela análise da tabela 1 que o valor mínimo é de 2,160 Kg e o valor máximo de 4,380 Kg, correspondendo a um peso médio de 3,214 Kg.

No que se refere ao comprimento o valor mínimo é de 39,2 cm e o máximo é de 59 cm sendo a média de 49,5 cm (tabela 1).

Tabela 2. Distribuição das crianças por escalão de peso (gramas) ao nascer

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	< 2 500 g	5	10,6	11,1	11,1
	[2 500 - 4 000 g[35	74,5	77,8	88,9
	≥ 4 000 g	5	10,6	11,1	100,0
	Total	45	95,7	100,0	
Omisso	Sistema	2	4,3		
Total		47	100,0		

Posteriormente, recodificamos a variável peso em escalão de peso conforme apresentado na tabela 2 e verificamos que 11,1% (5/45) das crianças nasceu com um peso inferior a 2,500 Kg (baixo peso) e 11,1% (5/45) nasceu com um peso superior a

4,000 Kg (excesso de peso), a maioria das crianças, 77,8% (35/45), nasceu com peso adequado.

Tabela 3. Distribuição das crianças por semanas de gravidez

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	< 37 semanas	2	4,3	4,4	4,4
	[37 – 40] semanas	31	66,0	68,9	73,3
	> 40 semanas	12	25,5	26,7	100,0
	Total	45	95,7	100,0	
Omisso	Sistema	2	4,3		
Total		47	100,0		

Em relação à duração da gravidez, conforme a tabela 3, apuramos que apenas 4,4% (2/45) das crianças nasceu prematura, a maioria, 68,9% (31/45) nasceu entre as 37 e as 40 semanas, sendo que 26,7% (12/45) nasceu após as 40 semanas de gravidez.

Tabela 4. Frequência de crianças amamentadas com leite materno

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	9	19,1	19,1	19,1
	Sim	38	80,9	80,9	100,0
	Total	47	100,0	100,0	

No que se refere ao aleitamento materno, verificamos para o global da amostra, pela análise da tabela 4 que a maioria – 80,9% (38/47) foi amamentada com leite materno, havendo ainda assim, 19,1% (9/47) de crianças que nunca foram amamentadas com leite materno.

Tabela 5. Meses de aleitamento materno exclusivo

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	0,00	2	4,3	5,6	5,6
	2,00	5	10,6	13,9	19,4
	3,00	2	4,3	5,6	25,0
	4,00	4	8,5	11,1	36,1
	5,00	2	4,3	5,6	41,7
	6,00	11	23,4	30,6	72,2
	8,00	2	4,3	5,6	77,8
	10,00	1	2,1	2,8	80,6
	12,00	1	2,1	2,8	83,3
	15,00	1	2,1	2,8	86,1
	18,00	1	2,1	2,8	88,9
	20,00	1	2,1	2,8	91,7
	24,00	2	4,3	5,6	97,2
	28,00	1	2,1	2,8	100,0
	Total		36	76,6	100,0
Omisso	Sistema	11	23,4		
Total		47	100,0		

Em relação à idade até à qual as crianças foram amamentadas em exclusivo com leite materno, apuramos pela análise da tabela 5 que 41,7% (15/36) das crianças não cumpriu 6 meses de aleitamento materno exclusivo e que 30,6% (11/36) o fizeram até aos 6 meses de vida. Interpretamos os resultados que indicam que houve crianças em aleitamento materno exclusivo para além dos 6 meses de vida como erro na interpretação da pergunta, pois, de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) a introdução da diversificação alimentar está preconizada aos 6 meses de vida nos casos em que a criança está em aleitamento materno exclusivo.

Tabela 6. Frequência de crianças que beberam leite adaptado

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	12	25,5	30,8	30,8
	Sim	27	57,4	69,2	100,0
	Total	39	83,0	100,0	
Omisso	Sistema	8	17,0		
Total		47	100,0		

Relativamente ao consumo de leite adaptado, observando os dados da tabela 6, verificamos que a maioria das crianças – 69,2% (27/39) bebeu leite adaptado, sendo que 30,8% (12/39) das crianças nunca consumiu este tipo de leite.

Tabela 7. Idade da introdução do leite adaptado na alimentação das crianças

Idade início LA		
N	Válido	27
	Omisso	20
Média		5,0000
Mediana		5,0000
Modo		2,00 ^a
Erro Desvio		3,91250
Mínimo		,00
Máximo		16,00

a. Ha vários modos. O menor valor é mostrado

Em relação à idade de introdução do leite adaptado na alimentação das crianças, verificamos pela análise da tabela 7, que a média foi de 5 meses de idade, a idade mínima foi com zero meses, ou seja, ainda em recém-nascidos, e a idade máxima foi de 16 meses.

Tabela 8. Idade da introdução da diversificação alimentar das crianças

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	3,00	1	2,1	2,3	2,3
	4,00	18	38,3	41,9	44,2
	4,50	1	2,1	2,3	46,5
	5,00	5	10,6	11,6	58,1
	6,00	10	21,3	23,3	81,4
	7,00	3	6,4	7,0	88,4
	8,00	2	4,3	4,7	93,0
	9,00	1	2,1	2,3	95,3
	10,00	1	2,1	2,3	97,7
	14,00	1	2,1	2,3	100,0
	Total	43	91,5	100,0	
Omisso	Sistema	4	8,5		
Total		47	100,0		

Idade início DA

N	Válido	43
	Omisso	4
Média		5,4535
Mediana		5,0000
Modo		4,00
Erro Desvio		2,04361
Mínimo		3,00
Máximo		14,00

Considerando a idade da introdução da diversificação alimentar, apuramos pela análise da tabela 8 que em média as crianças introduziram alimentos sólidos aos 5,5 meses, sendo que a maioria - 41,9% (18/43) o fez aos 4 meses. A DGS (2013) recomenda que a diversificação alimentar seja iniciada aos 6 meses de idade quando a criança está em aleitamento materno exclusivo e apresenta boa evolução ponderal, nos casos em que tal não acontece, a recomendação é de que a mesma seja feita a partir dos 4 meses. Mais uma vez, a referência a idades mais tardias nas respostas dadas pelos pais pode estar relacionada com erros de interpretação da pergunta ou com lapsos de memória por parte dos encarregados de educação.

Tabela 9. Caracterização do início da diversificação alimentar

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Papa	18	38,3	38,3	38,3
	Sopa de legumes	26	55,3	55,3	93,6
	Açorda	2	4,3	4,3	97,9
	Outra	1	2,1	2,1	100,0
	Total	47	100,0	100,0	

Em relação ao alimento utilizado na introdução da diversificação alimentar, de acordo com a tabela 9, verificamos que a maioria – 55,3% (26/47) das crianças começou pela sopa de legumes em detrimento da papa – 38,3% (18/47).

Tabela 10. Frequência de crianças com problemas de saúde

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	41	87,2	89,1	89,1
	Sim	5	10,6	10,9	100,0
	Total	46	97,9	100,0	
Omisso	Sistema	1	2,1		
Total		47	100,0		

Em relação ao estado de saúde atual das crianças, verificamos pela análise da tabela 10 que a maioria – 89,1% (41/46) das crianças é saudável, sendo que 10,9% (5/46) apresenta algum problema de saúde.

Tabela 11. Frequência de crianças medicada atualmente

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	42	89,4	89,4	89,4
	Sim	5	10,6	10,6	100,0
	Total	47	100,0	100,0	

Relativamente à toma de medicação pelas crianças, pela análise da tabela 11, apuramos para a totalidade da amostra que, 89,4% (42/47) não está medicada e 10,6% (5/47) das crianças está atualmente a fazer algum tipo de medicação.

- Antecedentes Familiares

Tabela 12. Classificação do estado nutricional dos pais/tutores das crianças

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Peso normal	18	38,3	54,5	54,5
	Pré-obesidade	10	21,3	30,3	84,8
	Obesidade	5	10,6	15,2	100,0
	Total	33	70,2	100,0	
Omisso	Sistema	14	29,8		
Total		47	100,0		

Em relação ao estado nutricional dos pais/tutores das crianças, a tabela 12 indica-nos que 54,5% (18/33) apresenta peso normal e que 45,5% (15/33) apresenta excesso de peso dos quais 15,2% (5/33) têm IMC compatível com obesidade.

Tabela 13. Classificação do estado nutricional das mães/tutoras das crianças

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Peso normal	28	59,6	70,0	70,0
	Pré-obesidade	10	21,3	25,0	95,0
	Obesidade	2	4,3	5,0	100,0
	Total	40	85,1	100,0	
Omisso	Sistema	7	14,9		
Total		47	100,0		

Relativamente ao estado nutricional da mãe/tutora das crianças, pela análise da tabela 13, observamos que 70% (28/40) apresenta peso normal e que 30% (12/40) apresenta excesso de peso das quais 5% (2/40) é obesa.

Comparando o IMC entre a mãe/tutora e o pai/tutor das crianças, podemos afirmar que a prevalência de excesso de peso é superior no progenitor do sexo masculino.

Tabela 14. Prevalência de diabetes entre os pais/tutores das crianças

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	39	83,0	100,0	100,0
Omisso	Sistema	8	17,0		
Total		47	100,0		

Relativamente à prevalência de diabetes nos pais/tutores, pela análise da tabela 14, verificamos que nenhum dos respondentes apresenta diagnóstico de diabetes *mellitus*.

Tabela 15. Prevalência de diabetes entre as mães/tutoras das crianças

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	46	97,9	100,0	100,0
Omisso	Sistema	1	2,1		
Total		47	100,0		

Em relação à prevalência de diabetes entre as mães/tutoras das crianças, apuramos através da tabela 15 que nenhuma das respondentes tem diagnosticada esta doença.

Tabela 16. Prevalência de hipercolesterolemia entre os pais/tutores das crianças

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	32	68,1	82,1	82,1
	Sim	7	14,9	17,9	100,0
	Total	39	83,0	100,0	
Omisso	Sistema	8	17,0		
Total		47	100,0		

Considerando a prevalência de hipercolesterolemia entre os pais/tutores das crianças, pela consulta da tabela 16 verificamos que 82,1% (32/39) dos pais/tutores não apresenta este diagnóstico, situando-se a sua prevalência nos 17,9% (7/39) neste grupo.

Tabela 17. Prevalência de hipercolesterolemia entre as mães/tutoras das crianças

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	44	93,6	97,8	97,8
	Sim	1	2,1	2,2	100,0
	Total	45	95,7	100,0	
Omisso	Sistema	2	4,3		
Total		47	100,0		

Em relação à prevalência de hipercolesterolemia entre as mães/tutoras das crianças, verificamos pela análise da tabela 17 que 97,8% (44/45) destas não apresenta hipercolesterolemia sendo a sua prevalência neste grupo de 2,2% (1/45).

Tabela 18. Prevalência de hipertensão arterial entre os pais/tutores das crianças

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	34	72,3	87,2	87,2
	Sim	5	10,6	12,8	100,0
	Total	39	83,0	100,0	
Omisso	Sistema	8	17,0		
Total		47	100,0		

No que respeita à prevalência de HTA entre os pais/tutores das crianças, quando analisamos a tabela 18 verificamos que, 87,2% (34/39) dos pais/tutores não é hipertenso, sendo a prevalência deste problema de 12,8% (5/39) neste grupo.

Tabela 19. Prevalência de hipertensão arterial entre as mães/tutoras das crianças

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	42	89,4	93,3	93,3
	Sim	3	6,4	6,7	100,0
	Total	45	95,7	100,0	
Omisso	Sistema	2	4,3		
Total		47	100,0		

Quanto à prevalência de hipertensão arterial entre o grupo das mães/tutoras das crianças, de acordo com a informação da tabela 19 verificamos que esta é de 6,7% (3/45), 93,3% (42/45) das mães/tutoras não apresenta hipertensão arterial.

2) Estilos de Vida: Caracterização dos Hábitos Alimentares e Caracterização dos Hábitos de Atividade Física

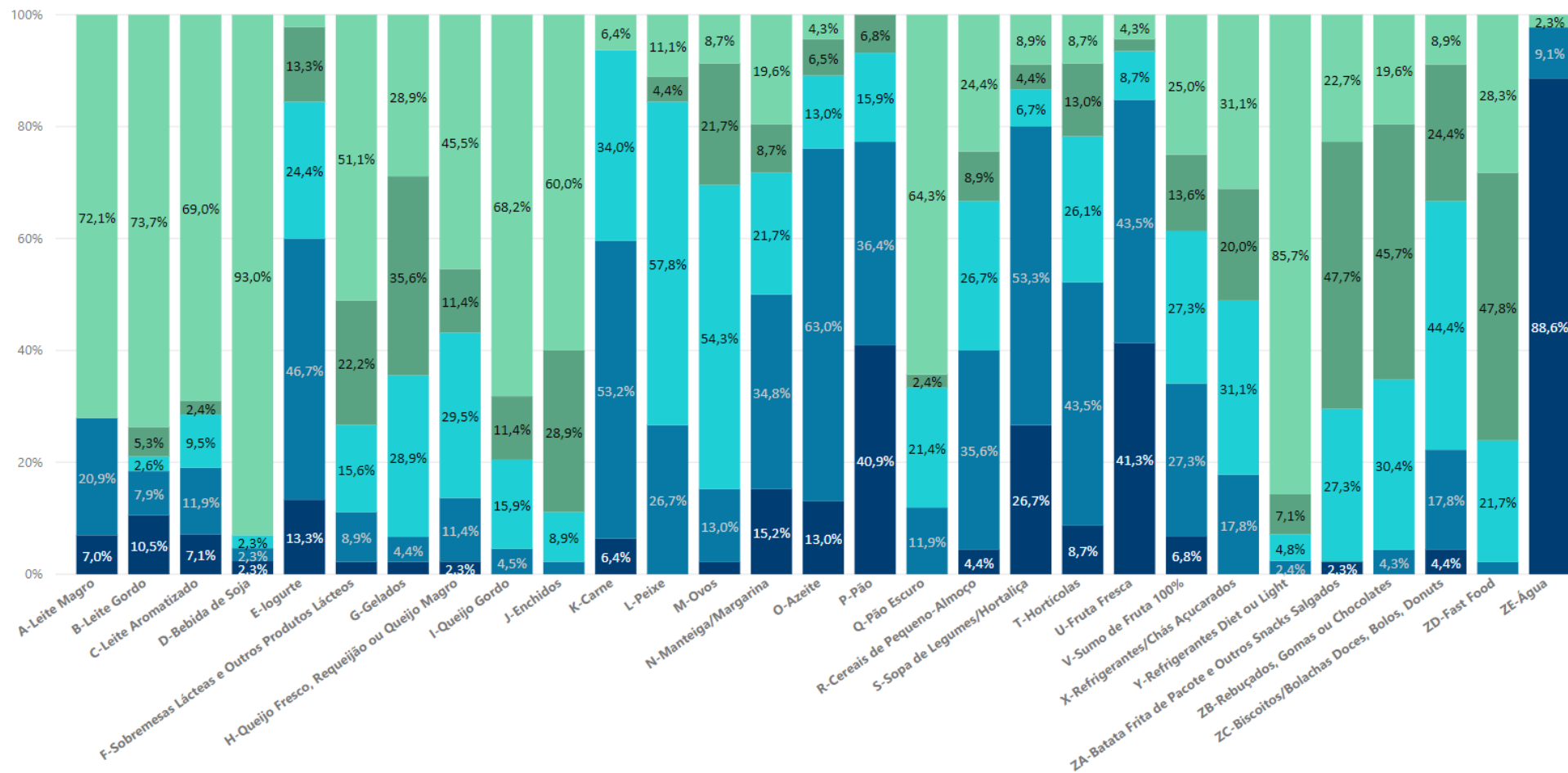
▪ Caracterização dos Hábitos Alimentares

Apresentamos seguidamente a frequência do consumo de alimentos e bebidas pelas crianças.

Gráfico1. Estilos de vida: frequência de consumo de alimentos e bebidas pelas crianças

Alimentos

● 1-Várias/dia ● 2-Quatro a sete/semana ● 3-Uma a três/semana ● 4-Quinzenalmente ● 5-Nunca ou raramente



De todas as respostas obtidas na parte do questionário “Frequência Alimentar” (Gráfico 1), destacamos os dados discrepantes relativamente às recomendações da DGS representadas na roda dos alimentos (DGS, n.d.), e que são por isso, indicativos de hábitos alimentares pouco saudáveis. Em coerência com esta ideia, analisamos os resultados do consumo alimentar das crianças por grupo nutricional, salvaguardamos que os resultados dos questionários apenas nos permitem analisar a frequência de consumo e não a quantidade em que cada alimento é ingerido.

Laticínios

Os encarregados de educação reportaram um consumo de pelo menos 4 vezes por semana de leite aromatizado em 19% (8/42) das crianças. Relativamente ao consumo de iogurtes, 39,9% (18/45) das crianças consome este produto lácteo no máximo 3 vezes por semana enquanto que 46,7% (21/45) o consome entre 4 a 7 vezes por semana. O consumo de pelo menos uma vez por semana de sobremesas lácteas é reportado por 26,7% (12/45) das crianças. Quando analisamos o consumo de queijo, verificamos uma preferência por queijo com menor teor em gordura (queijo fresco, requeijão ou queijo magro) face ao queijo gordo, no entanto, 45,5% (20/44) e 68,2% (30/44) das crianças reporta que nunca ou raramente ingere estes tipos de queijo, respetivamente.

Carne, Peixe e Ovos

De acordo com o gráfico 1, apuramos uma clara preferência das crianças pelo consumo de carne relativamente ao de peixe, sendo que 53,2% (25/47) dos encarregados de educação reportou uma ingestão de carne entre 4 e 7 vezes por semana e apenas 26,7% (12/45) reportou a mesma frequência para o consumo de peixe. A maioria das crianças – 57,8% (26/45) consome este alimento apenas uma a três vezes por semana.

Quanto ao consumo de ovos, de acordo com os dados é maioritariamente de uma a três vezes por semana, 54,3% (25/46) das crianças refere este padrão de consumo.

Cereais, Derivados e Tubérculos

Em relação ao consumo de pão, pela análise do gráfico 1, verificamos que as crianças consomem preferencialmente pão branco em detrimento do pão escuro,

64,3% (27/42) reportam mesmo que nunca ou raramente ingerem pão escuro. Pelo contrário, 36,4% (16/44) referem consumir pão branco entre 4 a 7 vezes por semana e 40,9% (18/44) referem consumir este tipo de pão mais de uma vez por dia.

Hortícolas

Em relação ao consumo de hortícolas, apuramos pela interpretação dos resultados que 20% (9/45) das crianças ingere sopa menos de 4 vezes por semana, contudo, a maioria das crianças – 53,3% (24/45) consome sopa entre 4 a 7 vezes por semana. Se analisarmos a ingestão de sopa mais do que uma vez por dia, verificamos que apenas 26,7% (12/45) das crianças o faz. Este resultado sugere-nos que as famílias não têm o hábito de integrar a sopa nas suas refeições diárias, dado que esta é disponibilizada diariamente nos menus escolares.

Relativamente ao consumo de legumes, 47,8% (22/46) das crianças fá-lo menos de três vezes por semana, ainda assim, 43,5% (20/46) come legumes entre 4 a 7 vezes por semana.

Frutas

No que respeita ao consumo de frutas, as respostas aos questionários indicam-nos que 15,2% (7/46) das crianças come fruta no máximo 3 vezes por semana e que 43,5% (20/46) consomem fruta entre quatro a sete vezes por semana, tal significa que 58,7% (27/46) das crianças não consome fruta fresca mais do que uma vez por dia. No entanto, verificamos que para 41,3% (19/46) das crianças a fruta é um alimento preferencial pois consomem-na mais do que uma vez por dia.

Se consideramos o consumo de sumos 100% fruta, constatamos que 27,3% (12/44) das crianças ingere esta bebida entre uma a três vezes por semana e a mesma frequência de crianças bebe sumos 100% fruta entre quatro a sete vezes por semana.

Gorduras e Óleos

Em relação ao consumo de manteiga ou margarina, apuramos que 21,7% (10/46) das crianças consome este tipo de gorduras entre uma a três vezes por semana, 34,8% (16/46) entre quatro a sete vezes por semana e 15,2% (7/46) mais do que uma vez por dia.

Quanto ao consumo de azeite, a maioria das crianças – 63% (29/46) apresenta um consumo de quatro a sete vezes por semana e 13% (6/46) fá-lo mais do que uma vez por dia.

Água

Relativamente à ingestão de água, 88,6% (39/44) das crianças bebem água mais do que uma vez por dia sendo que 9,1% (4/44) apenas o fazem entre quatro a sete vezes por semana.

Outros Alimentos

As respostas aos questionários pelos encarregados de educação acerca da frequência alimentar das crianças mostraram ainda o padrão de consumo de alguns alimentos e de bebidas com alto teor de açúcar, gordura e sal.

Os gelados são consumidos por 35,5% (16/45) das crianças pelo menos uma vez por semana e 11,4% (5/44) fazem-no quinzenalmente.

De acordo com o gráfico 1, 40% (18/45) das crianças come cereais de pequeno almoço pelo menos 4 vezes por semana.

Em relação ao consumo de refrigerantes e de chás açucarados, 48,9% (22/45) das crianças ingerem este tipo de bebidas pelo menos uma vez por semana, e destas, 17,8% (8/45) fazem-no entre 4 a 7 vezes por semana. Verificamos ainda uma clara preferência deste tipo de bebidas em comparação com os refrigerantes *diet* ou *light*, em que 85,7% (36/42) dos encarregados de educação reportaram que as crianças nunca ou raramente consomem estas bebidas.

Quando consideramos os aperitivos salgados como batatas fritas de pacote, snacks, pipocas ou outros, verificamos que 27,3% (12/44) das crianças apresenta um padrão de consumo destes alimentos de uma a três vezes por semana.

Relativamente ao consumo de rebuçados, gomas ou chocolates, apuramos que 34,7% (16/46) reportam consumir estes doces pelo menos uma vez por semana.

No que respeita a alimentos como biscoitos, bolachas, doces, bolos e *donuts*, 66,6% (30/45) das crianças consomem estes alimentos pelo menos uma vez por semana, das quais 22,2% (10/45) fazem-no no mínimo quatro vezes por semana.

De acordo com o gráfico 1, podemos afirmar que 23,9% (11/46) das crianças ingere alimentos *fast food*, tais como *pizza*, batatas fritas em casa, hambúrgueres ou salsichas, pelo menos uma vez por semana, contudo nenhuma criança o faz mais do que uma vez por dia.

▪ Caracterização dos Hábitos de Atividade Física

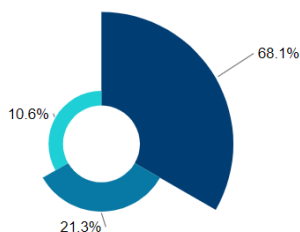
A caracterização dos hábitos de atividade física das crianças inclui a avaliação de atividades que requerem dispêndio de energia, como a deslocação de e para a escola, a prática de exercício físico organizado e a atividade física espontânea, e contempla também a avaliação do número de horas gasto em atividades sedentárias. Organizamos assim os dados obtidos na secção do questionário “Atividade Física” de acordo com as atividades descritas e damos destaque aos resultados divergentes das recomendações da DGS. (Ribeiro da Silva et al., 2016)

Deslocação para a Escola

Gráfico 2. Estilos de vida: distribuição das crianças em função do tipo de transporte utilizado na deslocação de e para a escola, distância e segurança do percurso.

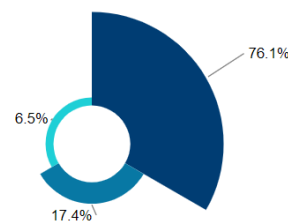
Ida para a Escola (n=47)

● 1-A pé ● 2-Automóvel ● 3-Transporte público



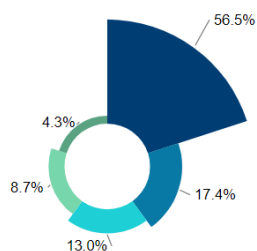
Regresso da Escola (n=46)

● 1-A pé ● 2-Automóvel ● 3-Transporte público



Distância do Percurso Casa-Escola (n=46)

● 1-Menos de 1 Km
● 2-Entre 1 e 2 Km
● 3-Entre 3 e 4 Km
● 4-Entre 5 e 6 Km
● 5-Mais de 6 Km



Percurso Seguro? (n=46)

● Sim
● Não



Para o conjunto das crianças em análise, verificamos que a maioria – 68,1% (32/47) faz o percurso de casa para a escola a pé, verificando-se uma ligeira subida na escolha desta opção para o percurso inverso, em que 76,1% (35/46) das crianças regressa a casa a pé. Nenhuma das crianças utiliza a bicicleta como meio de transporte nestas deslocações. O automóvel e os transportes públicos são os outros meios utilizados pelas crianças nestes percursos, 38,9% (15/47) utilizam-nos na ida para a escola e 23,9% (11/46) no regresso a casa (gráfico 2).

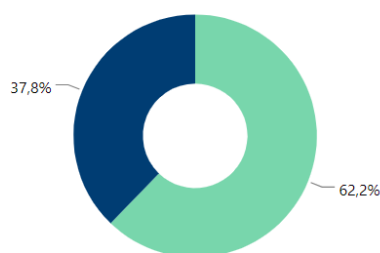
Em consonância com este resultado, verificamos que a maioria dos encarregados de educação – 65,2% (30/46) considera o caminho de casa para a escola seguro para os peões e para os ciclistas, contudo 34,8% (16/46) refere o inverso, considerando-o inseguro. Apuramos ainda que 56,5% (26/46) das crianças mora a menos de 1 km da escola e 17,4% (8/46) entre 1 a 2 km.

Exercício Físico Organizado

Gráfico 3. Estilos de vida: frequência de crianças que praticam exercício físico organizado e a sua distribuição em função do número de horas semanal

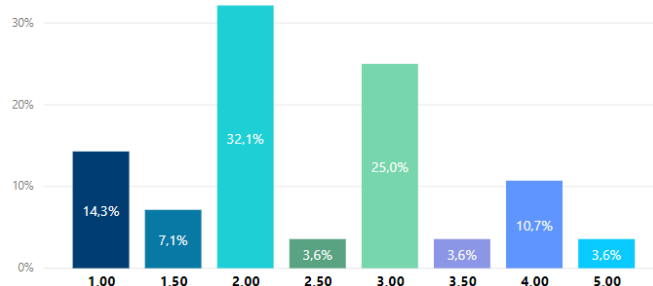
Exercício Físico Organizado (n=45)

● Sim ● Não



Horas por Semana de Exercício Físico Organizado (n=28)

● 1 ● 1,5 ● 2 ● 2,5 ● 3 ● 3,5 ● 4 ● 5



Em relação à prática pelas crianças de exercício físico organizado, verificamos que mais de um terço – 37,8% (17/45) destas não pratica nenhum desporto extracurricular, ainda assim 62,2% (28/45) fazem-no. Relativamente à frequência, a maioria das crianças pratica desporto 2 ou 3 horas por semana, 32,1% e 25%, respetivamente, sendo que no mínimo o fazem durante uma hora e no máximo durante 5 horas por semana (Gráfico 3).

Tabela 20. Estilos de vida: distribuição percentual do número de horas que as crianças ocupam em atividade física na escola

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	1,00	8	17,0	25,0	25,0
	1,50	1	2,1	3,1	28,1
	2,00	13	27,7	40,6	68,8
	3,00	4	8,5	12,5	81,3
	4,00	3	6,4	9,4	90,6
	7,00	1	2,1	3,1	93,8
	8,00	2	4,3	6,3	100,0
	Total	32	68,1	100,0	
Omisso	Sistema	15	31,9		
Total		47	100,0		

Quanto ao número de horas que as crianças ocupam em atividades físicas na escola, a maioria – 40,6 % (13/32) fá-lo durante 2 horas por semana, sendo que 25% (8/32) das crianças apenas gasta uma hora por semana na prática destas atividades na escola (tabela 20). Ressalvamos que os encarregados de educação podem apenas ter considerado o tempo ocupado com as atividades desportivas, não contemplando o tempo gasto em atividades físicas espontâneas, como brincar durante os intervalos.

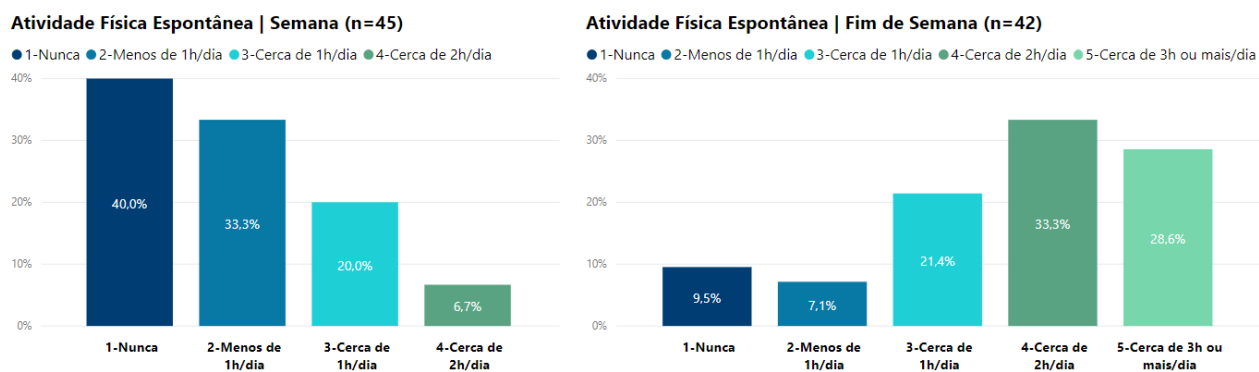
Tabela 21. Estilos de vida: distribuição percentual do número de horas diárias de sono

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	7,00	2	4,3	4,4	4,4
	8,00	3	6,4	6,7	11,1
	8,50	2	4,3	4,4	15,6
	9,00	11	23,4	24,4	40,0
	9,50	2	4,3	4,4	44,4
	10,00	19	40,4	42,2	86,7
	10,50	3	6,4	6,7	93,3
	11,00	1	2,1	2,2	95,6
	12,00	2	4,3	4,4	100,0
	Total	45	95,7	100,0	
Omisso	Sistema	2	4,3		
Total		47	100,0		

No que respeita ao número de horas de sono, as respostas dos encarregados de educação ao questionário mostram-nos que a maioria – 42,2% (19/45) das crianças dorme 10h por dia, verificamos que o número mínimo de horas de sono é de 7h e o máximo é de 12h por dia (Tabela 21).

Atividade Física Espontânea

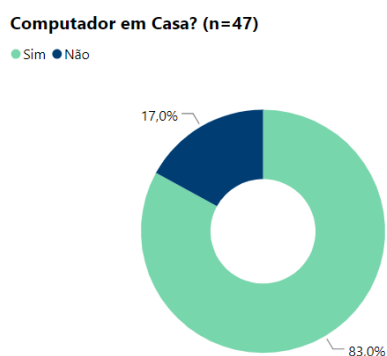
Gráfico 4. Estilos de vida: número de horas por dia de atividade física espontânea das crianças durante a semana e aos fins de semana



Relativamente ao tempo que as crianças ocupam em brincadeiras, jogos e outras atividades lúdicas fora de casa, apuramos pela análise das respostas dos encarregados de educação (Gráfico 4), que durante a semana 40% (18/45) das crianças nunca brinca fora de casa e 33,3% (15/45) brinca menos de uma hora por dia. Verificamos que durante o fim de semana esta tendência inverte-se e as crianças passam mais tempo fora de casa neste tipo de atividades, 33,3% (14/42) fazem-no cerca de duas horas por dia e 28,6% (12/42) fazem-no durante 3 ou mais horas por dia, ainda assim, 16,6% (7/42) das crianças durante o fim de semana brincam menos de uma hora por dia fora de casa.

Atividades Sedentárias

Gráfico 5. Estilos de vida: frequência de crianças com computador em casa



Analisando as respostas para a globalidade das crianças, verificamos que a maioria tem computador em casa – 83% (39/47) (Gráfico 5).

Gráfico 6. Estilos de vida: número de horas por dia de atividades sedentárias das crianças durante a semana e aos fins de semana



Ao considerarmos o número de horas que as crianças ocupam a fazer os trabalhos de casa ou a ler, constatamos pela análise do gráfico 6 que durante a semana 53,2% (25/47) fazem-no durante cerca de uma hora por dia e 40,4% (19/47) durante menos de uma hora por dia. Ao fim de semana, a maioria das crianças – 40,5% (17/42) despende cerca de uma hora por dia na realização destas atividades.

Em relação ao número de horas despendidas pelas crianças em jogos eletrónicos ou em pesquisas/trabalhos no computador (Gráfico 6), apuramos que durante a semana mais de um terço - 32,6% (15/46) das crianças despende pelo menos uma hora por dia nestas atividades, ao fim de semana verificamos que as crianças gastam mais tempo com estas atividades, nas quais 39,5% (17/43) das crianças ocupam pelo menos duas horas por dia.

Quanto ao tempo que as crianças ocupam a ver televisão (Gráfico 6), os dados recolhidos dos questionários indicam-nos que 43,5% (20/46) das crianças estão pelo menos uma hora por dia a ver televisão durante a semana, e destas, 19,6% (9/46) vêm televisão pelo menos duas horas por dia. Quando analisamos os mesmos dados relativamente ao fim de semana, constatamos que mais crianças ocupam mais horas do seu dia com esta atividade, assim, 56,1% (23/41) está pelo menos duas horas por dia a ver televisão, sendo que 31,7% (13/41) está três ou mais horas a fazê-lo.

3) Condições de Vida e de Trabalho

- Agregado Familiar

Tabela 22. Condições de vida e de trabalho: número de adultos que constituem o agregado familiar

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	1,00	6	12,8	13,0	13,0
	2,00	32	68,1	69,6	82,6
	3,00	6	12,8	13,0	95,7
	4,00	1	2,1	2,2	97,8
	6,00	1	2,1	2,2	100,0
	Total	46	97,9	100,0	
Omisso	Sistema	1	2,1		
Total		47	100,0		

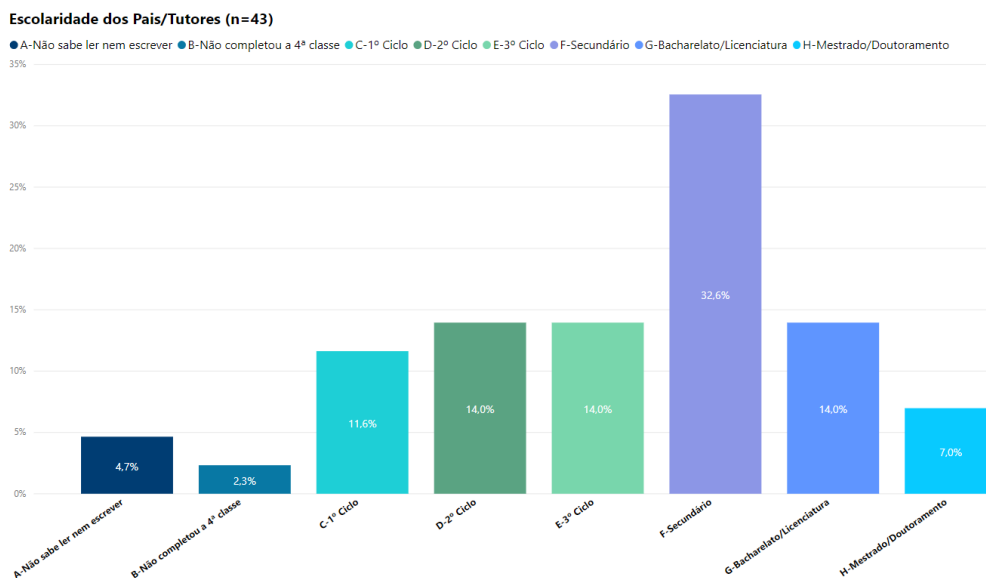
Tabela 23. Condições de vida e de trabalho: número de crianças que constituem o agregado familiar (para além da criança da amostra)

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	0,00	10	21,3	27,0	27,0
	1,00	17	36,2	45,9	73,0
	2,00	8	17,0	21,6	94,6
	3,00	1	2,1	2,7	97,3
	8,00	1	2,1	2,7	100,0
	Total	37	78,7	100,0	
Omisso	Sistema	10	21,3		
Total		47	100,0		

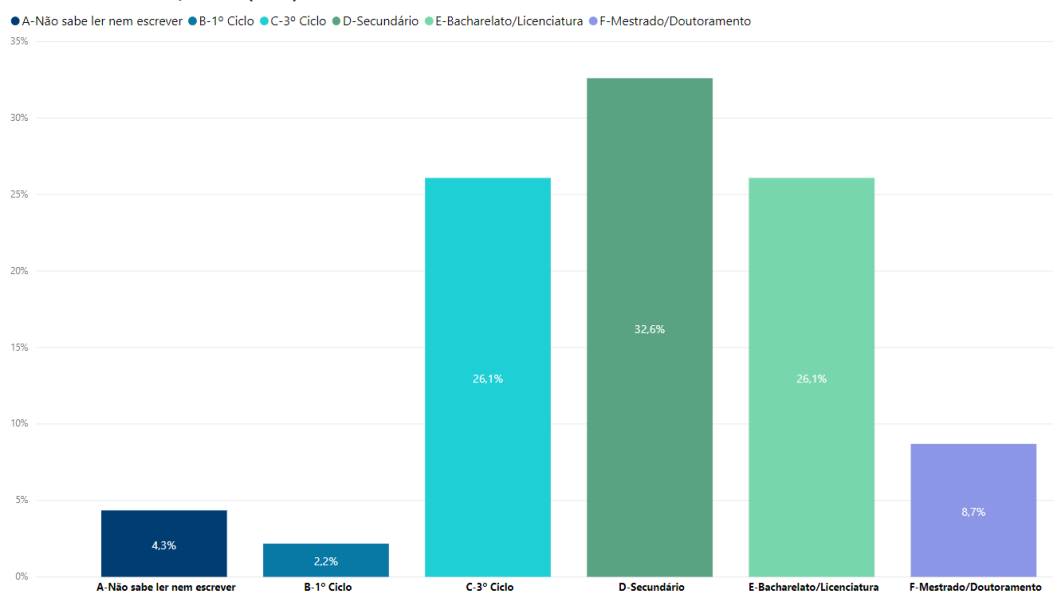
Ao considerarmos a constituição do agregado familiar (Tabela 22), a maioria – 69,6% (32/46) das crianças está integrada numa família com dois adultos. Relativamente à coabitação com outros menores (tabela 23), 45,9% (17/37) das crianças vive com mais uma criança, enquanto que 21,6% (8/37) vive com outras duas crianças. 27% (10/37) do grupo de crianças em análise é a única criança do agregado familiar.

- Educação

Gráfico 7. Condições de vida e de trabalho: nível de escolaridade dos encarregados de educação das crianças



Escolaridade das Mães/Tutoras (n=46)



Em relação ao nível de escolaridade da família, os dados presentes no gráfico 7 indicam-nos que a maioria das mães/tutoras – 32,6% (15/46) e dos pais/tutores – 32,6% (14/43) referem ter o ensino secundário, ou seja, detêm o nível de ensino obrigatório em Portugal, contudo 32,6% (15/46) das mães tem no máximo o 3º ciclo do ensino básico, o mesmo ocorrendo com 46,5% (20/43) dos pais. São as mães/tutoras que apresentam maior frequência do ensino superior, 34,8% versus 21%.

- Desemprego

Tabela 24. Condições de vida e de trabalho: situação profissional familiar – mães/tutoras

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Empregado conta de outrem	32	68,1	69,6	69,6
	Empregado conta própria	5	10,6	10,9	80,4
	Estudante	1	2,1	2,2	82,6
	Doméstico	4	8,5	8,7	91,3
	Desempregado, capaz de trabalhar	4	8,5	8,7	100,0
	Total	46	97,9	100,0	
Omisso	Sistema	1	2,1		
Total		47	100,0		

Tabela 25. Condições de vida e de trabalho: situação profissional familiar – pais/tutores

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Empregado conta de outrem	30	63,8	71,4	71,4
	Empregado conta própria	8	17,0	19,0	90,5
	Estudante	2	4,3	4,8	95,2
	Desempregado, capaz de trabalhar	2	4,3	4,8	100,0
	Total	42	89,4	100,0	
Omisso	Sistema	5	10,6		
Total		47	100,0		

No que respeita à situação profissional familiar (Tabelas 24 e 25), apuramos pelos resultados dos questionários que, a maioria das mães/tutoras - 69,9% (32/46) e dos pais/tutores – 71,4% (30/42) estão empregados e trabalham por conta de outrem. 17,4% (8/46) das mães/tutoras não tem emprego por serem domésticas ou se encontrarem em situação de desemprego, o mesmo se verifica em 4,8% (2/42) dos pais/tutores por desemprego.

- Rendimento

Tabela 26. Condições de vida e de trabalho: Rendimento médico mensal das famílias

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Até 500 €/mês	6	12,8	13,6	13,6
	De 501 a 850/mês	9	19,1	20,5	34,1
	De 851 a 1500 €/mês	18	38,3	40,9	75,0
	De 1501 a 2750 €/mês	8	17,0	18,2	93,2
	De 2751 a 3750 €/mês	2	4,3	4,5	97,7
	Mais de 3750 €/mês	1	2,1	2,3	100,0
	Total	44	93,6	100,0	
Omisso	Sistema	3	6,4		
Total		47	100,0		

O rendimento médio mensal das famílias (Tabela 26) em análise situa-se maioritariamente entre os 851 e 1500 €/mês, 40,9% (18/44) dos agregados reporta

este valor. 13,6% (6/44) das famílias tem um rendimento médio mensal até 500€, ou seja, inferior ao salário mínimo nacional.

- Habitação

Tabela 27. Condições de vida e de trabalho: tipo de habitação do agregado familiar

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Moradia	2	4,3	4,3	4,3
	Moradia geminada	1	2,1	2,2	6,5
	Apartamento	41	87,2	89,1	95,7
	Outro	2	4,3	4,3	100,0
	Total	46	97,9	100,0	
Omisso	Sistema	1	2,1		
Total		47	100,0		

Tabela 28. Condições de vida e de trabalho: regime da habitação do agregado familiar

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Própria em aquisição	11	23,4	24,4	24,4
	Própria já paga	7	14,9	15,6	40,0
	Alugada	24	51,1	53,3	93,3
	Cedida	2	4,3	4,4	97,8
	Outro	1	2,1	2,2	100,0
	Total	45	95,7	100,0	
Omisso	Sistema	2	4,3		
Total		47	100,0		

Quando analisamos o tipo de habitação (Tabela 27), verificamos que a maioria das famílias reporta morar num apartamento – 89,1% (41/46). Apuramos ainda que a maioria – 53,3% (24/45) das habitações são alugadas, contudo 40% (18/45) são habitação própria já paga ou em aquisição (Tabela 28).

4) Conhecimento sobre alimentação infantil

Para determinar o nível de conhecimento dos encarregados de educação sobre alimentação infantil, como referido anteriormente utilizamos o questionário QAI, este

permite atribuir um *score* a cada encarregado de educação que varia entre 0 e 55, dependendo do número de respostas corretas. Para calcular o nível de conhecimento, recodificamos o *score* em três níveis de conhecimentos que classificamos de acordo com os autores do QAI em conhecimento: insuficiente, suficiente e bom. Para atribuir estes níveis aos *scores*, calculamos os grupos de corte para o global da escala de acordo com o percentil 25 e com o percentil 75 (Pestana & Gageiro ,2008, p. 114). Assim, a classificação do nível de conhecimento é, de acordo com a tabela 29, a seguinte:

Tabela 29. Estatística relativa ao *score* dos conhecimentos

ScoreConhecimentos		
N	Válido	44
	Omisso	3
Média		47,4091
Mediana		49,0000
Erro Desvio		4,53574
Intervalo		21,00
Percentis	25	45,2500
	50	49,0000
	75	51,0000

Conhecimento Insuficiente: ≤ 45

Conhecimento Suficiente: [46-50]

Conhecimento Bom: ≥ 51

Tabela 30. Nível de conhecimento dos encarregados de educação sobre alimentação infantil

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Insuficiente	11	23,4	25,0	25,0
	Suficiente	21	44,7	47,7	72,7
	Bom	12	25,5	27,3	100,0
	Total	44	93,6	100,0	
Omisso	Sistema	3	6,4		
Total		47	100,0		

Tendo em conta o exposto, pela análise das respostas à secção do questionário “Conhecimentos dos Pais sobre Alimentação Infantil” (Tabela 29) apuramos que a pontuação média do nível de conhecimentos dos pais é de 47,4, o desvio padrão é de 4,5 pontos e a mediana da pontuação é de 49. Relativamente ao nível de conhecimento (Tabela 30) verificamos que 25% (11/44) dos encarregados de educação apresenta um nível de conhecimento sobre alimentação infantil insuficiente,

o que significa que a maioria apresenta um nível satisfatório de conhecimento, com 47,7% (21/44) e 27,3% (12/44) a apresentarem um nível suficiente e bom, respectivamente.

Apêndice XVI
Transcrição das Entrevistas e Análise de Conteúdo

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

Identificação da Entrevista: Ent1;Prof1 – Out22

Identificação do Entrevistador e do Entrevistado:

E= Entrevistador

Prof1= Professor entrevistado

INÍCIO DA ENTREVISTA

E: A primeira parte da entrevista está relacionada com os hábitos alimentares das crianças, e a primeira pergunta, sendo uma boa alimentação essencial para o desenvolvimento infantil adequado, considera que as crianças do 1º ciclo apresentam hábitos alimentares saudáveis? E porquê?

Prof1: Ehh ... Nem todas apresentam hábitos alimentares saudáveis, algumas sim apresentam, e isso verifica-se ao nível do tipo de lanche que trazem para a escola, a forma como almoçam ...

E: A única refeição que trazem de casa é o lanche?

Prof1: Sim, sim, é o lanche.

E: O almoço é disponibilizado pela escola?

Prof1: Aliás, sim o almoço é fornecido pela escola, os que almoçam na escola, o lanche, há crianças que têm acesso a lanche escolar gratuito, eeh ... e esse lanche gratuito é apenas um lanche, algumas crianças optam também por pagar também o lanche da escola, e há outras crianças que tanto o lanche da manhã como o lanche da tarde trazem de casa.

E: Normalmente as crianças na escola fazem dois lanches, um de manhã e outro no período da tarde?

Prof1: Sim, sim, o da manhã corresponde ao intervalo da manhã, das 11h às 11h30, geralmente almoçam ah perdão, lancham antes de saírem para o recreio e à tarde é por volta das, têm um intervalo às 3 e meia, por volta das 3h20.

E: Então lancham na sala de aula?

Prof1: Na sala de aula.

E: Ok.

Prof1: Optámos por não deixar ninguém almoçar, almoçar, e eu a dar-lhe com o almoço, lanchar nos recreios precisamente porque depois espalhavam tudo por todo o lado, não comiam e ...

E: Ok, então há uma boa percepção dos professores daquilo que os alunos comem uma vez que eles comem à frente ...

Prof1: Sim sim.

E: Ok, ok.

Prof1: E como eu lhe digo, por aí, através dos lanches que trazem dá para perceber realmente, há crianças que ... têm uma alimentação mais correta, mais adequada e outras ... ehh ... não têm. Tantos vemos uma sandes que tem, que está acompanhada às vezes com ... enfim uma fatia de queijo, uma folha de alface, há crianças que trazem fruta cortada, eh ... legumes, cenourinhas ... eh ...

E: Esses são os bons exemplos?

Prof1: São bons exemplos, um sumo, às vezes água e outras que trazem sistematicamente bolacha com chocolate, e ... trazem mesmo às vezes, por exemplo, umas embalagens grandes, eh ... com bolachas com creme e por aí adiante, já houve meninos que trouxeram batatas fritas e outro tipo de alimentos.

E: E normalmente é recorrente, quem faz esse tipo de alimentação fá-lo com recorrência e não esporadicamente?

Prof1: Faz com alguma recorrência porque, hum... se há tempo para se comprar um pacote enorme de bolachas e há dinheiro para comprar esse tipo de bolachas e se enfia com uma caixa dessas grande numa mochila do aluno para ir comendo assim, sem grande critério, se calhar também haveria tempo e recursos financeiros para se preparar um lanchinho.

E: Claro.

Prof1: Não tem de ser uma coisa muito elaborada, uma coisa relativamente simples para que a criança comesse .

E: Ok ... ok.

Prof1: E claro que nessas situações tento desencorajar o máximo possível o uso desse tipo de alimentos, já houve situações em que impedi mesmo que comessem, chamando mesmo a atenção que as babatas fritas não são lanche de maneira nenhuma

E: Como é que os pais receberam esse feedback?

Prof1: Eu dos pais não recebi nenhuma resposta.

E: Falou com a criança?

Prof1: Falei mesmo com a criança, e travei logo ali a batata frita e outro tipo de coisas. É claro que às vezes, não sou totalmente intransigente, se traz uma bolachinha ou traz um bolinho, também pode comê-lo.

E: Claro se for uma coisa esporádica, não é ...

Prof1: Claro que às vezes há miúdos que trazem um queque todos os dias, eh ... e coisinhas destas todos os dias ... e às vezes acompanhado de leite com chocolate, e e ...

E: E sumos?

Prof1: E sumos também.

E: Trazem muito sumo?

Prof1: Têm a perceção que é, como é sumo de fruta, supostamente será mais saudável.

E: Embalagens que dizem que é fruta ... recorrem muito não é?

Prof1: Bongos e companhia, aqueles boiõezinhos também ...

E: Sim, sim.

Prof1: E às vezes tento dizer-lhes que mais vale comer mesmo uma peça de fruta, que é mais barato e mais saudável, do que propriamente beber esses sumos.

E: Exato.

Prof1: Embora haja a perceção, mesmo nos próprios miúdos de que bebendo aqueles sumos é mais saudável do que estar a Beber o leite com o chocolate.

E: Sim.

Prof1: Nós também temos lanches, temos leite branco e ... leite com chocolate, por acaso temos uma quantidade imensa de pacotes de leite com chocolate ... e ... já há muitas crianças que optam por beber leite, leite branco, é ... algumas continuam gostam de leite, de leitinho com chocolate é certo, mas já há bastantes que bebem leite normal.

E: E tem perceção, mais ou menos na sua turma, a percentagem de crianças que traz lanche de casa e aquelas que comem o fornecido pela escola?

Prof1: É sensivelmente metade, metade, isto a ver também com as crianças que são consideradas carenciadas, de escalão A e B, isso ... é pouco mais de metade da turma que tem (eliminação de conteúdo sensível).

E: Ok, ok.

Prof1: E têm esse lanche e depois à tarde o seu lanche.

E: Ok.

Prof1: Sendo que, como têm acesso ao leite escolar gratuitamente que, é para todas as crianças, podem muitas vezes trazer uma sandes, qualquer coisa e complementar com o leite.

E: Com o leite da escola?

Prof1: Leite da escola.

E: A próxima pergunta já respondeu, era qual o conteúdo das refeições. Considera que existe alguma refeição na qual o consumo de alimentos pouco saudáveis seja mais frequente ... são os lanches?

Prof1: São os lanches ... são os lanches.

E: Na sua opinião quais são os principais erros associados ao consumo de alimentos dos diferentes grupos da roda dos alimentos pelas crianças do primeiro ciclo? Se há carência, por exemplo, ao almoço se eles rejeitam a sopa, os legumes, se depois substituem por outros tipos de alimentos?

Prof1: Pelo que eu tenho visto nos almoços, embora eu não esteja o tempo todo na cantina, vou pôr os alunos, eles são de (eliminação de conteúdo sensível) ano, mas ainda vou pô-los na cantina para se sentarem e começarem a comer, começo logo a notar nalguns, nalguns, alguma resistência em comer-se a sopa ... é logo o começar a resistir, ou que não gosta, ou que não quer, se calhar alguns não comem sopa, possivelmente também em casa não se come mesmo sopa normalmente, he Há aqueles que sistematicamente a sopa sabe sempre mal, antes de comer já não gostam, e claro, isto vai-se insistindo para que se coma a sopa, eu costumo dizer que como não há veneno na comida, como tal é tudo para comer.

E: Sim, e eles vão sendo recetivos?

Prof1: Vão, vão, vão, porque nós temos sempre o cuidado de perguntar no início do ano se algum alimento que não possa ser consumido, e temos sempre o cuidado de dizer que o não poder comer alguma coisa não é equivalente ao não gosto.

E: Exatamente.

Prof1: Que nós tentamos, a não ser que haja uma situação clara em que a criança não consegue mesmo comer, mas para nós o conceito do não gosto não é aplicável.

E: Ok. Eu vi ali na entrada que têm relógios com horas diferentes, têm muitas crianças de outros, vindas de, que os pais são emigrantes, vindas de outros países?

Prof1: Temos, temos, temos, temos algumas, e algumas têm hábitos alimentares diferentes.

E: Sim.

Prof1: Posso dizer-lhe que tenho um aluno que veio da Índia, que não come o almoço da escola.

E: Traz de casa?

Prof1: Mas é basicamente sempre o mesmo.

E: Legumes com arroz?

Prof1: Sim, às vezes aquilo parece batata, ou parece outro tio de coisas, mas sempre envolvido no mesmo cheiro, no mesmo sabor.

E: Sim, eu trabalho aqui (eliminação de conteúdo sensível) ...

Prof1: E basicamente é sempre o mesmo, variedade não vejo, o consumo de legumes e outro tipo de vegetais não vejo

E: Consome carne essa criança?

Prof1: Eh, claro que a carne de porco e de vaca não.

E: Mas consome carnes brancas?

Prof1: Quando traz, porque o consumo será restrito, porque ao não comer a refeição fornecida pela escola ...

E: A de casa não tem?

Prof1: Pois, geralmente não tem.

E: Ok.

Prof1: Aliás, variedade, variedade, essa criança não tem porque é sempre basicamente todos os dias o mesmo tipo de alimentos.

E: Pois, nós temos noção disso, eu trabalho aqui (eliminação de conteúdo sensível), grande parte da nossa população é destas comunidades imigrantes e é uma batalha que nós temos, então ...

Prof1: O verde, tudo o que seja verde, vermelho ou outra cor assim diferente dentro das caixinhas que ele traz para comer, eu não vejo mais cor nenhuma a não ser o amarelo, o esbranquiçado e o amarelo, é basicamente

E: O açafraão?

Prof1: É.

E: Ok. Então agora em relação aos hábitos de atividade física, na sua opinião, as crianças do primeiro ciclo apresentam hábitos de atividade física adequados e porquê?

Prof1: Adequadas?! A nível da vida fora da escola pelo que eu oiço os alunos, enfim, partilharem e contarem ... alguns, se isto corresponder realmente à realidade, têm pais que os levam a passear, que os levam a ver coisas, e a descobrir. Outros ... não, não fazem isso. Não há o hábito de passear, não há o hábito de sair de casa, é basicamente em casa, agarrado ao computador, ou uma consola ou um tablet, a televisão, e basicamente esta vida sedentária.

E: Pois as atividades ...

Prof1: O hábito de brincar na rua, tal como eu também tinha referência da minha infância de brincar-se na rua, não há muito esse hábito. Pelo que eu percebo a nível de pais, ou porque têm medo que aconteça alguma coisa às crianças na rua, ou os horários também já não permitem ...

E: Falta de tempo, não é?

Prof1: É medo dos carros e ... por aí adiante, mas o facto é que grande parte das nossas crianças, não tem vivências de brincar.

E: Mesmo em casa é tudo sentado, não há outro ...

Prof1: É! Não há o hábito de saltar, pular, brincar.

E: Sim, sim.

Prof1: Repara-se quando há uma saída, às vezes é uma descompensação porque ... de repente tem-se acesso aquela liberdade e nem se sabe bem o que é que se faz com ela

E: Há uma descompressão não é?

Prof1: É.

E: E em relação às atividades físicas que fazem parte do currículo escolar, quais são e qual é a frequência com que as crianças ...

Prof1: A nível do currículo, pois ... em princípio a educação física devia ter um, aliás nós temos uma disciplina que são as expressões, e enquadra-se tudo, desde a expressão plástica até à expressão físico-motora.

E: Todas as crianças têm essas atividades?

Prof1: Está no horário, está na componente curricular. Agora, o tempo disponível para educação física e motora ... he, por vezes não é muito. Mas há também o complemento de outras atividades que também envolvem a própria Câmara Municipal, os alunos, por exemplo, têm acesso a um programa de natação curricular, uma vez por ano. Têm também de atividade física relacionado com jogos coletivos, este ano também mais uma atividade de dança e expressão rítmica.

E: Ok, mas isso são pontuais ao longo do ano?

Prof1: He ... são, mas organizadas, tem mesmo a duração de por exemplo seis semanas, oito semanas.

E: Ok.

Prof1: De uma forma sistemática

E: Ok, é um período, mas é um período ainda alargado?

Prof1: É, é! Até o ano passado tinham ... até há dois anos só a natação curricular, foi acrescentado também o bloco de jogos, atividades enfim ... relacionadas com os jogos coletivos e atividade física, e mais este ano mais um projeto de ...

E: Ok, e a escola tem um ginásio?

Prof1: Temos, temos.

E: E tem um professor que vem então algumas vezes por semana?

Prof1: Sim, isso funciona depois em sistema de coadjuvação.

E: Ok.

Prof1: O professor titular de turma e o professor que faz depois a apresentação.

E: E quantas vezes por semana é que a sua turma tem estas aulas de atividade física?

Prof1: Esta atividade da expressão rítmica, em princípio será uma a duas vezes por semana.

E: Varia de semana para semana?

Prof1: Sim. Fora outras atividades que a gente vai realizando, às vezes aproveitando o próprio espaço do recreio.

E: Ok. E essa atividade tem quanto tempo, cada sessão tem quanto tempo?

Prof1: Tendo em conta que isto também é dividido pelas outras ... às vezes possivelmente se for uma hora, uma hora e meia por semana já é muito bom.

E: Ok.

Prof1: Nem sempre chega a esse ponto.

E: E as crianças no intervalo, naqueles intervalos da manhã e da tarde, o que é que elas costumam brincar, se brincam, se é pular, brincam às escondidas, à apanhada, ou também estão mais ...

Prof1: Brincam, saltam e pulam. No caso das crianças do (eliminação de conteúdo sensível) ano, os alunos do primeiro e do segundo anos têm espaço específico para brincarem, os do terceiro e do quarto ano têm outro espaço. Chegamos à conclusão que seria conveniente para todos, para conseguirem brincar de uma forma mais organizada e pacífica. E então eles têm um brinquedo assim grande que envolve escorrega, cordas e várias atividades ...

E: E eles gostam?

Prof1: Gostam, gostam. Brincam à apanhada, saltam, pulam.

E: Ok. Então, atividades físicas extra curriculares, tem mais ou menos noção, a nível da turma, praticam alguma coisa fora da escola?

Prof1: Eles também têm atividade física nas atividades de enriquecimento curricular, penso, duas vezes por semana, estão praticamente todos, quase todos, inscritos nas atividades de enriquecimento curricular.

E: Então além dessa hora e meia ainda têm mais duas vezes por semana?

Prof1: Sim, sim. Embora lhe diga, essa hora e meia, se ocorrer todas as semanas já é muito bom.

E: Ok.

Prof1: Geralmente não acontece. Pelas conversas que já tenho tido com alunos, alguns têm atividades fora da escola que envolvem a dança, o bailado, mas não muitos.

E: E as crianças mostram interesse por essas atividades?

Prof1: Mostram, quando fazem, depois até, contam o que se passa.

E: E mesmo naquelas que fazem parte curricular, elas também gostam e apreciam e ficam satisfeitas por ir para essa aula?

Prof1: Sim, ficam, ficam. Nesse aspeto, não há assim rejeição, nem situação de estou doente não posso.

E: Em relação ao conhecimento dos pais sobre os hábitos saudáveis, se habitualmente fala com os pais sobre os hábitos alimentares e de atividade física das crianças?

Prof1: Quando há reuniões de pais, geralmente um dos assuntos que é puxado para a conversa é precisamente este, e porque também envolve logo diretamente os lanches. Porque realmente, se os lanches, que são enviados para os alunos comerem são da responsabilidade dos pais, é claro que aí tenta-se sensibilizar para os tipos de lanches que se faz, para o tipo de coisa que se enfia numa lancheira. E mesmo até para as situações em que tem de se verificar se há restos, se não há restos, evitar situações desagradáveis de comida apodrecida dentro da mochila. A nível de consumo de água, porque temos a vantagem de ter o lavatório da sala em cada sala de aula.

E: E as crianças podem ir lá ...

Prof1: Podem beber água, e geralmente eu tenho autorizado sempre, eles podem ter uma garrafinha de água em cima da mesa e sempre que tiverem sede, não precisam de estar sempre a pedir “posso beber água?”, têm a garrafinha, desde que não espalhem a água por todo o lado e tenham esse cuidado, sempre que tiverem vontade de beber água, podem beber água

E: Ok. E ...

Prof1: Quanto aos pais, como eu lhe digo, tentamos sensibilizá-los para a importância de um lanche saudável e equilibrado, de modo a evitar excesso de bolachas, excesso de doces, bolicasos e afins e bebidas muito açucaradas.

E: Hoje em dia passa-se a imagem, além de que esses sumos são fruta, depois é o ice tea que é chá ...

Prof1: Sim, é a tal história, que como é chá é saudável.

E: E considera adequados os conhecimentos dos pais relativos à alimentação e à atividade física, porquê?

Prof1: Pois, vem no seguimento da primeira resposta que eu lhe dei. Depende, há situações em que há claramente uma consciência, enfim, daquilo que se deve comer e porquê e noutras situações não.

E: Também a ver com falta de conhecimentos e não só com falta de tempo?

Prof1: Sim, como eu lhe digo, a nível da falta de tempo, da mesma maneira que se consegue comprar a opção de doces e bolachas, no mesmo sítio onde se compra essas bolachas também se podem comprar outras coisas, e ... e não são obrigatoriamente mais caras que as bolachas. Às vezes é muito mais fácil estar aí, e pronto, enfia-se um uma bolacha, um doce e pronto, está despachado, do que estar a fazer uma sandes equilibrada, servir um pacote de leite, enfim leite simples, ou o sumo, um pouco mais correto, é mais fácil fazer isso.

E: É uma questão de facilitismo?

Prof1: Também, também. É certo que os miúdos são capazes de estar a pressionar que gostam mais daquela bolacha ou daquele bolicasos, aquele bonequinho, aquela carta, que isso também tem influência.

E: Mas não tem a ver com falta de informação?

Prof1: Também tem a ver com alguma falta de informação, e os próprios hábitos que se têm em casa. Se em casa não se comem saladas, não há o hábito de se comer sopa ...

E: Claro, é o exemplo.

Prof1: O exemplo passa.

E: Exatamente. E considera que os pais dos seus alunos são interventivos nas atividades desenvolvidas pela escola?

Prof1: Interventivos?

E: Se são participativos, se aderem, se mostram interesse?

Prof1: Eu penso que sempre que são solicitados têm abertura para isso. Como eu lhe digo nem toda a gente, há elementos mais dinâmicos, outros menos, mas sempre que são solicitados, e dentro das possibilidades da vida de cada um, há abertura.

E: Ok. Há comissão de pais?

Prof1: A escola tem associação e pais. Há associação de pais

E: E junto deles também é possível, se depois, para desenvolver alguma atividade que envolva os pais, no seguimento do projeto?

Prof1: Deste projeto?

E: Sim.

Prof1: Até pode falar com a professora (eliminação de conteúdo sensível), para ela depois lhe dar um contacto, uma indicação de quem dirige a associação, eles agora vão ter eleições, agora no dia 29, vão ter uma reunião para eleger novos elementos. Embora a associação também se queixe muitas vezes que é uma minoria de pais, que está envolvida na associação, em toda esta dinâmica, o resto do pessoal, tem uma atitude um pouco mais passiva, mais longe, disto tudo

E: A informação chega, se calhar, sempre melhor através do professor, aos outros pais do que através da associação de pais?

Prof1: Também pode chegar, porque há muita gente, eles também têm uma página, e também muita informação, às vezes é divulgada por aí, para pessoas que sejam ou não sejam sócias da associação. Também é um meio de chegar às pessoas.

E: Não sei se, além das perguntas que fiz, gostava de acrescentar alguma informação, ou que acha pertinente em relação a esta temática.

Prof1: Acho que basicamente, disse ... disse tudo.

E: Ok. Então muito obrigada.

Prof1: Ai lembrei-me agora, não sei é relevante ou é irrelevante ... em breve ... porque a escola está preparada para isso ... as refeições passarão a ser confeccionadas mesmo na escola.

E: Isso é importante. Neste momento, é uma empresa ... a comida já vem preparada?

Prof1: Já vem, já vem. Vai ser a mesma empresa, depois a confeciona. Depois também haverá essa vantagem, a comida será depois feita na escola e servida a comida confeccionada diretamente.

E: E as ementas escolares são feitas em parceria com os pais, professores, ou são decidias somente pela empresa?

Prof1: Sim, porque em princípio isto são mesmo protocolos com a própria câmara municipal, que deve definir o tipo de alimentos, o tipo de refeições, as quantidades, as sequências.

E: Então aí os pais e os professores não têm qualquer intervenção?

Prof1: Eu não tenho tido intervenção nenhuma. Pelo menos ao nível de sugestões, alguém me perguntar o que é que acho ou que é que não acho ... eu pessoalmente não tenho tido nenhum papel na definição de ementas

E: Ok.

Prof1: Tem sido mais o estimular o comer, sentar na mesa como deve ser e tentar comer com alguma correção e alguma calma, é também uma das nossas lutas, é tentar fazer com que a hora da refeição seja o mais tranquilo possível, sem gritarias, sem grandes confusões ... porque geralmente quando se sentam é uma confusão enorme e o ato de comer em si torna-se ... nós tentamos fazer com que eles conversem, estejam à vontade, também não é estilo tropa, em que fica tudo ali calado a comer.

E: Claro.

Prof1: Mas também tentamos chegar a um equilíbrio, haver alguma tranquilidade enquanto se está a comer. Não se engolir tudo de uma vez.

E: Às vezes têm pressa em comer que é para irem brincar a seguir?

Prof1: Pois, às vezes acontece, ainda mal começou a comer já acabou, engole tudo, não mastiga, não ... enfim, vai tudo para baixo. E tentamos também fazê-los perceber que devem comer com um pouco mais de calma, sem tanta confusão, comer devagar, sendo que o devagar é comer calmamente, não excessivamente devagar, porque alguns se os deixarmos são capazes de levar, para consumir um lanche, mais de meia hora. Porque é muito tempo, então ao nível de mastigação há situações que são complicadas ... a nível de consumo de uma peça de fruta roí-se à volta ...

E: Pode ter a ver um bocadinho com o gosto, não é? Eles não gostam, não estão habituados e andam ali ...

Prof1: Não estão, então o comer uma peça de fruta inteira, muitos não estão mesmo habituados, roem à volta e depois fica o essencial, a gente vê uma pêra e a pêra está roída à volta, e a pêra está lá toda praticamente. E dizes não, só podes sair quando o pauzinho estiver muito fininho.

E: Exato, ok.

Prof1: Tirando isso, como lhe digo, não tenho assim mais nada assim a acrescentar.

E: Ok, vou desligar.

FIM DA ENTREVISTA

Identificação da Entrevista: Ent2;Prof2 – Out22

Identificação do Entrevistador e do Entrevistado:

E= Entrevistador

Prof2 = Professor entrevistado

INÍCIO DA ENTREVISTA

E: A entrevista divide-se em três partes, a primeira sobre os hábitos alimentos, a segunda sobre os hábitos de atividade física e a terceira parte, a percepção dos professores sobre os conhecimentos dos pais sobre estes dois temas.

Prof2: Ok.

E: Então em relação à primeira pergunta, sendo uma boa alimentação essencial para o desenvolvimento infantil adequado, se considera que as crianças do 1º ciclo apresentam ou não hábitos alimentares saudáveis? E porquê?

Prof2: Não! Os lanches que eles trazem para a escola, ah, que trazem de casa para a escola, são sempre lanches desadequados, muito ricos em açúcar, ah, e se não houver um limite, chegam mesmo a trazer refrigerantes e batatas fritas ou aperitivos para lanchar. É necessário dizer aos pais e combinar com os pais quais são os alimentos que eles podem trazer e os alimentos que eles não podem trazer. Portanto há os alimentos que são completamente proibidos como os fritos, e os refrigerantes, e, e, e similares, pronto. E devem cumprir, estes, esta, a dieta pronto que é recomendada pelo professor, o sumo de fruta, a peça de fruta, o leite, que, o leite com chocolate é tolerado porque as crianças habitualmente não gostam de leite branco, ah, a sandes de fiambre e queijo, hum, e, um dia por semana, combinado com os pais, ser permitido, para além deste lanche, trazer também uma fatia de bolo, uma bolacha, mas só um dia por semana a combinar com os pais.

E: Isso está estipulado na sua turma?

Prof2: Ha... vai ser estipulado na minha turma, nós na semana passada, no dia da alimentação combinámos isto, vamos agora fazer um manifesto para entregar aos pais e combinar com os pais esta circunstância, em que os próprios alunos vão poder trazer, se calhar até um bolo ou qualquer coisa maior feito pelos pais para podermos depois distribuir, para, mas só naquele dia específico. Nos outros dias é obrigatório trazer o lanche saudável, mas se, não houver, esta, este ponto de partida por parte do professor, ah, é, trazem os chocolates, trazem bolachas, bolos, e a parte do lanche saudável muito poucos trazem, fruta quase não se vê.

E: Então na sua turma tem noção, numa percentagem, qual é a percentagem de crianças que traz esse tipo de alimentação?

Prof2: 60% dos alunos trazem um lanche que não é adequado, rico em açúcar ou rico em gorduras, eh, a questão dos refrigerantes e das batatas fritas e dos, ah, e dos aperitivos foi cortado logo, e eu proibi mesmo de comer na sala de aula, em contrapartida dei eu uma sandes ou um leite para as crianças não ficarem sem comer, mas ficaram mesmo proibidos de trazer.

E: Ok. E a maioria dos seus alunos traz o lanche de casa?

Prof2: Ha, um dos lanches de casa, o outro come na escola, a maioria.

E: A maioria faz o lanche da escola. Ok. Considera que existe alguma refeição, o lanche então, na qual o consumo de alimentos pouco saudáveis seja mais frequente, e quais os alimentos que as crianças consomem nessa refeição. Os que comem os alimentos saudáveis o que é que elas costumam trazer?

Prof2: Ha ... bolos.

E: Os saudáveis?

Prof2: Ah, os saudáveis! Os saudáveis trazem habitualmente uma peça de fruta, um sumo ou um leite, e trazem uma sandes, que acho graça que depois de falar, de falar com eles sobre o que é que a sandes podia trazer, há muitos que trazem a sandes de fiambre e queijo com uma rodela de alface, com a folha de alface ou com uma rodela de tomate, e normalmente trazem isto e o pão também é integral, também falámos sobre a questão dos tipos de pão, começam a trazer o pão mais escuro, e parece-me que é, que está, relativamente aquilo que traziam no início que melhorou bastante. Obviamente que isto foi uma coisa conversada com os alunos, os alunos é que levaram para casa, há outros que eu não gosto disto, eu não gosto daquilo, e continuam a trazer o lanche comprado no café de manhã, que é o bolinho ou o croquete ou uma coisa qualquer mais frita e com sumos.

E: Os sumos são muito ...

Prof2: Ice teas principalmente, porque o resto dos refrigerantes, coca-colas, isso tudo não, mas o ice tea continua a vir.

E: O compal se calhar?

Prof2: O compal, se for aqueles néctares ou aqueles 100%, ah (...) não acho que seja. É mais o ice tea e os leites. Mas o ice tea também acabou, pronto, trouxeram dois ou três dias também disse que estava proibido, e portanto também acabou por deixar, e tem o leite escolar sempre à disposição, portanto quem traz ice tea guarda na mochila e bebe um leitinho da escola.

E: Ok. Na sua opinião, então quais são os principais erros associados ao consumo de alimentos dos diferentes grupos da roda dos alimentos pelas

crianças do primeiro ciclo? E isto pode ser nos lanches ou na hora de almoço. Se eles recusam a sopa, se não aceitam os legumes?

Prof2: É assim, eu tenho noção, eu vou, vou ao refeitório ocasionalmente, ah, não tantas vezes como desejaria, mas algumas vezes vou, e de facto há alguma resistência à sopa, continua a haver alguma resistência à sopa, e só é comida quando chegamos, o professor ajuda-te, aí ... e pronto, e continua a haver a parte dos legumes e dos verdes, continua a ser aquela parte mais rapidamente vai para a beira do prato e que, eh, é comida com algum sacrifício, e quando nós chegamos lá, mistura e não sei quê, até vai. A fruta habitualmente comem sem, sem esforço. Eu quero acreditar que os alimentos que são servidos nos refeitórios das cantinas escolares por parte das empresas contratadas, são alimentos equilibrados, em quantidade suficiente e que, há uma tabela nutricional, e seguida por um nutricionista que a refeição é equilibrada, portanto se os alunos comerem uma boa porção de cada uma das coisas ficam bem alimentados. Em casa não tenho grande conhecimento daquilo que comem, exceto ao pequeno almoço, sei que houve duas, havia duas alunas que não tomavam o pequeno almoço e que passaram a tomar, e se não tomarem chegam à escola e dizem ao professor, e o professor tem qualquer coisa para lhes dar, não quero ninguém em jejum na sala. Ah, mas de facto ao jantar eu não tenho grande noção dos hábitos alimentares dos alunos.

E: Ok. A informação que tem dos pais ou para os pais é transmitida pelas crianças?

Prof2: Para já sim, para já sim. Vou fazer uma reunião, ou vou fazer um papelinho para os pais tomarem conhecimento sobre as regras que nós estipulámos na sala de aula. Portanto, eu com os alunos. E que espero depois que os pais, obviamente, que o pai que não quiser cumprir que diga que eu quero que o meu filho continue a comer o bolo ao lanche. Pronto, o pai é soberano e nós fazemos aquilo que podemos, quer dizer o pai é que decide o que é que o filho come. Mas vou tentar que haja este compromisso entre, principalmente o compromisso é assumido entre mim e as crianças. Quero que agora também passe para os pais, portanto, eles pedem mas nem sempre é fácil, portanto a logística familiar do comprar o pãozinho, o fiambre e o queijo, nem sempre é fácil, acho eu, se é que é por aí, mas pronto.

E: Na sua turma existem muitas crianças de nacionalidade estrangeira, que tenham hábitos alimentares culturalmente diferentes dos nossos?

Prof2: Tenho uma aluna que é portuguesa mas de descendência chinesa e que traz alguns alimentos engraçados, engraçados, traz umas frutas, fruta dragão, que eu, foi

ela que me explicou que é uma fruta assim, eu acho que é cor de rosa com umas pintinhas pretas, que eu acho que é engraçada mas ela não deixa de ser fruta, e traz uns snacks que me parecem de cereais e de sementes que partilha com os colegas. Fora isso, os outros alunos estrangeiros que tenho, não têm ...

E: Têm os nossos hábitos alimentares.

Prof2: Sim, comem as mesmas coisas.

E: E na cantina também aceitam a comida portuguesa?

Prof2: Na cantina, tenho um aluno do Nepal que não come vaca. Pronto, acho que é, que é a única, a única situação que, que, que, mas não é, não é uma questão, é uma questão religiosa.

E: Sim, sim. Então em relação aos hábitos de atividade física, se na sua opinião as crianças, do primeiro ciclo apresentam hábitos de atividade física adequados e porquê?

Prof2: Ah ... Se eu fizer uma avaliação assim geral dos alunos da minha turma eu não tenho nenhum aluno obeso, pronto, não tenho, sei que algumas crianças fazem desporto fora da escola mas todas elas fazem desporto na escola, ou comigo ou nos intervalos que eu vigio eles brincam de forma ativa, portanto, a atividade física não precisa de ser só dirigida, pode ser, pode ser no âmbito da brincadeira.

E: Qual é que é o tempo do intervalo?

Prof2: O intervalo da manhã são 30 minutos, o intervalo do almoço, contando também com a hora que têm para almoçar, é uma hora e meia, portanto, embora meia hora, 45 minutos seja para almoçar, e o intervalo da tarde são 45 minutos. Eu faço bastantes expressões com eles em termos de teatro e expressão dramática que exige movimentação e, e brinco e vou com eles lá para fora também fazer outro tipo de jogos, ah ... e eu acho que embora seja preferível fazerem qualquer coisa depois fora da escola, eu acho que alguns fazem, sei que pelo menos alguns andam no Lisboa Ginásio.

E: Tem noção em termos de percentagem?

Prof2: Não, estaria a ser injusto porque eu tenho a certeza, há alguns que me dizem eu vou para o judo, ou vou para aqui, mas eu não sei se efetivamente estão. Sei que uma aluna está ali no Lisboa Ginásio porque a encontro quando vou com (eliminação de conteúdo sensível) ao judo, mas tenho outras crianças que dizem vão fazer que eu não sei efetivamente se fazem ou não. Mas, mas pronto, de qualquer maneira eu acho que eles são crianças que, ativas, e que brincam, e que têm essa vontade.

E: E quando chegam a casa, quando saem da escola, sem ser essas atividades extracurriculares, as atividades de casa com os pais ...

Prof2: Desconheço. Eles são meus alunos há muito pouco tempo, eu ainda não estou por dentro, nem das famílias, nem dos hábitos familiares. Ao fim de algum tempo nós começamos a falar com os pais e começamos a ter essa percepção, para já ainda não tenho.

E: E que atividades físicas é que fazem aqui do currículo escolar, tem então as dinamizadas pelo professor da turma...

Prof2: Pronto, eu faço muito com os meus alunos expressão dramática, a educação física, ah têm os blocos de jogos, têm a dança e a natação curricular, que ao longo dos três períodos, que são blocos feitos, são seis semanas cada uma delas.

E: Qual é a carga dessas seis semanas?

Prof2: A natação curricular são duas vezes por semana, aliás são todas duas vezes por semana. Só que a dança e o bloco de jogos, é uma dinamizada por um monitor da câmara e outro dinamizado pelo professor. E nós fazemos este, eu, articulo muito a questão da expressão dramática com a expressão física, portanto o contar a história com animais ... ou com o contacto uns com os outros, ou como é que nós vamos, ah ... aqui resolver esta, como é que nós podemos, he ... cumprimentar-nos, encontramos um amigo na rua como é que nos podemos cumprimentar, e fazemos os gestos e, portanto e isso envolve sempre este tipo de movimento também, ha, fazemos algum tipo de jogos, blocos de jogos como basquetebol, andebol, futebol, pronto que está previsto depois durante o currículo.

E: E depois ainda têm aquelas atividades extra, na escola ...

Prof2: Têm as atividades extra curriculares, as AEC's sim, inclui desporto, atividade física e desportiva ...

E: E todas as crianças da turma frequentam essas AEC's?

Prof2: Com exceção de uma menina que nem sempre vai, mas essa é a menina que eu sei que anda no Lisboa Ginásio.

E: E qual é a periodicidade semanal com que têm essa ...

Prof2: Acho que é uma vez por semana. Tem duas vezes comigo por causa do inglês, tem uma oficina de arte, expressão musical, uma oficina de música ou expressão musical e têm um dia de expressão de educação física.

E: Ok, isso é uma hora, duas?

Prof2: É uma.

E: Em relação ao conhecimento dos pais, já falou um bocadinho, se habitualmente fala com os pais sobre os hábitos alimentares e de atividade física, já respondeu

Prof2: Falo, eu falo com os pais quando, vamos lá ver, eu quando noto que alguma criança, ah ... não está bem em termos alimentares, ou não está satisfeita com ela própria, ou sente dificuldade em fazer nalgumas situações, ou porque está mais gorda, ou porque está a ficar muito magra, ou qualquer coisa, tento chamar os pais para alertar e para levar a criança ao pediatra, não eu não faço diagnósticos relativamente a isto porque a criança pode ser muito magrinha e estar otimamente alimentada, pode ser gorda e estar numa fase de crescimento que ... e portanto levar, para ajustar algum tipo de alimentação, algum tipo de atividade física que precise, portanto, mas junto de alguém competente, não eu que, que ... posso isso não, não, normalmente falo relativamente aos lanches que eles trazem para a escola, mas não, não, meras recomendações ... para os pais.

E: E acha que esta, se considera adequados os conhecimentos dos pais relativamente à alimentação e atividade física, ou seja, se quando trazem o lanche que não é saudável, se é por falta de informação, de tempo, qual é que acha que é causa?

Prof2: Eu acho que muitas vezes, a experiência que tenho como professor, eu acho que muitas vezes é uma questão de comodismo, as crianças ...

E: Não falta de informação?

Prof2: Sim, eu acho que ninguém, acho que toda a gente sabe o que é que faz bem e o que é que faz mal, o que não falta é informação em todo o lado, em todo o lado. Eu acho que é muito mais fácil ir com o filho ao supermercado, e o filho dizer eu quero aquilo, e eu aquilo como, do que se deparar frequentemente com a sandes meia comida na mochila, portanto o que é que os pais pensam, se eu lhe mandar o bolo ele come o bolo e pelo menos tem energia para aguentar o dia, se eu lhe mando a sandes de fiambre e alface ele come duas dentadas e deixa o resto na mochila, percebe? Portanto eu acho que muitas vezes há aqui uma preocupação por parte dos pais de eu estou em casa eu até posso controlar e não saís daí sem comer, é assim eu não posso, um professor, com crianças de 8 e 9 anos, acho que já não deve também, que dizer pode insistir, agora se a criança disser, eu não quero, eu não gosto, eu não faço, até que ponto é que nós devemos estar não, mas tens de comer, a não ser que o pai diga, não ela não vai ou ela ou ele não vai até ele acabar de comer ... pronto e aí o professor faz o papel e diz não, olha o pai disse e tens que comer, tens que comer

pronto, tens o tempo para comer comes. É fácil dizer olha o meu filho não come ... o que eu acho que ele deve comer, mas come aquilo que eu acho que ele deve comer, portanto, eu sinto isto com o (eliminação de conteúdo sensível) adora o pão rico, sem côdea para as torradas da manhã, é maravilhoso aquilo põe-se na torradeira, para os pais é fácilimo, põe-se a manteiga e não sei o quê, agora aquilo é o indicado? Não é! Compramos o pão que não é pão rico, a côdea é dura é preciso cortar as côdeas e não sei quê, é um bocadinho melhor mas demora mais cinco minutos de manhã naquela gestão da manhã ... chegar ao pão rico integral ... será que é muito melhor, será que não ... pronto mas temos que fazer aqui algumas cedências ... (eliminação de conteúdo sensível) aqueles 40 minutos são essenciais, ou come ou vai para a escola sem comer não é? Portanto o que é que nós preferimos, come o pão rico que não é tão bom mas vai alimentado? Pronto, eu sinto isto e acho que o resto dos pais também devem sentir um bocadinho este tipo de ... situações não é?!

E: De uma forma geral considera que os pais dos seus alunos são interventivos nas atividades desenvolvidas pela escola? São participativos?

Prof2: Ainda não tenho muita noção disso também, sempre que eu solicitei a colaboração de quaisquer pais, eles vieram à escola, as reuniões que foram comigo, (eliminação de conteúdo sensível), também estiveram sempre presentes. Sempre que houve algum tipo de esclarecimento que eu pedisse, alguma coisa, não tenho razão de queixa, portanto, agora quando houver alguma atividade, quando houver esta questão de eu mandar o papelinho das refeições é que eu vou começar a ver então se consigo mexer um bocadinho os hábitos alimentares. Eu também faço um jogo com os meus alunos, em termos colaborativos, em que cada grupo ganha pontos e perde pontos, também vou começar a dar uns pontos por lanches mais saudáveis, e não vou tirar pontos por lanches menos saudáveis porque a culpa não é deles obviamente, e portanto, mas vou começar a ... para eles também incentivarem os pais eu quero levar assim, eu quero não sei o quê, portanto vamos tentar, vamos tentar dar aqui uma voltinha a isto.

E: Ok, então obrigada pela colaboração, e entrevista já terminou.

FIM DA ENTREVISTA

Identificação da Entrevista: Ent3;Prof3 – Out30

Identificação do Entrevistador e do Entrevistado:

E= Entrevistador

Prof3 = Professor entrevistado

INÍCIO DA ENTREVISTA

E: Então, relativamente à entrevista, está dividida em três partes, a primeira sobre a percepção dos professores relativamente aos hábitos alimentares das crianças, da atividade física e depois dos conhecimentos dos pais. Em relação aos hábitos alimentares, a primeira pergunta sendo uma boa alimentação essencial para o desenvolvimento infantil adequado, se considera que as crianças do 1º ciclo apresentam hábitos alimentares saudáveis, sim ou não e porquê?

Prof3: Em relação aos lanches não apresentam, por aquilo que trazem não de todo, os pais não têm muito cuidado, tirando algumas exceções, mas muito poucas.

E: Ok. E qual é que é o conteúdo dessas refeições?

Prof3: Geralmente é sempre bolachas, croissants embalados, muito pouca fruta, barras de cereais, leite com chocolate, sumos.

E: Muitos sumos?

Prof3: Muitos sumos de pacote sim e muitas bolachas empacotadas.

E: Porque é mais rápido?

Prof3: Porque é mais rápido sim. Pão é muito raro, ah, hum, iogurtes um ou outro, e frutas, fruta então ...

E: Quase nunca?

Prof3: São muito poucos os que trazem.

E: E relativamente aquilo que consomem na cantina, o almoço não é, distribuído pela escola, se as crianças de uma forma geral aceitam, não aceitam a sopa, os legumes, a fruta, uma vez que não trazem de casa, se compensam com aquilo que comem na cantina?

Prof3: Sim, porque é uma ementa que é estabelecida por nutricionistas e há um controlo sobre isso, embora às vezes, quanto a mim o que peca aqui são a falta, realmente, das verduras. Existem mas em muito poucas quantidades, quase só para dizer que estão lá ...

E: Mesmo nas refeições da cantina?

Prof3: Mesmo nas refeições da cantina, sim.

E: E essas que estão as crianças comem?

Prof3: Essas comem sim.

E: E a sopa também?

Prof3: A sopa também, a maior dificuldade que eles têm em comer é peixe.

E: Preferem sempre carne?

Prof3: Sim, sim. Basicamente é carne, eles, nos dias de peixe, he, é complicado e por aquilo que eu vou sabendo são os dias mais difíceis no refeitório.

E: E é alternado, um dia carne, um dia peixe?

Prof3: Sim, sim. E se houver, por alguma razão que seja dois dias de carne, depois é dois dias de peixe, sim.

E: O que eu perguntava a seguir, já foi respondendo, que é quais é que são os principais erros associados aos diferentes grupos da roda dos alimentos na alimentação destas crianças. Tem a ver então com o excesso de açúcar e falta de frutas e legumes?

Prof3: Sim.

E: Ok. Em relação aos hábitos de atividade física, se na sua opinião as crianças do primeiro ciclo apresentam hábitos adequados e porquê?

Prof: Sim ... pelo menos aqui nesta escola muitos deles andam em atividades físicas ao fim de semana, no Lisboa Ginásio, até como é nosso parceiro vai divulgando muitas das atividades e eles vão-se inscrevendo.

E: Há um ginásio parceiro?

Prof: Sim, que é quem está, quem coordena as AEC's e as CAF, e muitas atividades, quer aqui na escola quer algumas que o Lisboa Ginásio promove passam muito aqui pela escola e eles até aderem bastante a essas atividades, mesmo algumas são pagas no Lisboa Ginásio, e sendo alunos aqui da escola e que haja dificuldades dos pais pagarem, até acabam por ir, ou os professores pagam de um aluno ou outro o Lisboa Ginásio faz ali uma atenção e acabam por participar. E ao longo do ano há atividades que são de escola com a coordenação do Lisboa Ginásio que

E: Sim, não sei é a mesma coisa, os seus colegas falaram de uma parceria, pensei na altura que era com a câmara, que têm uns módulos de atividade, são 6 ou 8 semanas de uma atividade ...

Prof3: Isso faz parte do currículo.

E: Ah, ok. São coisas diferentes?

Prof3: Sim, são coisas diferentes. Isto é as atividades, nós acabamos as atividades letivas às três e meia e depois disso há as AEC's e a CAF, e passa muito por essas atividades, também desportivas, dá-se muita importância, e além disso, também ao

longo do ano, a câmara faz as olisipiadas, nós temos um grupo de alunos que participam e todo o material, o prémio que eles ganham é convertido em material desportivo, desde bicicletas, vamos comprando todos os anos qualquer coisinha mais, este ano foi as bicicletas também para promover dentro da escola eles andarem de bicicleta ...

E: Eles podem andar aqui de bicicleta?

Prof3: Sim, tem um páteo lá em cima, onde eles andam de bicicleta. Por isso acabamos por, e depois particularmente, muitos, os rapazes andam na, principalmente no futebol.

E: Ainda continua, e as meninas?

Prof: As meninas, hã, têm estas atividades de ginástica rítmica ali no Lisboa Ginásio.

E: Pelo currículo escolar quais são as atividades que fazem parte? São as promovidas pela câmara, essas semanas intensivas...

Prof3: São, são seis semanas, em que eles têm seis semanas de natação, seis semanas de bloco de jogos, que é atividades, jogos e atividades físicas, e têm seis semanas de dança, ao fim e ao cabo são 18 semanas ao longo do ano que vem um professor ou que eles têm, a natação é duas vezes por semana, são doze aulas, e as outras são seis, seis dadas pelo professor que vem de fora, seis dadas pelo professor titular, por isso acabam por ser ...

E: Ok. Então semanalmente quantas horas é que são atribuídas a atividades físicas curriculares?

Prof3: Curriculares temos pelo menos uma por semana ao longo do ano, claro que há semanas que temos duas e depois andamos a tentar recuperar um bocadinho, estas semanas mais agitadas. Para além disso eles depois nas AEC's têm também uma vez, uma aula por semana, de atividades desportivas.

E: No fundo têm duas horas?

Prof3: Sim, basicamente.

E: Porque todas as crianças têm as AEC's?

Prof3: Atualmente, antigamente, apesar de ser facultativo, tirando um aluno ou outro, mas é porque vai mais cedo ao médico, ou porque optam, mas é uma, em 180 alunos, somos capaz de ter uns seis sete que não, que não participam.

E: E em relação aos conhecimentos dos pais, se habitualmente fala com os pais dos seus alunos sobre os hábitos alimentares e de atividade física dos seus educandos, se tem a perceção ...

Prof3: Nós habitualmente reunimo-nos uma vez por período, basicamente são as avaliações e uma questão ou outra, é claro que vamos falando sempre em relação aos lanches, da necessidade de os lanches serem mais saudáveis, eles às vezes, hum, o que eu faço com eles é, uma vez assim de surpresa, vamos ver quem é que trouxe lanche saudável. Claro que eles ficam assim um bocadinho constrangidos não é, mas eu acho que isso deverá partir dos pais, he, porque eles coitados, eles trazem que têm em casa, embora eu tenho por exemplo um aluno que de ser de uma família numerosa, são muitos irmãos, e ele próprio arranja o lanche, e é engraçado que ele, desde tomate, ovo, arranja lá em casa, e frutas, ele até traz, e é ele que arranja sim, sim alguns são ... quando eu estou há muito tempo sem fazer esta surpresa eles começam a, sabem que mais dia menos dia está ali, têm algum cuidado, mas no outro dia a seguir de eu ter feito esta fiscalização, como quem diz hoje já não vai fazer já posso levar, mas ...

E: E acha que isso está relacionado com os conhecimentos dos pais relativamente à alimentação, ou não tem a ver com conhecimentos tem mais a ver com uma questão de ...

Prof3: De facilidades em arranjar lanches, sim. É o que está preparado, porque é mais fácil do que fazer pão, o pão teria que ser, certamente se calhar vem do dia anterior e ainda não foram ao pão, só depois de virem pô-los à escola é que se calhar vão ao pão e não ...

E: Considera que os pais são interventivos nas atividades desenvolvidas pela escola e se interessam?

Prof3: Sim, são, gostam de colaborar, hum e gostam, quando é aberto aos pais são participativos, gostam de saber.

E: Ok. Obrigada.

Prof3: Eu acho que até da parte dos pais, se eles pudessem passar mais tempo na escola o que era ótimo. Eles gostavam era de vir mais vezes.

E: Ok, isso é bom saber.

FIM DA ENTREVISTA

ANÁLISE DE CONTEÚDO

A recolha de dados através da realização de entrevistas semiestruturadas permite a obtenção de informação focalizada nas perspetivas dos participantes, aqui concretamente, nas perspetivas dos professores. Assim, é possível conhecer e interpretar os fenómenos relacionados com a adoção de estilos de vida saudáveis pelas crianças do primeiro ciclo de acordo com a perceção dos professores sobre os comportamentos dos seus alunos, ou seja, há uma atribuição de significado às experiências e práticas (fenómenos) no meio natural, isto é, no seu contexto de vida que é a escola. (Creswell, 2013) (Silverman, 2013)

As entrevistas semiestruturadas dirigidas aos professores foram realizadas na Escola Básica Sampaio Garrido, as duas primeiras decorreram numa sala de aula no dia 22 de outubro de 2018. A terceira entrevista decorreu no gabinete de coordenação da escola, no dia 30 de outubro de 2018. Antecedendo o início da entrevista, foi apresentado o projeto de intervenção comunitária aos professores e solicitada a sua colaboração e a sua autorização para gravação áudio da mesma. Após a aceitação por parte dos professores foi assinado o consentimento informado por ambas as partes.

A transcrição das entrevistas é a etapa precedente à análise de conteúdo, corresponde à conversão do registo áudio para texto escrito, tendo como finalidade minimizar as limitações decorrentes da memorização da informação e reduzir os vieses individuais, associados por exemplo a preconceitos do transcritor. No entanto, Bailey (2008) e Stuckey (2014) chamam a atenção para o facto da transcrição ser mais do que um mero registo objetivo e impessoal, pois esta etapa, reflete a interpretação da informação recolhida pelos investigadores que transcrevem além das palavras, o sentido apreendido para permitir a compreensão dos significados. Davidson (2009) citado por Azevedo et al (2017, pág. 161) sintetiza o processo de transcrição do seguinte modo “as transcrições constituem-se como um processo que é teórico, seletivo, interpretativo, e representativo”.

De acordo com a metodologia proposta por Azevedo et al (2017), neste trabalho optamos pela transcrição não naturalista. Este tipo de transcrição centra-se apenas na linguagem verbal, sendo omitidos os aspetos da comunicação não verbal, os de contexto e as interações com o entrevistador, tais como risos ou interrupções da entrevista por terceiros.

Após a transcrição das entrevistas, procedemos à análise do seu conteúdo de acordo com (Bardin, 2009). Para este autor, este método consiste em sistematizar e explicitar a informação obtida sobre o tema em estudo, tal vai permitir o tratamento e a utilização dos dados pelo investigador. Na sua perspetiva, a análise de conteúdo define-se como "um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens". (Bardin, 2009, p. 44)

Assim, após várias leituras das entrevistas, procedeu-se à codificação dos dados de acordo com o referencial teórico sobre hábitos de vida saudáveis para prevenção da obesidade infantil. Para tal, os dados das entrevistas foram agregados e categorizados em unidades que permitem descrever da forma mais exata possível as características mais relevantes do seu conteúdo. Finalmente, selecionaram-se as unidades de contexto, ou seja, os excertos de texto que abrangem as unidades de registo, e que permitem desta forma, a sua contextualização no decurso da entrevista. (Amado, 2000) (Bardin, 2009)

Na tabela seguinte apresentamos a análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas dirigidas aos professores.

Tabela1. Análise de Conteúdo das Entrevistas Semiestruturadas Dirigidas aos Professores

Categoria Geral	Sub categoria	Unidades de Registo	Frequência	Unidades de Contexto
Hábitos Alimentares	Não saudáveis	Lanches	3	<p>“Nem todas apresentam hábitos alimentares saudáveis, algumas sim apresentam, e isso verifica-se ao nível do tipo de lanche que trazem para a escola” (Prof1)</p> <p>“e outras que trazem sistematicamente bolacha com chocolate, e ... trazem mesmo às vezes, por exemplo, umas embalagens grandes, eh ... com bolachas com creme e por aí adiante, já houve meninos que trouxeram batatas fritas e outro tipo de alimentos” (Prof1)</p> <p>“às vezes há miúdos que trazem um queque todos os dias” (Prof1)</p> <p>“são sempre lanches desadequados, muito ricos em açúcar, ah, e se não houver um limite, chegam mesmo a trazer refrigerantes e batatas fritas ou aperitivos para lanchar.” (Prof2)</p> <p>“trazem os chocolates, trazem bolachas, bolos, e a parte do lanche saudável muito poucos trazem, fruta quase não se vê.” (Prof2)</p> <p>“60% dos alunos trazem um lanche que não é adequado, rico em açúcar ou rico em gorduras” (Prof2)</p> <p>“continuam a trazer o lanche comprado no café de manhã, que é o bolinho ou o croquete ou uma coisa qualquer mais frita e com sumos.” (Prof2)</p> <p>“Em relação aos lanches não apresentam, por aquilo que trazem não de todo” (Prof3)</p> <p>“Geralmente é sempre bolicasos, croissants embalados, muito pouca fruta, barras de cereais, leite com chocolate, sumos.” (Prof3)</p> <p>“Muitos sumos de pacote sim e muitas bolachas empacotadas.” (Prof3)</p>
		Resistência à ingestão de sopa e de legumes	3	<p>“alguma resistência em comer-se a sopa” (Prof1)</p> <p>“e de facto há alguma resistência à sopa, continua a haver alguma resistência à sopa” (Prof2)</p> <p>“a parte dos legumes e dos verdes, continua a ser aquela parte mais rapidamente vai para a beira do prato e que, eh, é comida com algum sacrifício” (Prof2)</p> <p>“quanto a mim o que peca aqui são a falta, realmente, das verduras” (Prof3)</p>
		Resistência à ingestão de peixe	1	<p>“a maior dificuldade que eles têm em comer é peixe” (Prof3)</p>
	Saudáveis	Atividade física espontânea	3	<p>“Brincam à apanhada, saltam, pulam.” (Prof1)</p> <p>“também têm atividade física nas atividades de enriquecimento curricular” (Prof1)</p>

Hábitos de Atividade Física				<p>“todas elas fazem desporto na escola, ou comigo ou nos intervalos que eu vigio eles brincam de forma ativa” (Prof2)</p> <p>“O intervalo da manhã são 30 minutos, o intervalo do almoço, contando também com a hora que têm para almoçar, é uma hora e meia, portanto, embora meia hora, 45 minutos seja para almoçar, e o intervalo da tarde são 45 minutos” (Prof2)</p> <p>“eu acho que eles são crianças que, ativas, e que brincam, e que têm essa vontade.” (Prof2)</p> <p>“vamos comprando todos os anos qualquer coisinha mais, este ano foi as bicicletas também para promover dentro da escola eles andarem de bicicleta ...” (Prof3)</p>
		Exercício físico organizado	3	<p>“os alunos, por exemplo, têm acesso a um programa de natação curricular, uma vez por ano. Têm também de atividade física relacionado com jogos coletivos, este ano também mais uma atividade de dança e expressão rítmica.” (Prof1)</p> <p>“Esta atividade da expressão rítmica, em princípio será uma a duas vezes por semana” (Prof1)</p> <p>“A natação curricular são duas vezes por semana, aliás são todas duas vezes por semana. Só que a dança e o bloco de jogos, é uma dinamizada por um monitor da câmara e outro dinamizado pelo professor” (Prof2)</p> <p>“sei que algumas crianças fazem desporto fora da escola” (Prof2)</p> <p>“têm seis semanas de natação, seis semanas de bloco de jogos, que é atividades, jogos e atividades físicas, e têm seis semanas de dança, ao fim e ao cabo são 18 semanas ao longo do ano que vem um professor ou que eles têm, a natação é duas vezes por semana, são doze aulas, e as outras são seis, seis dadas pelo professor que vem de fora, seis dadas pelo professor titular” (Prof3)</p> <p>“depois nas AEC’s têm também uma vez, uma aula por semana, de atividades desportivas” (Prof3)</p> <p>“Sim ... pelo menos aqui nesta escola muitos deles andam em atividades físicas ao fim de semana” (Prof3)</p>
	Não saudáveis	Atividades sedentárias	1	<p>“Não há o hábito de passear, não há o hábito de sair de casa, é basicamente em casa, agarrado ao computador, ou uma consola ou um tablet, a televisão, e basicamente esta vida sedentária.” (Prof1)</p> <p>“mas o facto é que grande parte das nossas crianças, não tem vivências de brincar.” (Prof1)</p> <p>“alguns têm atividades fora da escola que envolvem a dança, o bailado, mas não muitos.” (Prof1)</p>
Conhecimento dos Pais	Insuficientes	Pais pouco informados	1	<p>“Porque realmente, se os lanches, que são enviados para os alunos comerem são da responsabilidade dos pais, é claro que aí tenta-se sensibilizar para os tipos de lanches que se faz, para o tipo de coisa que se enfia numa lancheira.” (Prof1)</p>

				<p>“há situações em que há claramente uma consciência, enfim, daquilo que se deve comer e porquê e noutras situações não.” (Prof1)</p> <p>“Também tem a ver com alguma falta de informação, e os próprios hábitos que se têm em casa. Se em casa não se comem saladas, não há o hábito de se comer sopa ...” (Prof1)</p>
	Suficientes	Conhecimentos suficientes, mas não aplicados	2	<p>“é uma questão de comodismo” (Prof2)</p> <p>“acho que toda a gente sabe o que é que faz bem e o que é que faz mal, o que não falta é informação em todo o lado, em todo o lado.” (Prof2)</p> <p>“De facilidades em arranjar lanches” (Prof3)</p>
	Participativos nas atividades escolares	Pais comparecem quando solicitado	3	<p>“sempre que são solicitados, e dentro das possibilidades da vida de cada um, há abertura.” (Prof1)</p> <p>“sempre que eu solicitei a colaboração de quaisquer pais, eles vieram à escola” (Prof2)</p> <p>“quando é aberto aos pais são participativos, gostam de saber” (Prof3)</p>

As crianças fazem pelo menos três refeições na escola, o lanche da manhã, o almoço e o lanche da tarde. O almoço é fornecido a todas as crianças, a sua confeção é da responsabilidade de uma empresa externa na modalidade de confeção local com transporte a quente. O lanche da manhã é fornecido pela escola gratuitamente para todas as crianças pertencentes ao escalão A ou B do abono de família, está acessível a todas as outras crianças desde que pago pelos encarregados de educação, se o desejarem. Ao abrigo do antigo programa de leite escolar, é fornecido gratuita e diariamente leite em pacote a todas as crianças, atualmente esta medida é regulamentada pelo Regime Escolar que passa a incluir a distribuição gratuita de fruta fresca a todas as crianças do primeiro ciclo dos estabelecimentos de ensino públicos (Portaria nº 113/2018, 2018). O lanche da tarde é integralmente da responsabilidade da família e trazido de casa.

Na Escola Básica Sampaio Garrido o horário letivo contempla três intervalos, um de manhã com a duração de 30 minutos, uma hora e meia de pausa para almoço e à tarde o último com a duração de 45 minutos. Segundo referem os professores, durante os intervalos as crianças ocupam-se em brincadeiras ativas que envolvem movimento corporal, tais como saltar, jogar à bola, andar de bicicleta e correr. Do currículo fazem parte duas horas semanais de atividades desportivas, organizadas em três blocos de seis semanas cada um. No ano letivo 2018/2019, têm um bloco de natação, um bloco de jogos e um de dança. A natação decorre nas piscinas municipais, os outros dois blocos decorrem na escola, uma das horas é dinamizada por um professor externo e a outra pelo professor titular da turma. Além destas atividades curriculares, faz parte do programa das Atividades de Enriquecimento Curricular (AEC) uma hora por semana de atividades desportivas, perfazendo três horas semanais programadas para exercício físico, no entanto, acontece algumas vezes a hora dinamizada pelo professor titular ser utilizada para dar matéria. Existe ainda uma parceria entre a EBSG e o Ginásio Lisboa, que contempla uma redução da mensalidade para as crianças desta escola, facto que contribui para aumentar o número de alunos inscritos em vários desportos naquele ginásio. Outra das iniciativas desenvolvida pela escola é a participação nas Olisipiadas organizadas pela Câmara Municipal de Lisboa, o prémio monetário recebido é depois convertido em material desportivo, sendo as bicicletas do recreio as últimas aquisições.

Relativamente à perceção dos professores sobre os hábitos alimentares das crianças do 1º ciclo do ensino básico com 7 e 8 anos, verificamos pela análise da

tabela 1 que os professores das três turmas consideram que a alimentação trazida de casa pelas crianças para o lanche é muitas vezes pouco saudável por conter alimentos processados, bebidas açucaradas, snacks salgados e doces. As crianças lancham na sala de aula antes de saírem para o recreio, esta medida foi instituída na escola para assegurar que as crianças comem de forma tranquila e permite também um melhor conhecimento sobre os seus hábitos alimentares pelos professores/assistente operacional escolar. Também reportado por todos os professores entrevistados, verificamos que as crianças mantêm alguma relutância relativa à sopa e à ingestão de legumes como acompanhamento do prato principal, também o peixe continua a ser consumido com menos vontade de acordo com a opinião de um professor.

No que respeita à perceção sobre os hábitos de atividade física, os três professores entrevistados são da opinião de que a maioria das crianças pratica atividade física espontânea e organizada de modo saudável, consideram para isso o tipo de brincadeiras adotadas pelas crianças nos intervalos, os desportos integrados no currículo e os praticados fora da escola. No entanto, um dos professores, considera que em relação às atividades sedentárias em contexto domiciliar, algumas crianças passam demasiado tempo em jogos eletrónicos ou a ver televisão, tendo poucas atividades lúdicas exteriores.

De acordo com a opinião dos professores em relação ao conhecimento dos pais sobre hábitos saudáveis relacionados com alimentação saudável e atividade física, um professor considerou que são insuficientes uma vez que os lanches preparados para algumas crianças não são saudáveis, contudo, os outros dois professores expressaram que consideram que os pais têm conhecimentos suficientes, mas que não os aplicam por comodismo ou falta de tempo. A opinião manifestada pelos professores relativamente ao envolvimento dos pais nas atividades escolares foi unânime, todos consideram os pais participativos e interessados.

Identificação de Problemas e Diagnósticos de Enfermagem

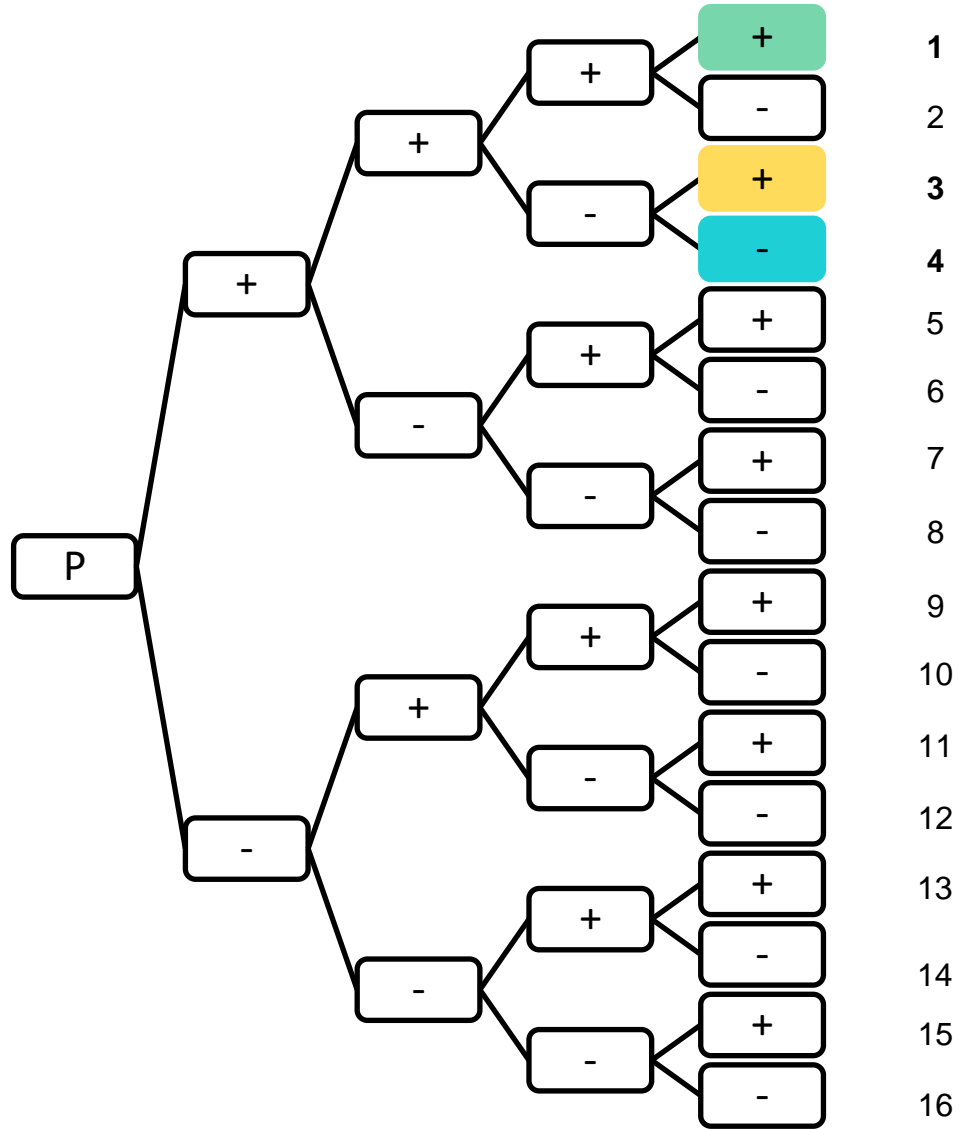
	Problemas/Indicadores	Fonte	Diagnósticos
Hábitos Alimentares Pouco Saudáveis	Hábitos alimentares pouco saudáveis ao lanche <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 professores referiram este problema 	Entrevistas	Comportamento Alimentar Infantil Comprometido
	Resistência em comer sopa, legumes e fruta <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 professores referem pouca aceitação da sopa, de legumes e da fruta pelas crianças ▪ 20% das crianças não consomem sopa diariamente ▪ 47,8% das crianças não consomem legumes diariamente ▪ 58,7% das crianças não consomem fruta fresca mais do que uma vez/dia 	Entrevistas Questionários	
	Baixo consumo de peixe <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 professor refere pouca aceitação do peixe pelas crianças ▪ 57,8% das crianças consomem peixe apenas 1 a 3 vezes/semana 	Entrevistas Questionários	
	Ingestão de alimentos com alto teor em gordura e açúcar <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 professores referem consumo frequente deste tipo de alimentos pelas crianças ▪ 28,5% das crianças bebe leite aromatizado e 19% fazem-no pelo menos 4 vezes/semana ▪ 26,7% das crianças consomem sobremesas lácteas pelo menos uma vez/semana ▪ 35,5% das crianças consomem gelados pelo menos uma vez/semana ▪ 34,1% das crianças consomem sumo de fruta 100% pelo menos 4 vezes/semana ▪ 48,9% das crianças consomem refrigerantes/chás açucarados pelo menos 1 vez/semana e 17,8% fazem-no entre 4 a 7 vezes/semana ▪ 27,3% das crianças consomem batatas fritas/snacks salgados entre 1 a 3 vezes/semana ▪ 34,7% das crianças consomem gomas/rebuçados/chocolates pelo menos 1 vez/semana ▪ 66,6% das crianças consomem biscoitos/bolachas pelo menos 1 vez/semana e 22,2% fazem-no pelo menos 4 vezes/semana ▪ 23,9% das crianças consomem <i>fast food</i> pelo menos 1 vez/semana 	Entrevistas Questionários	
Hábitos de Atividade Física Desadequados	Atividades sedentárias por períodos superiores a 2h/dia <ul style="list-style-type: none"> ▪ 32,6% das crianças gastam entre 1h a 2h/dia a jogar jogos eletrónicos/PC durante a semana ▪ 43,5% das crianças gastam entre 1h a 2h/dia a ver TV durante a semana ▪ 27,9% das crianças gastam mais de 3h/dia a jogar jogos eletrónicos/PC durante o fim de semana ▪ 31,7% das crianças gastam mais de 3h/dia a ver TV durante o fim de semana 	Questionários	Padrão de Atividade Física Infantil Comprometido
	Atividade física moderada a vigorosa inferior a 1h/dia <ul style="list-style-type: none"> ▪ 37,8% das crianças não pratica atividade física extracurricular ▪ 21,4% das crianças brinca 1h ou menos/dia fora de casa durante o fim de semana 	Questionários	
Conhecimento sobre Alimentação Infantil insuficiente ou não aplicado	Conhecimento dos encarregados de educação sobre alimentação infantil insuficiente ou não aplicado <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 professores consideram que os encarregados de educação não aplicam os seus conhecimentos sobre alimentação saudável ▪ 1 professor considera que os encarregados de educação apresentam um nível insuficiente de conhecimentos ▪ 25% dos encarregados de educação apresenta um nível de conhecimento sobre alimentação infantil insuficiente 	Entrevistas Questionários	Conhecimento da Família sobre Alimentação Infantil Comprometido

Risco de Obesidade Infantil

Apêndice XVIII
Grelha de Análise

Grelha de Análise para Definição de Prioridades

Problema	Importância do Problema	Relação Problema/Fator(es) de Risco	Capacidade Técnica de Intervir	Exequibilidade	Recomendações
----------	-------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	----------------	---------------



Planeamento e Execução das Atividades Programadas

Para dar consecução às estratégias definidas na etapa anterior é necessário definir uma linha condutora de intervenção que vá ao encontro dos objetivos estabelecidos. Tal concretiza-se no planeamento de atividades pertinentes e ajustadas ao tempo e aos recursos disponíveis para a sua implementação. (Tavares, 1990) (Imperatori & Giraldes, 1993)

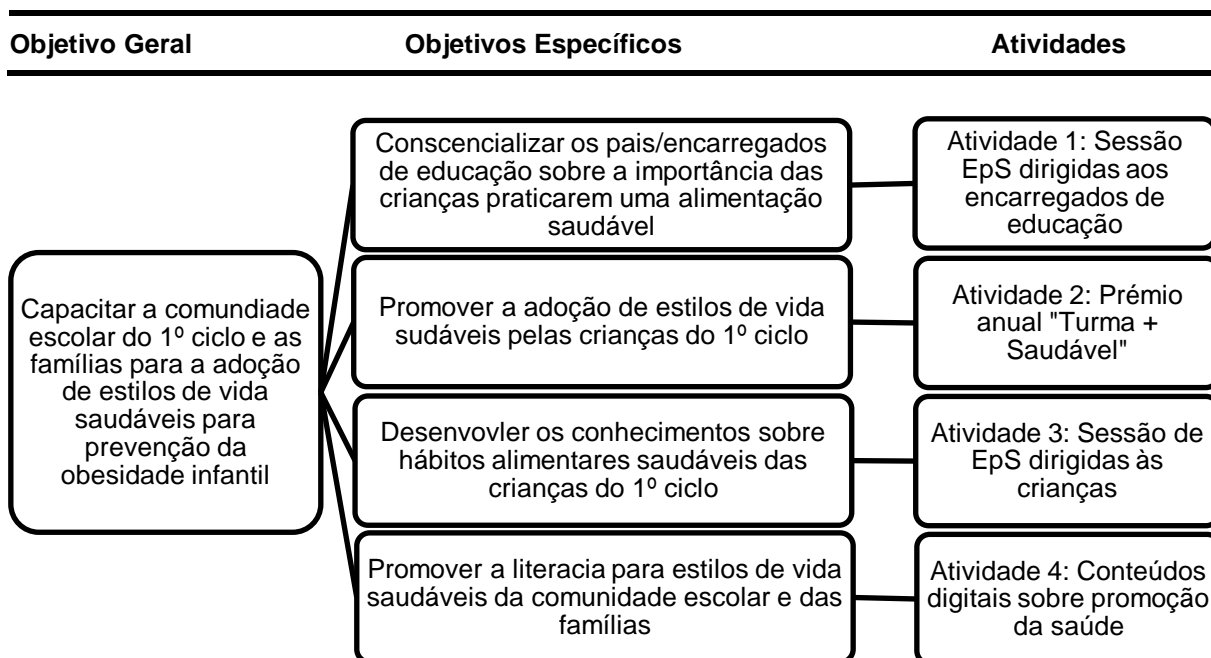
Neste sentido, agendamos uma reunião com a professora coordenadora da EBSG a fim de recolher informação útil ao planeamento das atividades, tal como a disponibilidade de horário para atividades dirigidas às crianças e aos encarregados de educação, quais os espaços e os recursos disponíveis.

Já na posse desta informação, sentimos que podemos iniciar o planeamento das atividades do projeto de intervenção comunitária, de forma mais segura, pois é-nos agora possível contornar alguns obstáculos para melhorar a adesão às atividades e adaptá-las às circunstâncias em que vão decorrer.

Da revisão *scoping* aferimos que os programas de saúde escolar para serem efetivos na prevenção da obesidade infantil, e promoverem a mudança de comportamentos para a adoção de estilos de vida saudáveis, devem contemplar intervenções dirigidas às crianças, às famílias e à comunidade escolar (Jago et al., 2015) (Elinder et al., 2018). A evidência científica indica ainda que os projetos devem ser intersectoriais e integrados em políticas públicas de prevenção da obesidade infantil (Phillips et al., 2013), além de prolongados no tempo. Foi ainda demonstrada a utilidade do recurso a novas tecnologias com resultados positivos no melhoramento de hábitos alimentares e de atividade física. (Vilchis-Gil et al., 2016)

Assim, programamos as atividades tendo em consideração os resultados da revisão *scoping*, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender et al., 2015), o Modelo de Literacia para a Saúde de Sørensen et al (Sørensen et al., 2012) e a inter-relação apontada por Tavares (1990) entre objetivos específicos e atividades. Apresentamos de seguida uma esquematização desta inter-relação adaptada a este projeto.

Figura 1. Inter-relação entre objetivos e atividades de acordo com Tavares (1990)



Como referido anteriormente, os materiais de suporte à execução das atividades tentam cumprir os princípios da *Plain Language* (Rudd, 2012) e aqueles que são dirigidos aos encarregados de educação são escritos para um público que maioritariamente tem o ensino secundário, mas tendo em consideração todos os que têm um nível mais baixo de literacia. São também tidos em conta os determinantes sociais familiares, grande parte das famílias dispõe de acesso a um computador, daí o desenvolvimento de conteúdos digitais.

Concretamente, com a atividade 1 é possível identificar as experiências e os sentimentos dos encarregados de educação relacionados com a preparação dos lanches escolares e disponibilizar informação sobre alimentação saudável e alternativas saudáveis. Com a concretização da atividade 3 é possível disponibilizar informação sobre alimentos saudáveis e alimentos prejudiciais à saúde direcionando a aprendizagem das crianças para os benefícios de ingerir alimentos com baixo teor de gordura e de açúcar. Com a implementação da atividade 2 é possível envolver toda a comunidade escolar e as famílias no compromisso com o plano de ação promovendo a prática frequente de atividades físicas e a ingestão de lanches saudáveis. Em relação à atividade 4, é possível disponibilizar informação em formato digital, acessível às famílias no contexto e no momento para elas mais oportuno. Tal permite respeitar o ritmo de cada família na aquisição de conhecimento e na integração das sugestões na preparação dos lanches escolares e na prática de atividades físicas regularmente.

Adicionalmente a informação foi escrita utilizando uma linguagem clara e objetiva complementada com imagens que enriquecem e clarificam o conteúdo da mensagem transmitida. Acreditamos que desta forma contribuimos para a literacia para a adoção de estilos de vida saudáveis e consequentemente para a promoção da qualidade de vida e do bem-estar das crianças do 1º ciclo da EBSG.

Seguidamente apresentamos os planos das atividades e o material de suporte desenvolvido para cada uma.

PLANO DA ATIVIDADE 1: SESSÃO DE EpS DIRIGIDA AOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO

Identificação da Atividade:

- **Tema:** Consciencialização dos pais/encarregados de educação sobre a importância de as crianças praticarem uma alimentação saudável nos lanches escolares
- **Destinatários:** Pais e encarregados de educação das crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG
- **Data:** 9 de janeiro de 2019
- **Local:** Biblioteca da EBSG
- **Duração:** 45 minutos
- **Formadora:** Estudante Enf. Helena Nunes
- **Estratégia de convocação:** Convocatória realizada pelos professores, marcação da atividade para o dia da reunião de início do 2º período letivo

Objetivo Geral:

- Consciencializar os pais/encarregados de educação sobre a importância de as crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG praticarem uma alimentação saudável nos lanches escolares.

Objetivos Específicos:

- Apresentar os problemas identificados aos pais/encarregados de educação;
- Clarificar os princípios da alimentação saudável;
- Promover a partilha de conhecimentos e sentimentos sobre a preparação dos lanches escolares;
- Motivar os pais/encarregados de educação para a preparação de lanches escolares saudáveis;
- Incentivar os pais/encarregados de educação a definir um plano de ação para a mudança de hábitos relacionados com a preparação de lanches saudáveis;
- Sensibilizar os pais/encarregados de educação para a utilização do site <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/>;
- Divulgar o separador “Promoção da Saúde” a integrar a página da *internet* do AE Nuno Gonçalves e alguns dos seus conteúdos.

Objetivos Operacionais:

- Que pelo menos 30% dos encarregados de educação das crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG participem na atividade 1, durante o mês de janeiro de 2019;
- Que pelo menos 30% dos encarregados de educação definam um plano de ação para melhorar os hábitos alimentares ao lanche das crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG, durante o mês de janeiro de 2019;

Conteúdos:

Sequência	Conteúdos	Duração
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">▪ Apresentação e contextualização do Projeto de Intervenção Comunitária▪ Apresentação da dinâmica da atividade e dos temas abordados▪ Apresentação dos problemas identificados no diagnóstico de situação	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">▪ Reflexão conjunta sobre a importância dos lanches na alimentação infantil▪ Distinção entre composição calórica e composição nutricional dos alimentos▪ Características de uma alimentação saudável▪ Partilha de experiências, sentimentos e influências sobre a preparação dos lanches▪ Sugestões para preparar lanches escolares saudáveis de forma prática e respeitando as preferências da criança▪ Elaboração do plano de ação pelos encarregados de educação▪ Onde pesquisar informação credível sobre alimentação infantil	30 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">▪ Síntese▪ Esclarecimento de dúvidas▪ Agradecimentos	10 min

Método/Técnica:

- Expositivo
- Interrogativo
- Demonstrativo
- Participativo

Materiais e equipamentos:

- Computador portátil
- Projetor
- Ficha *Brainstorming* dirigida aos encarregados de educação

Avaliação:

- Indicador de atividade: percentagem de encarregados de educação que participam na atividade 1

$$\frac{\text{Número de encarregados de educação que participam na atividade 1}}{\text{Número de encarregados de educação que deram consentimento informado}} \times 100$$

- Indicador de resultado: percentagem de encarregados de educação que definem um plano de ação para melhorar os hábitos alimentares ao lanche das crianças

$$\frac{\text{Número de encarregados de educação que definiram um plano de ação}}{\text{Número de encarregados de educação que participam na atividade 1}} \times 100$$

- Avaliação da satisfação dos encarregados de educação relativamente à atividade 1 - Aplicação do questionário de avaliação



Projeto de Intervenção Comunitária

Promoção de Estilos de Vida Saudáveis em Crianças do 1º Ciclo: Intervir para Prevenir a Obesidade Infantil

Atividade 1: Sessão de EpS dirigida aos encarregados de educação

Por favor preencha os espaços abaixo de acordo com aquilo que sente e experiencia relativamente à preparação dos lanches escolares do seu educando.

Vamos pensar todos juntos!

Barreiras/dificuldades

1. _____

2. _____

3. _____

Benefícios/vantagens

1. _____

2. _____

3. _____

Influências

1. _____

2. _____

3. _____

Sou capaz de alterar alguns hábitos?

SIM

NÃO

Qual o meu plano?

1. _____

2. _____

3. _____



PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS EM CRIANÇAS DO 1º CICLO: INTERVIR PARA PREVENIR A OBESIDADE INFANTIL

9/janeiro/2019 | EB Sampaio Garrido

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Helena Nunes

Professor Orientador: Maria de Lourdes Varandas

Enfermeiro Orientador: José Miguel Ferreira



PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA



Sumário:

1. Contextualização
2. Problemas Identificados
3. Estilos de Vida Saudáveis
 - Alimentação: LANCHES
 - Barreiras e Benefícios
 - Sugestões
 - Plano Individual
4. Onde Pesquisar
5. Referências



PIC | CONTEXTUALIZAÇÃO



ME: Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

- Estágio na USP ACeS Lisboa Central: Saúde Escolar

Reunião de Saúde Escolar

- Problema Prioritário: Obesidade Infantil
- Excesso de Peso: ≤ 10 anos: 25% | [10 – 17] anos: 32,3%



Diagnóstico de Situação

- Questionário dirigido aos EE
- Entrevista semiestruturada dirigida aos professores

Implementação do PIC

- Ações de EpS (crianças, pais, professores)

PIC | CONTEXTUALIZAÇÃO



Participantes

49 crianças | 1º ciclo | 7 e 8 anos | EB Sampaio Garrido



Obrigada!

76,5% de famílias



PIC | PROBLEMAS IDENTIFICADOS



Lanches pouco saudáveis



Atividades lúdicas sedentárias

Ingestão de alimentos/bebidas com alto teor em açúcar e gordura

Conhecimentos dos EE não é praticado



PIC | EVS | ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



O que escondem as lancheiras?



LANCHES

São as refeições menos importantes?



Vamos pensar todos juntos!



Qual o contributo dos lanches para as necessidades energéticas diárias das crianças?

Os lanches são refeições menos importantes, nas quais se pode ser mais permissivo?

Será que os lanches precisam de incluir alimentos de todos os grupos da roda dos alimentos?



Grupo etário	Necessidades Energéticas Diárias (Kcal)
3-6 anos	1400
6-10 anos	1640
10-15 anos	2070
15-18 anos	2380



Refeição	Distribuição das Necessidades Energéticas Diárias (Kcal) / refeição
PA	20-25 %
Lanche Manhã	5-10 %
Almoço	30-35 %
Lanche Tarde	10 – 15 %
Jantar	25 – 30 %
Ceia	5 %

150-250 Kcal por lanche



Vamos pensar todos juntos!



Então isto é igual a isto?



305 Kcal



300 Kcal





Vamos pensar todos juntos!



Não são equivalentes nutricionais!!

Os NUTRIENTES são muito mais importantes do que as calorias!



RODA DA
ALIMENTAÇÃO MEDITERRÂNICAA
CULTURA, TRADIÇÃO E EQUILÍBRIO!



Completa

Variada

Equilibrada

S
A
U
D
Á
V
E
L



Refeições + leves mas imprescindíveis



LANCHES

Com igual qualidade nutricional!



O que sabemos:

Crianças que se alimentam bem:

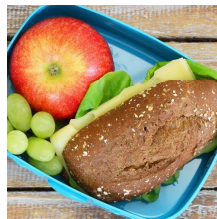
- São mais saudáveis
- Portam-se melhor
- Dormem melhor
- Têm melhor rendimento escolar



Os hábitos adquiridos em criança podem durar a vida toda 



Vamos pensar todos juntos!



Se sabemos ... porque não fazemos???



Vamos pensar todos juntos!



Barreiras/dificuldades

Benefícios/vantagens

Influências

Se sabemos ... porque não fazemos???



DESAFIO



Preferência



Prático

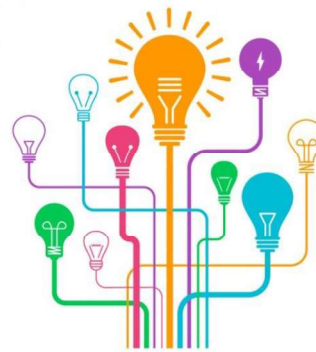


Qualidade

Se sabemos ... porque não fazemos???



SUGESTÕES



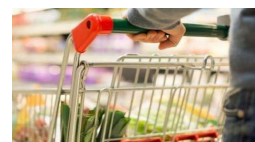
SUGESTÃO 1

PLANEAR E ORGANIZAR



- Utilizar um calendário semanal (ex Google Calendar™)
- Fazer uma ementa dos lanches e a lista de compras
- Escolher um dia para ir ao supermercado sem pressa

Poupamos
tempo e
dinheiro





SUGESTÃO 2



EMENTAS



Fruta/Legumes + HC + Proteína + Bebida



Fruta/Legumes	HC	Proteína	Bebida
1 Banana	½ Pão*	1 Ovo Cozido	200 ml de leite ½ gordo
1 Pêra	30 gr Cereais s/açúcar	1 Queijo**	1 Iogurte Líquido
½ Manga	2 Bolachas Integrais	1 Iogurte Natural s/açúcar	Água
	Pipocas Caseiras		Água Aromatizada
			1 Fatia de Fimbre Perú
½ Papaia	3 Bolachas Marinheiras	1 Gelatina	
1 Maçã	3 Bolachas de Arroz	Húmus	
½ Cenoura grande	2 Panquecas de Aveia		
4 Tomates cherry			
½ Pepino pequeno			
Alface			
Frutos Vermelhos			



* Pão: Centeio, Integral, Mistura, Cereais

** Queijo: Fundido, Bolinhas de queijo magro, Fatia Queijo Magro



SUGESTÃO 3



PREPARAR ANTECIPADAMENTE



1. Lavar
2. Cortar
3. Dividir em porções
4. Armazenar

Fim de semana

Véspera



SUGESTÃO 3

PREPARAR ANTECIPADAMENTE



Alimentos	Dicas
Pão	Variedade Misturar pão branco e escuro Congelar
Ovo	Cozer e guardar no frigorífico C/casca: 4 dias; S/casca: 2 dias
Panquecas	Variedade Frigorífico: 2 dias Massa pode ser congelada
Gelatina	Preparar em doses individuais Frigorífico: 2 dias
Tomate cherry	Lavar e cortar Frigorífico: 3 dias
Cenoura/Pepino	Lavar e cortar em palitos/ baby Frigorífico: 2 dias
Alface	Lavar Frigorífico: 3 dias



SUGESTÃO 3

PREPARAR ANTECIPADAMENTE



Alimentos	Dicas
Húmus	Variedade Frigorífico: 3 dias
Maçã	Assada com canela e s/açúcar Frigorífico: 3 dias
Pipocas	Milho 1 min no micro-ondas dentro de um saco de papel
Frutos Secos	Variedade Cerca de uma mão cheia
Sementes	Variedade Adicionadas ao iogurte, húmus



SUGESTÃO 4

LANCHEIRA ATRATIVA



Prática

Completa

Bem distribuída



SUGESTÃO 5



ENVOLVER A CRIANÇA



Aceitação

Partilha

Responsabilização



Vamos pensar todos juntos!



Sou capaz de alterar
alguns hábitos?

Qual o meu plano?

Se sabemos ... **VAMOS FAZER !**



Informação credível



Onde
Pesquisar ?



<http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/>



Informação credível



Onde Pesquisar ?

<http://aenunogoncalves.com/> - Microsite



“Sempre que comemos ou bebemos, estamos a alimentar a doença ou a **preveni-la.**”

(Institute for Integrative Nutrition)



Os pais são o **(bom)** exemplo dos filhos!

REFERÊNCIAS



DGC, & APN. (2013). Guia para educadores - Alimentação em idade escolar. (Direção Geral do Consumidor & Associação Portuguesa dos Nutricionistas, Eds.).

DGS. (2015a). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020, 38. Acedido a 01-04-2018. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revissao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

DGS. (2015b). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. *Direção-Geral Da Saúde*, 1–110. Acedido a 01-04-2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015.aspx>

DGS. (2017). Programa Nacional Para A Promoção Da Alimentação Saudável 2017.

Gomes, S; Ávila, HAM; Oliveira, B; Franchini, B (2016). Capitações de Géneros Alimentícios para Refeições em Meio Escolar: Fundamentos, Consensos e Reflexões, 2.ª edição. Porto: Associação Portuguesa dos Nutricionistas, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável da Direção-Geral da Saúde.

Graça, P., Gregório, M. J., Santos, A., & Mendes de Sousa, S. (2015). REDUÇÃO DO CONSUMO DE AÇÚCAR EM PORTUGAL: EVIDÊNCIA QUE JUSTIFICA AÇÃO. Lisboa. Retrieved from https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/147283509ReducaoDoConsumodeAcucaremPortugal.pdf

Pinho, I., Franchini, B., & Rodrigues, S. (2016). Guia Alimentar Mediterrânico: Relatório justificativo do seu desenvolvimento.

Pinho, I., Rodrigues, S., Franchini, B., & Graça, P. (2015). PADRÃO ALIMENTAR MEDITERRÂNICO: PROMOTOR. Lisboa. Retrieved from https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1455296179PadraoAlimentarMediterranico_Promotordesaude.pdf

www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/

IMAGENS



<https://pt.aliexpress.com/item/Outer-space-Planet-Rocket-height-measure-wall-sticker-for-kids-room-Wall-decal-baby-nursery-growth/32796218940.html>

<https://www.angeloni.com.br/super/p/leite-de-cabra-em-po-caprilat-integral-200g-1477165>

<https://pontosdevista.pt/2015/12/02/cuidado-hackers-atacam-contas-de-tablets-infantis-vtech/>

<https://veja.abril.com.br/saude/25-g-de-acucar-e-o-maximo-que-as-criancas-devem-consumir-por-dia/>

<https://www.noticiasmagazine.pt/2017/queques-de-iogurte/>

<https://www.sproutright.com/blog/index.php/sugary-drinks-puberty/soft-drinks-can-cause-early-puberty-in-girls-healthy-pop-alternatives-by-sproutright/>

<http://fabianabertotti.com/criancas-tristes-precisam-de-pais-atentos/>

<http://blog.vestcon.com.br/quais-sao-as-vagas-para-o-concurso-se-df-2016/concurso-sedf-2/>

<https://www.google.com/url?sa=i&source=images&cd=&ved=2ahUKewil65XEkrfAhWDIZAKHT0FAUMQjxx6BAgBEAI&url=http%3A%2F%2Fwww.projetosorrisosaudavel.com%2F&psig=AOvYaw0e-nRtAaOVmdqxfWx7rymg&ust=1546348035233714>

<https://www.altoastral.com.br/lancheira-criancas-alimetos/>

https://de.freepik.com/vektoren-premium/gelb-und-blau-brainstorming-hintergrund_1020514.htm

<http://mirantemagazine.com.br/portal/estilo-de-vida/comer-e-beber/receitas-saudaveis-e-funcionais-para-o-lanche-das-criancas/>

<https://dietaPaleoLowCarb.com.br/lanches-low-carb-para-criancas/lanches-low-carb-para-criancas/>

IMAGENS



<https://lifestyle.sapo.pt/saude/peso-e-nutricao/artigos/a-lancheira-escolar-dever-refletir-os-bons-habitos-alimentares-em-casa>

<https://www.sevenboys.com.br/noticias/a-lancheira-da-crianca/>

https://br.freepik.com/vektores-gratis/antecedentes-de-icone-e-lista-de-elementos-em-design-plano_1256961.htm

<https://br.pinterest.com/pin/363806476134168301/>

<https://bebe.abril.com.br/familia/saiba-quando-introduzir-o-iogurte-no-cardapio-de-bebes-e-criancas/>

<https://blog.aevo.com.br/programa-de-sugestoes-modelos-programa-de-ideias/>

<https://www.e-konomista.pt/artigo/planear-ementa-semanal/>

https://www.clipartmax.com/middle/m2i8G6K9b1i8G6K9_retail-sector-digital-marketing-png-icon/

<https://www.vidaativa.pt/a/panquecas-de-banana-e-aveia/>

<http://doutoramamae.com.br/page/19/>

<https://www.jornaldenegocios.pt/c-studio/detalhe/lancheiras-a-formula-secreta-para-pais-e-criancas-felizes>

<https://www.einstein.br/noticias/noticia/agua-aromatizada>

<http://baudememino.com.br/comidinhas-saudaveis-para-festa-infantil/>

<https://www.angeloni.com.br/super/p/leite-de-cabra-em-po-caprilat-integral-200g-1477165>

PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS EM CRIANÇAS DO 1º CICLO: INTERVIR PARA PREVENIR A OBESIDADE INFANTIL

9/janeiro/2019 | EB Sampaio Garrido

Obrigada pela atenção!



Alimentação Saudável

PROGRAMA NACIONAL ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL ALIMENTOS E RECEITAS PARA PROFISSIONAIS RECURSOS E FERRAMENTAS BLOG NUTRIMENTO

Dieta Mediterrânica
Como se define?
Como implementar?
Roda dos Alimentos Mediterrânica
Para saber mais

Sadde e Doença
Câncer
Diabetes
Saúde Oral
Alimentação Saudável
Doenças Cérebro-cardiovasculares
Obesidade
Gravidez
Desigualdades sociais

Dicas Práticas
Conheça as nossas dicas

Rica em... **Omega 3**

SABIA QUE...

12 sugestões para um Natal mais saudável

Para ver os favoritos aqui, seleccione em seguida, e arraste para a pasta da Barra de Favoritos. Ou importe a partir de outro browser. Importar favoritos

PROCURAR... PT

O nosso site utiliza cookies para te oferecer uma melhor experiência. Lê aqui sobre a nossa política de cookies. OK

14:34 09/01/2019

Alimentação Saudável

PROGRAMA NACIONAL ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL ALIMENTOS E RECEITAS PARA PROFISSIONAIS RECURSOS E FERRAMENTAS BLOG NUTRIMENTO

Receitas
Explore as nossas receitas

Alimentos e Nutrientes
Alimentos
Nutrientes

Roda dos Alimentos Mediterrânica

Comer mais... Castanha

Rica em... Fibra

Receita Pão de Castanha
Veja aqui a nossa escolha para a Receita com Castanha

SABIA QUE...

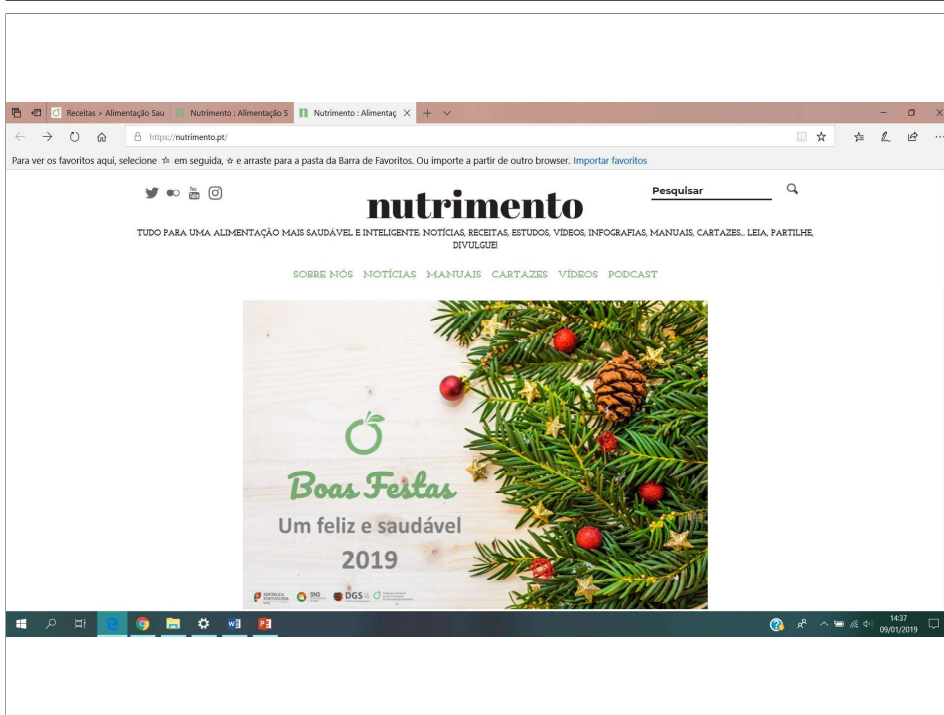
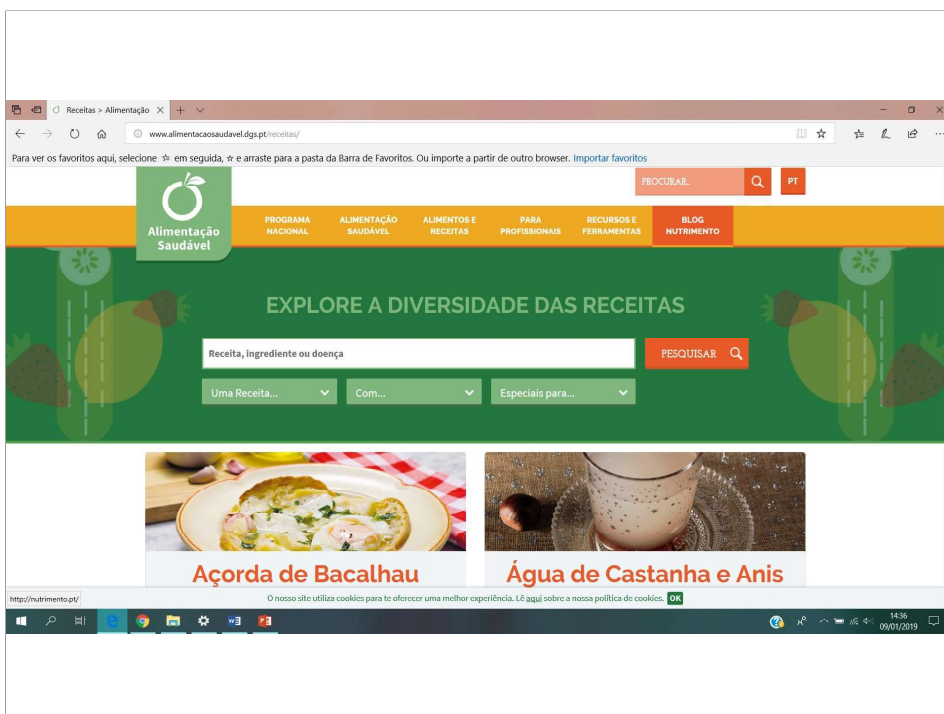
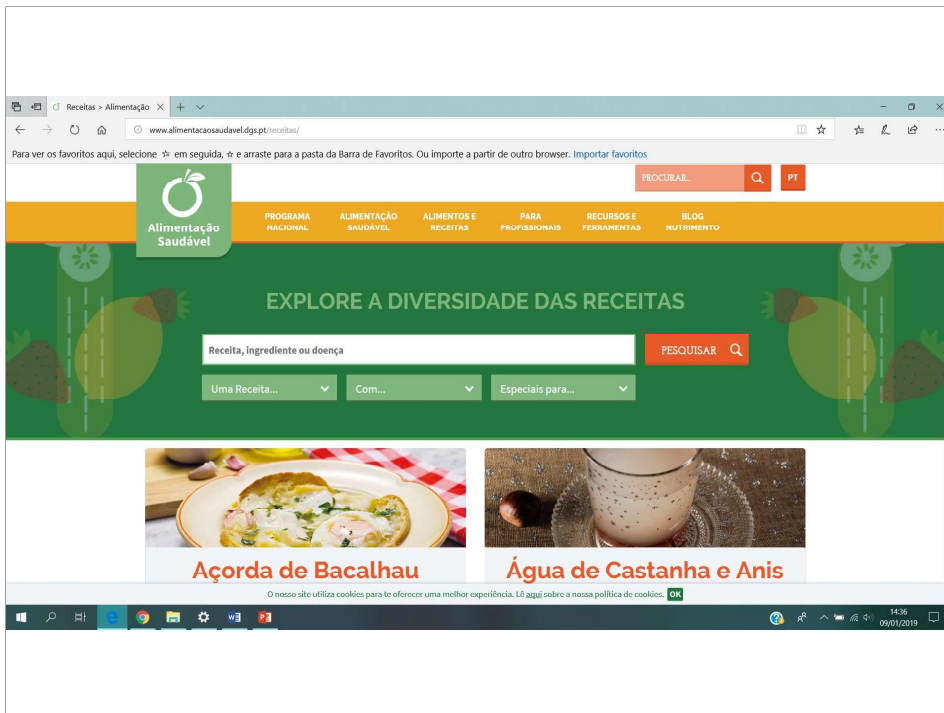
12 sugestões para um Natal mais saudável

Para ver os favoritos aqui, seleccione em seguida, e arraste para a pasta da Barra de Favoritos. Ou importe a partir de outro browser. Importar favoritos

PROCURAR... PT

O nosso site utiliza cookies para te oferecer uma melhor experiência. Lê aqui sobre a nossa política de cookies. OK

14:35 09/01/2019



PLANO DA ATIVIDADE 2: Criação do Prémio Anual “Turma + Saudável!”

Identificação da Atividade:

- **Tema:** Prémio anual “Turma + Saudável!”
- **Destinatários:** Crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG, família e comunidade escolar
- **Local:** Escola Básica Sampaio Garrido
- **Data:** Durante o ano letivo 2018/2019
- **Duração:** 2º e 3º períodos letivos
- **Formadora:** Estudante Enf. Helena Nunes
- **Estratégia de convocação/divulgação:** Apresentação da iniciativa aos professores, elaboração de um póster de divulgação para afixação na escola

Objetivo Geral:

- Promover a adoção de estilos de vida saudáveis pelas crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG.

Objetivos Específicos:

- Apresentar aos professores a criação do prémio anual “Turma + saudável!”;
- Elaborar o póster de divulgação do prémio para afixação na escola;
- Elaborar o regulamento para atribuição do prémio;
- Incentivar a prática de atividade física pelas crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG;
- Incentivar hábitos alimentares saudáveis pelas crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG;
- Incentivar os professores a desenvolver atividades para promoção da saúde das crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG;
- Incentivar os encarregados de educação a promover estilos de vida saudáveis pelas crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG;
- Incentivar o reconhecimento público da promoção da saúde.

Objetivos Operacionais:

- Que pelo menos 2 turmas do 1º ciclo com crianças com 7 e 8 anos da EBSG participem no concurso “Turma + Saudável”, no ano letivo 2018/2019.

Método/Técnica:

- Expositivo
- Participativo

Materiais e equipamentos:

- Póster de divulgação
- Regulamento para atribuição do prémio
- Quadro para registo das atividades promotoras de estilos de vida saudáveis desenvolvidas por cada turma
- Diploma para os alunos da turma vencedora

Avaliação:

- Indicador de Atividade: número de turmas dos 2º e 3º anos da EBSG que participam no concurso “Turma + Saudável!”

ESCOLA BÁSICA SAMPAIO GARRIDO

Regulamento do prémio “Turma + saudável!”

Preâmbulo

O período da infância e da adolescência é fulcral para o estabelecimento de padrões de comportamento relacionados com a adoção de estilos de vida saudáveis. São períodos chave no desenvolvimento humano marcados por transformações biológicas e sociais, é durante a infância e a adolescência que se estabelecem os hábitos de vida que perdurarão na idade adulta. (Langford et al., 2015)

A escola é assim o *setting* ideal para a intervenção em crianças e jovens bem como em toda a comunidade educativa que envolve os pais, os professores e outros técnicos. A saúde escolar é o referencial para a promoção da saúde em contexto escolar porque permite o desenvolvimento de competências que visam melhorar o bem-estar físico, mental e social e alcançar melhor qualidade de vida. (DGE, 2014)

O Programa Nacional de Saúde Escolar 2015 (PNSE | 2015) é o documento orientador a nível nacional para a promoção da saúde em contexto escolar, foi elaborado de acordo com as orientações nacionais e internacionais, seguindo as disposições vigentes no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e a sua extensão a 2020, os objetivos e as estratégias da Organização Mundial de Saúde e os princípios das escolas promotoras de saúde dos quais se destaca:

“todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar”.

É o resultado da adaptação dos anteriores programas aos atuais desafios que a população portuguesa enfrenta ao nível da saúde, nomeadamente a obesidade. Apresenta como objetivo:

“Promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa”

Nele constam a alimentação saudável e atividade física como duas das áreas de intervenção prioritárias. (DGS, 2015a) (DGS, 2015b)

O Prémio “Turma + saudável!” pretende dar consecução a nível local aos princípios e objetivos acima designados.

Assim, é elaborado o seguinte regulamento para atribuição do prémio “Turma + saudável!”.

Artigo 1º

Leis Habilitantes

O presente regulamento tem como Leis Habilitantes:

a) Despacho nº 8815/2015 publicado em Diário da República, 2ª série – Nº 154 – 10 de agosto de 2015

b) Plano Nacional de Saúde – extensão a 2020

Artigo 2º

Objeto

O presente Regulamento visa estabelecer o regime e os princípios gerais de atribuição do prémio “Turma + saudável!” na Escola Básica Sampaio Garrido.

Artigo 3º

Âmbito

São abrangidos pelo presente Regulamento as turmas dos 2º e dos 3º anos integrantes da Escola Básica Sampaio Garrido do Agrupamento de Escolas Nuno Gonçalves.

Artigo 4º

Objetivo

O prémio instituído pelo presente Regulamento tem por finalidade motivar a adoção de estilos de vida saudáveis pelas crianças do 1º ciclo e incentivar o reconhecimento público da promoção da saúde.

Artigo 5º

Candidatura

- 1) A formalização da candidatura ao prémio é obrigatória.
- 2) As turmas proponentes devem formalizar a candidatura mediante carta de compromisso elaborada pela turma.
- 3) Da carta de compromisso deve constar:

- a. Identificação da turma;
 - b. Declaração de compromisso de implementação de atividades de promoção de estilos de vida saudáveis;
 - c. Assinatura do professor responsável pela turma;
 - d. Assinatura dos alunos da turma;
 - e. Data.
- 4) A carta de compromisso deve ser dirigida e entregue à coordenadora da escola no prazo definido para tal.

Artigo 6º

Atividades Promotoras de Estilos de Vida Saudáveis

- 1) É obrigatório o registo de todas as atividades promotoras de estilos de vida saudáveis desenvolvidas pela turma.
- 2) Consideram-se para apreciação pelo júri as seguintes atividades:
 - a. Deslocação para a escola a pé ou de bicicleta;
 - b. Consumo de lanches saudáveis;
 - c. Atividades de turma que envolvam movimento físico com exceção das aulas de educação física previstas no currículo;
 - d. Outras atividades implementadas pela turma com o objetivo de incentivar uma alimentação saudável e a prática de atividade física.

Artigo 7º

Critérios de Avaliação das Atividades Promotoras de Estilos de Vida Saudáveis

- 1) A contabilização das atividades descritas no nº2 do artigo 6º efetua-se para cada uma das suas alíneas da seguinte forma:
 - 1.1) Deslocação para a escola a pé ou de bicicleta:
 - a. Percentagem de alunos que se desloca para a escola a pé ou de bicicleta avaliada diariamente;
 - b. O valor final resulta da média das percentagens obtidas semanalmente;
 - c. De acordo com a média final são atribuídos os seguintes pontos:

[0%-25%] = 1 ponto

[25% - 50%] = 2 pontos

[50% - 75[= 3 pontos

[75% - 100%] = 4 pontos

1.2) Consumo de lanches saudáveis:

- a. Percentagem de alunos que apresenta para consumo um lanche livre de alimentos/bebidas com elevado teor de gordura e de açúcar avaliada diariamente;
- b. O valor final apresentado a concurso resulta da média das percentagens obtidas quinzenalmente;
- c. De acordo com a média final são atribuídos os seguintes pontos:

[0%-25%[= 1 ponto

[25% - 50%[= 2 pontos

[50% - 75[= 3 pontos

[75% - 100%] = 4 pontos

1.3) Atividades de turma que envolvam movimento físico com exceção das aulas de educação física previstas no currículo:

- a. Número de atividades de turma que envolvam movimento físico com exceção das aulas de educação física previstas no currículo;
- b. Só devem ser consideradas atividades com duração igual ou superior a 30 minutos;
- c. De acordo com o número de atividades desenvolvidas são atribuídos os seguintes pontos:

[1-2]=1 ponto

[3-4] = 2 pontos

[5-6] = 3 pontos

≥7= 4 pontos

1.4) Outras atividades implementadas pela turma com o objetivo de incentivar uma alimentação saudável e a prática de atividade física:

- a. Número de atividades implementadas pela turma com o objetivo de incentivar uma alimentação saudável e a prática de atividade física;
- b. De acordo com o número de atividades desenvolvidas são atribuídos os seguintes pontos:

- [1-2] = 1 ponto
- [3-4] = 2 pontos
- [5-6] = 3 pontos
- ≥7= 4 pontos

Artigo 8º

Critérios de Atribuição

- 1) O prémio será atribuído à turma que apresentar melhor classificação de acordo com a fórmula, em que a, b, c e d são as atividades referidas no artigo 6º:

$$\text{Classificação} = \frac{a + b + 2(c) + 2(d)}{4}$$

- 2) Em caso de empate ganha a turma que obtiver mais pontos no consumo de lanches saudáveis

Artigo 9º

Júri

O júri é constituído pelos seguintes elementos:

- a. Coordenadora da Escola Básica Sampaio Garrido
- b. Professora coordenadora do PES do Agrupamento de Escolas Nuno Gonçalves
- c. Enfermeiro coordenador da Saúde Escolar do ACeS Lisboa Central
- d. Representante da Junta de Freguesia de Arroios

Artigo 10º

Prémio

- 1) O prémio consiste na atribuição de um diploma aos alunos pertencentes à turma vencedora, na prestação de uma homenagem pública à turma e ainda na oferta de material desportivo aos alunos da turma pela Junta de Freguesia de Arroios.
- 2) O prémio será utilizado em benefício da turma vencedora, não havendo lugar à exclusão de nenhum aluno no seu usufruto.
- 3) A turma vencedora do prémio será divulgada a toda a comunidade educativa na festa de encerramento das atividades letivas.

Artigo 11º

Dúvidas e Omissões

Todos os pontos omissos ou que suscitem dúvida neste Regulamento serão resolvidos por deliberação do júri, não sendo as eventuais decisões passíveis de recurso ou reclamação.

Artigo 12º

Entrada em Vigor

Este Regulamento entra em vigor de imediato, aplicando-se a partir do mês de fevereiro do ano letivo 2018/2019.

Referências

DGE. (2014). Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde. Lisboa: DGE. Retrieved from http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/papes_doc.pdf

DGS. (2015a). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015.aspx>

DGS. (2015b). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Langford, R., Bonell, C., Jones, H., & Campbell, R. (2015). Obesity prevention and the Health promoting Schools framework: essential components and barriers to success. *The International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity*, 12, 15. <http://doi.org/10.1186/s12966-015-0167-7>

CONCURSO



TURMA + SAUDÁVEL!

<http://pngimg.com>

2º E 3º
ANOS

É muito importante ter bons hábitos alimentares e de atividade física para crescer saudável e ser feliz!



Queremos que a tua turma seja a que come melhor e a que se mexe mais!

Para concorrer a turma tem que:

- Apresentar a candidatura à senhora professora coordenadora da escola
- Apontar quantos meninos e quantas meninas trazem lanches saudáveis de casa
- Apontar quantos meninos e quantas meninas vêm a pé ou de bicicleta para a escola
- Apontar quantas vezes nas aulas têm atividades com movimento físico



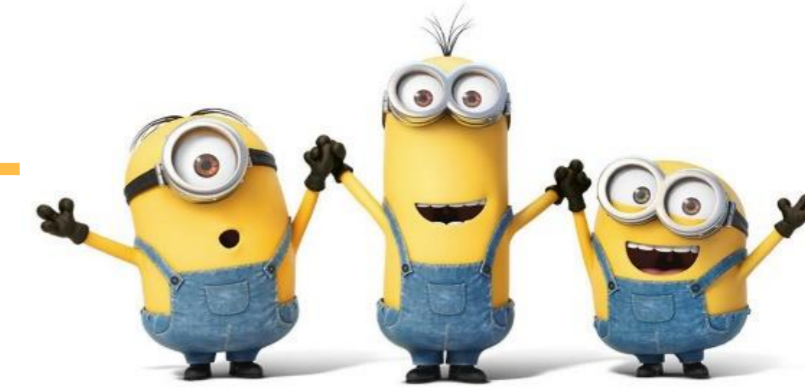
A turma que no final do ano ganhar mais pontos é a grande vencedora e cada aluno recebe um prémio!









Fala com os teus colegas e com o teu professor para participarem!

Todos juntos vão ser a Turma + Saudável!

Turma + Saudável!



Atividades	Fevereiro 	Março 	Abril 	Maio 	Junho 	Total 
	11 12 13 14 15 18 19 20 21 22 25 26 27 28	1 7 8 11 12 13 14 15 18 19 20 21 22 25 26 27 28 29	1 2 3 4 5 23 24 25 26 29 30	1 2 3 6 7 8 9 10 13 14 15 16 17 20 21 22 23 24 27 28 29 30 31	3 4 5 6 7 11 12 14	
Vimos a pé ou de bicicleta para a escola!						
Trouxemos um lanche saudável para a escola!						
Fizemos uma atividade com movimento!						
Aprendemos mais sobre alimentação saudável e/ou atividade física!						

REGISTO DAS ATIVIDADES SAUDÁVEIS DA TURMA!



TURMA: _____

DIPLOMA

Turma + Saudável! 2019



ESCOLA BÁSICA SAMPAIO GARRIGO

TURMA: _____



DIPLOMA ATRIBUÍDO A _____ PELO SEU EMPENHO E
COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS NO CONCURSO “TURMA + SAUDÁVEL!”



PARABÉNS POR FAZERES DA TUA TURMA A QUE COME MELHOR E A QUE SE MEXE MAIS!

CONTINUA A CRESCER SAUDÁVEL!



PLANO DA ATIVIDADE 3: SESSÃO DE EpS DIRIGIDA ÀS CRIANÇAS

Identificação da Atividade:

- **Tema:** “Eu leio o rótulo”
- **Destinatários:** Crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG
- **Local:** Biblioteca da EBSG
- **Data:** Turma 2ºA: 21 de janeiro de 2019 das 9h às 10h30
Turma 3ºA: 21 de janeiro de 2019 das 11h30 às 13h00
Turma 3º B: 21 de janeiro de 2019 das 14h às 15h30
- **Duração:** 90 minutos
- **Formadora:** Estudante Enf. Helena Nunes
- **Estratégia de convocação:** Atividade decorre no período de aulas

Objetivo Geral:

- Desenvolver os conhecimentos sobre hábitos alimentares saudáveis das crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG.

Objetivos Específicos:

- Promover os conhecimentos sobre alimentação saudável das crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG;
- Sensibilizar as crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG para a diferença entre alimentos saudáveis e alimentos prejudiciais à saúde;
- Incentivar a consulta dos rótulos dos alimentos pelas crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG;
- Sensibilizar as crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG para a quantidade de açúcar presente em alguns alimentos/bebidas.

Objetivos Operacionais:

- Que pelo menos 80% das crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG participem na atividade 3, durante o mês de janeiro de 2019;
- Que pelo menos 50% das crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG identifiquem alimentos fundamentais para crescer com saúde e alimentos prejudiciais à saúde, durante o mês de janeiro de 2019;
- Que pelo menos 50% das crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG identifiquem alimentos que apenas devem ser ingeridos em ocasiões especiais, durante o mês de janeiro de 2019;

- Que pelo menos 50% das crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG distingam um lanche saudável de outro não saudável, durante o mês de janeiro de 2019;
- Que pelo menos 50% das crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG sejam capazes de identificar nos rótulos dos alimentos a informação alimentar e nutricional, durante o mês de janeiro de 2019.

Conteúdos:

Sequência	Conteúdos	Duração
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação ▪ Apresentação da dinâmica da atividade e dos temas abordados 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Roda dos alimentos e alimentação saudável ▪ Diferença entre alimentos e nutrientes ▪ Como identificar se um alimento é saudável ou não ▪ Manipulação de embalagens de alimentos/bebidas para identificação da informação nutricional e alimentar ▪ Utilização de descodificadores de rótulos para identificar alimentos ricos em gordura e açúcar ▪ Demonstração da quantidade de açúcar presente em vários alimentos/bebidas com recurso a cubos de açúcar 	75 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Síntese ▪ Esclarecimento de dúvidas ▪ Agradecimentos 	10 min

Método/Técnica:

- Expositivo
- Interrogativo
- Demonstrativo
- Participativo

Materiais e equipamentos:

- Computador portátil
- Projetor
- Cubos de açúcar
- Embalagens de alimentos/bebidas vazias
- Cartões “Descodificador de rótulos”
- Ficha de avaliação de conhecimentos sobre alimentação saudável dirigida às crianças

Avaliação:

- Indicador de atividade: percentagem de crianças que participam na atividade 3

$$\frac{\text{Número de crianças que participam na atividade 3}}{\text{Número de crianças com consentimento informado}} \times 100$$

- Indicador de resultado: percentagem de crianças que identificam alimentos fundamentais para crescer com saúde e alimentos prejudiciais à saúde

$$\frac{\text{Número de crianças que identificam corretamente alimentos fundamentais para crescer com saúde e alimentos prejudiciais à saúde}}{\text{Número de crianças que participam na Atividade 3}} \times 100$$

- Indicador de resultado: percentagem de crianças que identificam alimentos que apenas devem ser ingeridos em ocasiões especiais

$$\frac{\text{Número de crianças que identificam corretamente alimentos que apenas devem ser ingeridos em ocasiões especiais}}{\text{Número de crianças que participam na Atividade 3}} \times 100$$

- Indicador de resultado: percentagem de crianças que distinguem um lanche saudável de outro não saudável

$$\frac{\text{Número de crianças que distinguem um lanche saudável de outro não saudável}}{\text{Número de crianças que participam na Atividade 3}} \times 100$$

- Indicador de resultado: percentagem de crianças que identificam nos rótulos dos alimentos a informação alimentar e nutricional

$$\frac{\text{Número de crianças que identificam corretamente nos rótulos dos alimentos a informação alimentar e nutricional}}{\text{Número de crianças que participam na Atividade 3}} \times 100$$



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

21/janeiro/2018 | EB Sampaio Garrido



Helena Nunes

Professor Orientador: Maria de Lourdes Varandas

Enfermeiro Orientador: José Miguel Ferreira



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



Sumário:

1. Roda dos alimentos
2. Eu leio o rótulo!
3. Quantos cubos de açúcar?
4. Ficha de atividades

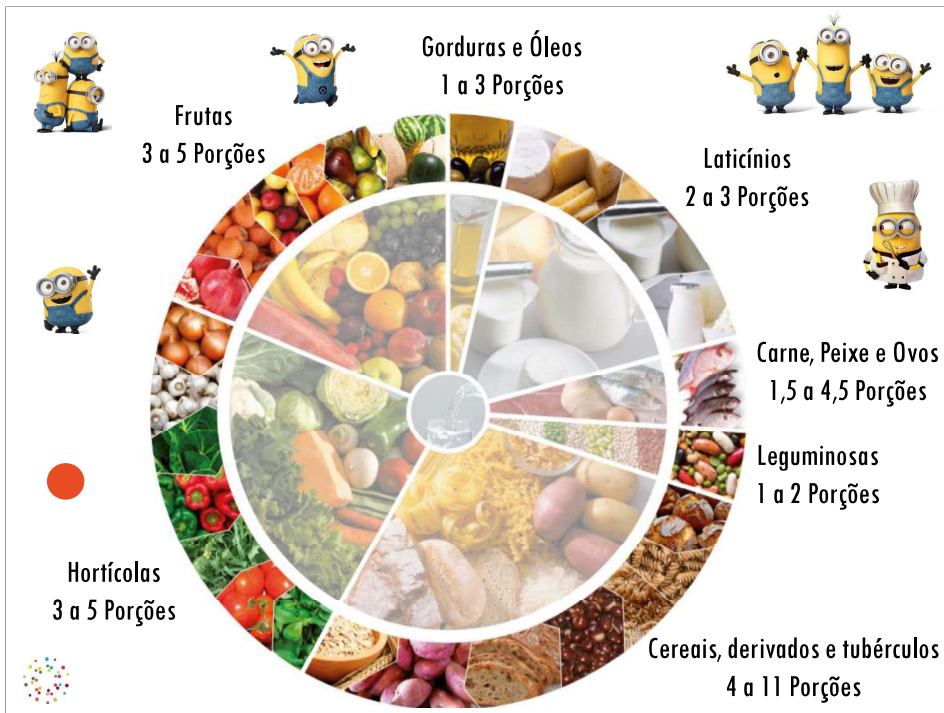


1. RODA DOS ALIMENTOS



RODA DA ALIMENTAÇÃO MEDITERRÂNICA CULTURA, TRADIÇÃO E EQUILÍBRIO!

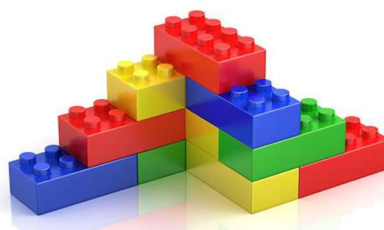




2. EU LEIO O RÓTULO!



Os alimentos dão-nos os nutrientes!



2. EU LEIO O RÓTULO!



Eu leio o Rótulo!

Alimentos por 100 g



	Gordura (Lípidos)	Gordura Saturada	Açúcares	Sal
MAU	Mais de 17,5 g	Mais de 5 g	Mais de 22,5 g	Mais de 1,5 g
MÉDIO	Entre 3 e 17,5 g	Entre 1,5 e 5 g	Entre 5 e 22,5 g	Entre 0,3 e 1,5 g
BOM	3 g ou menos	1,5 g ou menos	5 g ou menos	0,3 g ou menos

Fonte: www.alimentacao Saudavel.dgs.pt

Imagens: <https://pt.vectazoo.com>



2. EU LEIO O RÓTULO!



Eu leio o Rótulo!

Bebidas por 100 ml



	Gordura (Lípidos)	Gordura Saturada	Açúcares	Sal
MAU	 Mais de 8,75 g	 Mais de 2,5 g	 Mais de 11,25 g	 Mais de 0,75 g
MÉDIO	 Entre 1,5 e 8,75 g	 Entre 0,75 e 2,5 g	 Entre 2,5 e 11,25 g	 Entre 0,3 e 0,75 g
BOM	 1,5 g ou menos	 0,75 g ou menos	 2,5 g ou menos	 0,3 g ou menos

Fonte: www.alimentacaosaudavel.dgs.pt

Imagens: <https://pt.vecteezy.com>

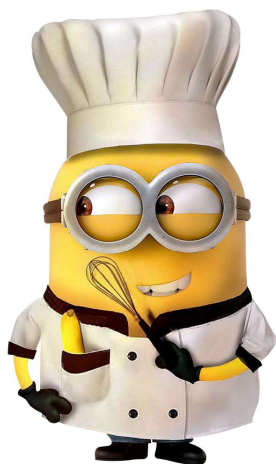
3. QUANTOS CUBOS DE AÇÚCAR?



5 por dia!

4. FICHA DE ATIVIDADES





GOSTARAM?

OBRIGADA!

REFERÊNCIAS



DGC, & APN. (2013). Guia para educadores - Alimentação em idade escolar. (Direção Geral do Consumidor & Associação Portuguesa dos Nutricionistas, Eds.).

DGS. (2015a). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020, 38. Acedido a 01-04-2018. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>

DGS. (2015b). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. *Direção-Geral Da Saúde*, 1–110. Acedido a 01-04-2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015.aspx>

DGS. (2017). Programa Nacional Para A Promoção Da Alimentação Saudável 2017.

Gomes, S; Ávila, HAM; Oliveira, B; Franchini, B (2016). Capitações de Géneros Alimentícios para Refeições em Meio Escolar: Fundamentos, Consensos e Reflexões, 2.ª edição. Porto: Associação Portuguesa dos Nutricionistas, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável da Direção-Geral da Saúde.

Graça, P., Gregório, M. J., Santos, A., & Mendes de Sousa, S. (2015). REDUÇÃO DO CONSUMO DE AÇÚCAR EM PORTUGAL: EVIDÊNCIA QUE JUSTIFICA AÇÃO. Lisboa. Retrieved from https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1472833509ReducaoDoConsumodeAcucaremPortugal.pdf

Pinho, I., Franchini, B., & Rodrigues, S. (2016). Guia Alimentar Mediterrânico: Relatório justificativo do seu desenvolvimento.

Pinho, I., Rodrigues, S., Franchini, B., & Graça, P. (2015). PADRÃO ALIMENTAR MEDITERRÂNICO: PROMOTOR. Lisboa. Retrieved from https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1455296179PadraoAlimentarMediterranico_Promotordesaude.pdf

www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/

Eu leio o Rótulo!

Alimentos por 100 g



	Gordura (Lípidos)	Gordura Saturada	Açúcares	Sal
MAU	 Mais de 17,5 g	 Mais de 5 g	 Mais de 22,5 g	 Mais de 1,5 g
MÉDIO	 Entre 3 e 17,5 g	 Entre 1,5 e 5 g	 Entre 5 e 22,5 g	 Entre 0,3 e 1,5 g
BOM	 3 g ou menos	 1,5 g ou menos	 5 g ou menos	 0,3 g ou menos

Fonte: www.alimentacaosaudavel.dgs.pt

Imagens: <https://pt.vecteezy.com>

Eu leio o Rótulo!

Bebidas por 100 ml



	Gordura (Lípidos)	Gordura Saturada	Açúcares	Sal
MAU	 Mais de 8,75 g	 Mais de 2,5 g	 Mais de 11,25 g	 Mais de 0,75 g
MÉDIO	 Entre 1,5 e 8,75 g	 Entre 0,75 e 2,5 g	 Entre 2,5 e 11,25 g	 Entre 0,3 e 0,75 g
BOM	 1,5 g ou menos	 0,75 g ou menos	 2,5 g ou menos	 0,3 g ou menos

Fonte: www.alimentacaosaudavel.dgs.pt

Imagens: <https://pt.vecteezy.com>

PLANO DA ATIVIDADE 4: Conteúdos Digitais sobre Promoção da Saúde

Identificação da Atividade:

- **Tema:** Separador sobre promoção da saúde na página da *internet* do Agrupamento de Escolas Nuno Gonçalves
- **Destinatários:** Encarregados de educação das crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG, crianças e comunidade escolar
- **Local:** Página da *internet* do Agrupamento de Escolas Nuno Gonçalves
- **Data:** Durante o ano letivo 2018/2019
- **Duração:** 2º e 3º períodos letivos
- **Formadora:** Estudante Enf. Helena Nunes
- **Estratégia de convocação/divulgação:** Acessível a toda a comunidade de forma livre

Objetivo Geral:

- Promover a literacia para estilos de vida saudáveis da comunidade escolar e das famílias das crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG.

Objetivos Específicos:

- Criar um separador sobre Promoção da Saúde na página da *internet* do Agrupamento de Escolas Nuno Gonçalves
- Contribuir para a igualdade de acesso à informação sobre alimentação e prática de atividade física em crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG e suas famílias;
- Incentivar a tomada de decisão para adoção de estilos de vida saudáveis pelas crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG;
- Motivar os encarregados de educação para a adoção de estilos de vida saudáveis pelas crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG.

Objetivos Operacionais:

- Que pelo menos 15 encarregados de educação das crianças do 1º ciclo com 7 e 8 anos da EBSG visitem o separador sobre Promoção da Saúde na página da *internet* do Agrupamento de Escolas Nuno Gonçalves, no ano letivo 2018/2019.

Método/Técnica:

- Expositivo
- Interativo

Materiais e equipamentos:

- Página de *internet* do Agrupamento de Escolas Nuno Gonçalves
- Manual de Promoção da Saúde

Avaliação:

- Indicador de atividade: número de encarregados de educação que visitam o separador sobre Promoção da Saúde na página da *internet*

PROMOÇÃO DA SAÚDE

As crianças são o Futuro!

Vamos investir no Futuro!

- A saúde das crianças e dos adolescentes é fundamental para o seu crescimento e desenvolvimento, e é simultaneamente garantia do seu bem-estar e da sua felicidade. 😊
- A infância e a adolescência são marcadas por transformações biológicas e sociais, é durante estes períodos chave no desenvolvimento humano que se estabelecem padrões de comportamento relacionados com a adoção de estilos de vida saudáveis, e estes tendem a perdurar para toda a vida.



Fonte: Shutterstock.com/Monkey Business Images



Fonte: Istock.com/ganaris

Promoção da Saúde

Qualquer ação desenvolvida para potenciar os fatores protetores e para estimular e favorecer a adoção de comportamentos saudáveis, no sentido em que as pessoas e as comunidades sejam capazes de controlar a sua saúde e melhorá-la.

Escolas Promotoras da Saúde

Portugal integra desde 1994 a Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde (SHE). Estas diferenciam-se por ativamente criar e melhorar ambientes saudáveis à aprendizagem, isto é, ambientes promotores e protetores da saúde.



Para saber mais sobre promoção da alimentação saudável e da atividade física clique na imagem!



Fonte: 123rf.com/Dmitriy Shironosov

Na atualidade, as doenças crónicas não transmissíveis, como a obesidade, a diabetes e as doenças cardiovasculares são as principais causas de morbilidade e mortalidade, sendo responsáveis por incapacidade e perda de qualidade de vida. Na origem destas doenças estão maus hábitos alimentares, sedentarismo, consumo de tabaco e de álcool e o stress.

- A família e a escola como contextos de crescimento e desenvolvimento das crianças, representam os modelos a seguir no estabelecimento de estilos de vida. As crianças observam e imitam os comportamentos dos pais, dos colegas, dos professores e dos seus ídolos.

Promover uma alimentação saudável e a prática de atividade física, entre outros comportamentos saudáveis, não tem impacto apenas no presente mas também na vida futura das nossas crianças e adolescentes. É responsabilidade de todos, dos pais ou encarregados de educação, dos professores, dos profissionais de saúde e da sociedade em geral assegurar e proteger este Futuro!



Fonte: Istock.com/windujedi



Fonte: Istock.com/Kobyakov



Fonte: Shutterstock.com/Pol Tania Kolinko



PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS EM CRIANÇAS DO 1º CICLO



DICAS E SUGESTÕES!

Para pais e encarregados de educação.



 Alimentação

 Atividade Física

 Hidratação

Elaborado por Helena Nunes no âmbito da frequência do Mestrado em Enfermagem - área de especialização de Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação científica da Professora Maria de Lourdes Varandas e do Enfermeiro José Miguel Ferreira.

Este trabalho integra o projeto de intervenção comunitária intitulado “Promoção de Hábitos de Vida Saudáveis em Crianças do 1º Ciclo: Intervir para Prevenir a Obesidade Infantil” e foi desenvolvido durante o estágio na Unidade de Saúde Pública do ACeS Lisboa Central.

PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS EM CRIANÇAS DO 1º CICLO



Helena Nunes
Enfermeira
Janeiro de 2019



Este trabalho utiliza imagens com o objetivo de ilustrar e reforçar o conteúdo escrito sobre promoção da saúde. É identificada a fonte de todas as imagens utilizadas nas referências. Todas as imagens foram obtidas a partir de bancos de imagens livres de direitos de autor ou a licença para utilização das mesmas foi adquirida para este fim.

A utilização destas imagens não viola quaisquer direitos, como sejam os de privacidade, propriedade intelectual ou direitos autorais/*copyright*.

É expressamente proibida a cópia das imagens contidas neste documento.

PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS EM CRIANÇAS DO 1º CICLO



Helena Nunes
Enfermeira
Janeiro de 2019



PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

Índice:

1. Introdução

2. Contextualização

3. Estilos de Vida Saudáveis

▪ Alimentação: LANCHES

▪ Sugestões

▪ Atividade Física

▪ Sugestões

▪ Hidratação

4. Onde Pesquisar?

5. Referências



1. INTRODUÇÃO



É fundamental promover estilos de vida saudáveis desde cedo na vida das crianças!
Este livro foi elaborado para ajudar os pais e os encarregados de educação nesta tarefa, tantas vezes desafiante!

Ao percorrer as suas páginas vai encontrar dicas e sugestões para uma alimentação saudável, com especial enfoque na preparação dos lanches escolares, e para a prática de atividade física.

Esperamos que goste! Boa leitura!



2. CONTEXTUALIZAÇÃO



SABIA QUE

- A obesidade infantil é considerada uma **epidemia** pela Organização Mundial de Saúde por ser a doença a nível mundial mais prevalente na infância e na adolescência?

Esta organização estima que em 2025 haverá 70 milhões de crianças com excesso de peso.

Em Portugal cerca de **uma em cada três crianças** tem excesso de peso.



Excesso de peso inclui:

1. Pré-obesidade
2. Obesidade



Este problema de saúde acarreta graves consequências para o desenvolvimento infantil e tem repercussões que se sentem e vão agravando ao longo da vida.

Cerca de **60% das crianças obesas serão adultos obesos** que apresentarão maior probabilidade de desenvolver diabetes tipo II, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e problemas psicossociais em idades mais jovens.

Ganho excessivo de peso na infância e adolescência = **BALANÇO ENERGÉTICO POSITIVO**



A ingestão calórica é superior às necessidades e à energia gasta em atividades físicas.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO



SABIA QUE

- **A adoção de estilos de vida saudáveis é importante para todas as crianças, tanto para as que apresentam excesso de peso como para as que apresentam o peso adequado à idade?**

Os estilos de vida influenciam a saúde de cada um nós ao longo de toda a vida, por isso, é fundamental ter especial cuidado com os hábitos alimentares e de atividade física das nossas crianças.



Os números provam que em Portugal 15,4 % dos anos de vida saudável perdidos pela população se devem a hábitos alimentares inadequados.

Apenas 57,5% das crianças e adolescentes portugueses com idades entre os 6 e os 14 anos cumprem a recomendação da Organização Mundial de Saúde para a prática de atividade física nesta faixa etária.



3. ALIMENTAÇÃO



SABIA QUE

- Os pais e encarregados de educação apresentam bons níveis de conhecimentos sobre alimentação saudável mas têm dificuldade em aplicar esses conhecimentos na preparação das refeições dos mais pequenos?



Nas últimas décadas, o nosso modo de vida sofreu alterações significativas, das quais destacamos o acesso e as escolhas a produtos alimentares. Pela falta de tempo imposta pela correria do dia a dia, cada vez mais as famílias recorrem a alimentos pré-confeccionados e/ou processados, mais rápidos de preparar mas com elevado teor de gorduras, de açúcar e de sal.

A par disto, vários fatores influenciam as preferências das crianças.



Hábitos alimentares das crianças são influenciados:

- pelo gosto pessoal
- pelas escolhas dos colegas
- pela publicidade

Mas são, acima de tudo, da responsabilidade dos pais e dos encarregados de educação !



A **alimentação** é o determinante em saúde com maior repercussão no estado de saúde das crianças entre os 5 e os 14 anos de idade.

3. ALIMENTAÇÃO



Se o almoço não é uma preocupação dos pais, pois é a refeição “fornecida” pela escola, a preparação de 2 lanches diários pode constituir uma verdadeira dor de cabeça! Vamos tentar durante as próximas páginas facilitar-lhe esta tarefa!

O que escondem as lancheiras?



LANCHES

São as refeições menos importantes?

Partindo destas duas perguntas, vamos perceber a importância desta refeição no crescimento e desenvolvimento das crianças.

A alimentação deve assegurar o crescimento e o desenvolvimento adequados das crianças, fornecer energia suficiente para a realização das atividades físicas e das atividades escolares com sucesso.



3. ALIMENTAÇÃO



Grupo etário	Necessidades Energéticas Diárias (Kcal)
3-6 anos	1400
6-10 anos	1640
10-15 anos	2070
15-18 anos	2380

150-250 Kcal por lanche



Refeição	Distribuição das Necessidades Energéticas Diárias (Kcal) / refeição
PA	20-25 %
Lanche Manhã	5-10 %
Almoço	30-35 %
Lanche Tarde	10 – 15 %
Jantar	25 – 30 %
Ceia	5 %



Uma criança com 6-10 anos precisa de ingerir cerca de 1640 Kcal por dia, e os lanches da manhã e da tarde, devem contribuir cada um com cerca de 10% das Kcal diárias, sendo que o da tarde pode ser um pouco mais reforçado.



DICA

Dê a devida importância ao pequeno-almoço! O pequeno-almoço é a primeira refeição do dia e representa quase tanto para as necessidades energéticas diárias das crianças como o jantar. É uma refeição fundamental, nunca deixe a sua criança sair de casa sem tomar o pequeno-almoço.



3. ALIMENTAÇÃO



Então isto é igual a isto?



240 Kcal



216 Kcal



As necessidades energéticas das crianças estão asseguradas certo?

Claro que não! 😊

Não são equivalentes nutricionais!!

A qualidade
nutricional é
muito mais
importante do
que as calorias!

Comer o pão com chocolate é muito diferente de comer a sandes mista com alface. Apesar de fornecerem as mesmas calorias não fornecem os mesmos nutrientes.

Pior do que o pão com chocolate ter um valor energético elevado, à semelhança de outros alimentos processados, é o facto deste tipo de alimentos ser **nutricionalmente pobre** além de conter aditivos que são prejudiciais à saúde.

Então como nos podemos orientar para escolher os alimentos/nutrientes adequados?



3. ALIMENTAÇÃO



RODA DA ALIMENTAÇÃO MEDITERRÂNIC

CULTURA, TRADIÇÃO E EQUILÍBRIO!



A roda dos alimentos é a ferramenta ideal para orientar a preparação de todas as refeições!

DICA

Imprima a roda, [clique aqui](#).

Coloque-a na sua cozinha num lugar visível. Será uma excelente ajuda para si e simultaneamente familiariza as crianças com a sua importância.



3. ALIMENTAÇÃO



A roda da alimentação mediterrânica ajuda-o a seguir os 3 pilares da alimentação saudável.

Completa

Por dia, incluir alimentos de todos os grupos

Variada

Incluir diferentes alimentos de cada grupo

Equilibrada

Respeitar as porções para cada grupo

S
A
U
D
Á
V
E
L



Os princípios da dieta mediterrânica assentam numa alimentação rica em legumes e fruta, que privilegia a sazonalidade dos alimentos e o consumo de produtos produzidos localmente. Aplique estes princípios na preparação dos lanches escolares!



SABIA QUE

Tal como o fado, a dieta mediterrânica é património cultural imaterial da humanidade?

- Em dezembro de 2013, a UNESCO atribuiu esta menção à dieta mediterrânica por a considerar um modelo cultural, histórico e de **saúde** transmitido de geração em geração, evidenciando a sua importância e reforçando a necessidade da sua preservação.



3. ALIMENTAÇÃO



Será verdade que os sumos de fruta 100% substituem o consumo de fruta natural?



O sumo de fruta 100% não é um substituto do consumo de fruta natural.

Apenas deve ser consumido **esporadicamente** para diversificar a alimentação pois tem um sabor doce acentuado e é muito mais pobre em fibras do que a fruta fresca ou desidratada.



Pódio da qualidade nutricional da fruta:

- 1º Fruta fresca
- 2º Fruta desidratada
- 3º Sumo de fruta 100%



SABIA QUE

As fibras reduzem a absorção de açúcar e gorduras?

- Além de contribuírem para o bom funcionamento do tubo digestivo, as fibras diminuem a quantidade de açúcar no sangue e dificultam a absorção de gorduras. Estão presentes nos legumes, nos cereais integrais, na casca das frutas frescas e dos frutos oleaginosos e nas leguminosas.



3. ALIMENTAÇÃO



SABIA QUE

- **A Organização Mundial de Saúde recomenda que a ingestão de açúcares livres pelas crianças represente apenas 5% do total das calorias ingeridas num dia?**

Açúcares livres: correspondem aos açúcares que são adicionados pelo fabricante ou pelo cozinheiro aos alimentos e às bebidas e incluem também aqueles que se encontram naturalmente presentes no mel, nos xaropes, nos sumos de frutas e nos concentrados de sumos de frutas.

Os açúcares são hidratos de carbono simples. Estes caracterizam-se por provocar **rápidas oscilações** na concentração de açúcar no sangue.

O que acontece quando a concentração de açúcar sobe rapidamente?

- Há um pico de insulina que deixa as crianças muito excitadas, facilmente irritáveis e com dificuldade de concentração.

O que acontece quando a concentração de açúcar desce a pique?

- As crianças sentem-se desinteressadas, diminui a sua capacidade de memorização e de aprendizagem.

5% = 25 g de açúcar



Estas oscilações repercutem-se no desempenho escolar e no comportamento das crianças.

3. ALIMENTAÇÃO



SABIA QUE

O açúcar vicia?

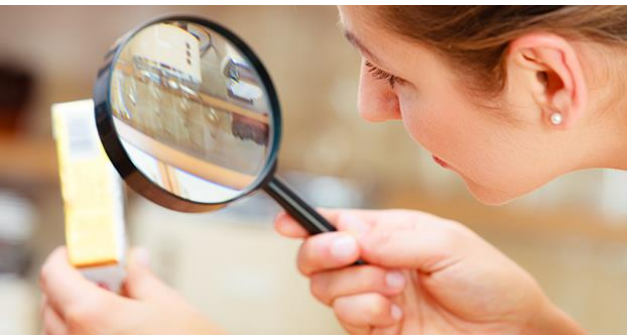
- A ingestão de açúcar induz a produção de dopamina e serotonina, responsáveis por sentirmos bem-estar e prazer. Motivo pelo qual temos dificuldade em parar de comer doces.



SABIA QUE

A quantidade de açúcar nalguns alimentos pode ser surpreendente?

- É verdade, às vezes nem imaginamos o que se esconde dentro das embalagens. Muitos alimentos processados contêm açúcar precisamente para se tornarem aditivos. Para saber mais [clique aqui](#).



DICA

Dê preferência ao consumo de hidratos de carbono (HC) complexos.

Os HC complexos não causam oscilações abruptas de concentração de açúcar no sangue. Eles são de absorção lenta e por isso proporcionam uma energia mais duradoura e saciam durante mais tempo. Encontram-se nos cereais integrais, na fruta, no leite e nas leguminosas.





Refeições + leves mas imprescindíveis



LANCHES

Com igual qualidade nutricional!

Os lanches são refeições tão importantes como as outras, apesar de serem refeições mais leves são imprescindíveis e deve ser assegurada a sua qualidade nutricional.

Não há motivo para se ser mais permissivo nos lanches!

São fundamentais para fornecer os nutrientes que asseguram a energia e as funções necessárias por um lado à concentração durante as aulas e por outro às brincadeiras nos intervalos. Também promovem a saciedade da criança até ao almoço, impedindo que esta chegue à mesa cheia de fome ou irritada, que coma demasiado rápido ou demasiada quantidade.

3. ALIMENTAÇÃO



Crianças que se alimentam bem:

- São mais saudáveis
- Portam-se melhor
- Dormem melhor
- Têm melhor rendimento escolar



Os hábitos adquiridos em criança podem durar a vida toda



Os encarregados de educação, a família e os educadores têm um papel importantíssimo na aprendizagem de hábitos alimentares saudáveis pelas crianças.

As crianças **aprendem a comer bem** através do exemplo transmitido em casa e na escola no dia a dia. Ao vivenciar as escolhas saudáveis dos pais e familiares, as crianças assimilam este modo de vida e reiteram-no nas suas próprias opções.



3. ALIMENTAÇÃO



DESAFIO



Preferência



Prático



Qualidade



O grande desafio para a preparação de lanches saudáveis é conciliar alimentos de qualidade, que agradem aos mais pequenos e que ao mesmo tempo sejam práticos e rápidos de preparar.

As escolhas das crianças não são em função da qualidade nutricional dos alimentos!

As crianças escolhem os alimentos com que estão mais familiarizadas ou que sabem melhor! Entre uma peça de fruta e um bolo, vão com certeza escolher o bolo.



SABIA QUE

A preferência por sabores doces e salgados é inata?

- Por este motivo as crianças devem ser expostas a uma vasta gama de sabores desde cedo. Além de que os alimentos doces, como sumos e bolos, contêm açúcares refinados e outros aditivos que intensificam o sabor e criam adição formatando o paladar das crianças.



DICA

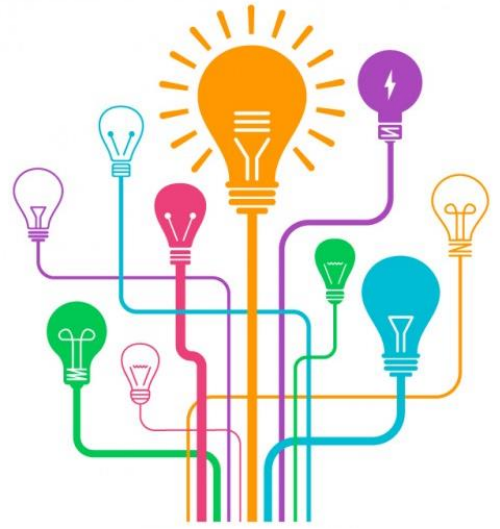


Dê a experimentar à sua criança todos os tipos de sabores.

Por vezes só depois de experimentar um alimento, cerca de 15 a 20 vezes, a criança o aceita.



SUGESTÕES



Siga as nossas sugestões para melhorar a qualidade dos lanches escolares!



SABIA QUE

As crianças aprendem a brincar?

- As crianças gostam de desafios, aproveite as brincadeiras para introduzir novos ingredientes ou alimentos. A criança só quer refrigerantes, então transforme-a num mágico que cria a sua poção cheia de super poderes enquanto preparam uma água aromatizada com fruta verdadeira!



DICA

Não tenha medo da mudança.

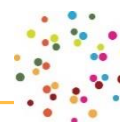
Introduza os alimentos saudáveis aos poucos, por exemplo, dois por semana. Com o tempo vai conseguir substituir por completo todos os alimentos não saudáveis.

3. ALIMENTAÇÃO



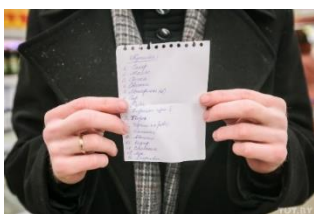
SUGESTÃO 1

PLANEAR E ORGANIZAR



1. Utilizar um calendário semanal (ex Google Calendar™)
2. Fazer uma ementa dos lanches e a lista de compras
3. Escolher um dia para ir ao supermercado sem pressa

Poupamos
tempo e
dinheiro



Sem planeamento vamos perder mais tempo e na correria fazer opções menos boas.

Despender um pouco do fim-de-semana para fazer a ementa da semana seguinte vai aliviar muito o stress das manhãs. Depois da ementa escolhida faça a lista de compras e de acordo com a mesma vá ao supermercado. Escolha uma altura tranquila para poder apreciar e comparar os produtos optando por aqueles mais saudáveis.



DICA

Faça a ementa semanal em família.

Pode, por exemplo, imprimir o modelo de uma agenda semanal e incentivar as crianças a decorarem-na com desenhos, recortes ou pinturas! Elas adoram porque participam nas escolhas e divertem-se! É um entretém saudável, longe da televisão ou do computador.





SUGESTÃO 2

EMENTAS



Fruta/Legumes + HC + Proteína + Bebida



Então, mas preparar a ementa demora imenso tempo?

Não tem que ser assim! Talvez nas duas primeiras vezes seja um pouco mais demorado, mas a partir daí a engrenagem está montada!

Uma boa forma de agilizar o processo é ter em conta que cada lanche deve conter uma fruta/legume, um hidrato de carbono, uma proteína e uma bebida. A seguir apresentamos algumas sugestões para cada grupo.

Está na hora de pôr mãos à obra e escolher entre as inúmeras combinações possíveis. Bom apetite!



3. ALIMENTAÇÃO



SUGESTÃO 2



EMENTAS

Fruta/Legumes	HC	Proteína	Bebida
1 Banana	½ Pão*	1 Ovo Cozido	200 ml de leite ½ gordo
1 Pêra	30 gr Cereais s/açúcar	1 Queijo**	1 Iogurte Líquido
½ Manga	2 Bolachas Integrais	1 Iogurte Natural s/açúcar	Água
	Pipocas Caseiras		Água Aromatizada
½ Papaia		1 Fatia de Fiambre Perú	Chá Frio de Cidreira
1 Maçã	3 Bolachas Marinheiras	1 Gelatina	
½ Cenoura grande	3 Bolachas de Arroz	Húmus	
4 Tomates cherry	2 Panquecas de Aveia		
½ Pepino pequeno			
Alface			
Frutos Vermelhos			

* Pão: Centeio, Integral, Mistura, Cereais

** Queijo: Fundido, Bolinhas de queijo magro, Fatia Queijo Magro

Escolha um alimento de cada coluna e conseguirá ter uma grande variedade de opções! Utilize-as para preparar as ementas semanais!

E com tanta opção para combinar, os lanches não devem de todo ser monótonos, comer sempre o mesmo obviamente leva ao desinteresse pela comida ...

3. ALIMENTAÇÃO



SUGESTÃO 2

EMENTAS



✓ DICA

Dê preferência ao pão integral ou de mistura.

O pão feito de cereais integrais é mais saudável porque a farinha utilizada na sua confeção é menos refinada, tem maior teor de fibra, vitaminas, ácidos gordos polinsaturados e minerais.



✓ DICA

Não ofereça bebidas açucaradas às crianças!

O açúcar na forma líquida é digerido e absorvido de forma mais rápida do que se consumido em alimentos sólidos. Promove uma maior ingestão energética sem valor nutricional o que contribui para a sobrecarga do fígado e para o aumento de peso.

✓ DICA

Mande fruta para pelo menos um dos lanches!

A fruta contém água e fibras. A água confere-lhe frescura e hidrata e a fibra confere saciedade. Inteiras resistem melhor ao transporte e não oxidam mas previamente cortadas continuam a ser uma excelente opção. São uma ótima forma de substituir os doces.





SUGESTÃO 3

PREPARAR ANTECIPADAMENTE



Ritual

Fim-de-semana

Véspera

1. Lavar
2. Cortar
3. Dividir em porções
4. Armazenar

Já escolhemos a ementa, já fizemos as compras então vamos preparar antecipadamente tudo o que for possível, de modo a reduzir ao mínimo as preparações matinais.

Alguns alimentos podem ser preparados ao fim-de-semana e congelados ou guardados no frigorífico por alguns dias. Aproveite esta vantagem e planeie os lanches do início da semana com estes alimentos. Outros podem ser preparados de véspera de forma rápida, na manhã seguinte vai agradecer tê-lo feito antecipadamente!



DICA

Cumpra as porções recomendadas.

Se a criança levar 3 bolachas para o lanche irá comer só essas 3, se levar o pacote inteiro certamente vai comer muitas mais. Também evita o desperdício caso o alimento não seja da preferência da criança.

Na página seguinte encontra algumas sugestões de alimentos que podem ser preparados com antecedência.





SUGESTÃO 3

PREPARAR ANTECIPADAMENTE

Alimentos	Dicas
Pão	Variedade Misturar pão branco e escuro Congelar
Ovo	Cozer e guardar no frigorífico C/casca: 4 dias; S/casca: 2 dias
Panquecas	Variedade Frigorífico: 2 dias Massa pode ser congelada
Gelatina	Preparar em doses individuais Frigorífico: 2 dias
Tomate cherry	Lavar e cortar Frigorífico: 3 dias
Cenoura/Pepino	Lavar e cortar em palitos/ baby Frigorífico: 2 dias
Alface	Lavar Frigorífico: 3 dias
Húmus	Variedade Frigorífico: 3 dias
Maçã	Assada com canela e s/açúcar Frigorífico: 3 dias
Pipocas	Milho 1 min no micro-ondas dentro de um saco de papel
Frutos Secos	Variedade Cerca de uma mão cheia
Sementes	Variedade Adicionadas ao iogurte, húmus





SUGESTÃO 3



PREPARAR ANTECIPADAMENTE



DICA

Descongele os alimentos no frigorífico.

Todos os alimentos devem ser descongelados no frigorífico. Só após este passo devem ser colocados à temperatura ambiente. Desta forma garante-se a segurança alimentar.



Tenha atenção à lancheira

- Opte por uma **lancheira térmica**, estas conseguem conservar a temperatura dos alimentos por mais tempo.
- Coloque-a de véspera no frigorífico, aumentando a sua capacidade de conservação.
- Limpe-a todos os dias de forma a evitar acumulação de restos de comida e maus odores.





SUGESTÃO 4

LANCHEIRA ATRATIVA



Prática

Completa

Bem distribuída

Os olhos são os primeiros a comer! As lancheiras devem ser atrativas para as crianças! Devem estar bem organizadas, com os alimentos separados uns dos outros e acessíveis facilmente.



DICA

Torne as lancheiras apelativas. Junte alimentos de várias cores e texturas. Utilize as formas de bolachas para fazer pequenas brincadeiras que vão fazer as delícias dos mais novos.



DICA

Pergunte à criança quais são as suas preferências (saudáveis). Valorizar as escolhas e as preferências das crianças evita surpresas desagradáveis na altura de lanchar e contribui para a sua autoconfiança.



SUGESTÃO 5

ENVOLVER A CRIANÇA



Aceitação

Partilha

Responsabilização

Envolver as crianças na preparação dos lanches deve ser uma **atividade lúdica e divertida!**

É uma excelente forma de passarem mais tempo juntos e simultaneamente de educar a criança para opções alimentares mais saudáveis. Ao dar à criança a oportunidade, de espontaneamente, contactar e experimentar novos sabores e texturas promove a aceitação e a responsabilidade pelas suas escolhas.

Transforme esta rotina numa brincadeira de família!



DICA



Dê asas à sua criatividade, invente histórias!

Use as características dos alimentos, como a cor ou o cheiro para criar uma aventura com super heróis e super poderes. Ao contar a história de ênfase aos super poderes dos alimentos evidenciando os seus benefícios. Quem não quer comer uma super cenoura capaz de dar uma super visão?



3. ALIMENTAÇÃO



“Sempre que comemos ou bebemos, estamos a alimentar a doença ou a **preveni-la.**”

(Institute for Integrative Nutrition)

É preciso persistência, paciência e vontade em doses generosas! Não desista e seja criativo. Não adie mais as opções saudáveis!



3. ATIVIDADE FÍSICA



POR QUE É ESSENCIAL?



Atividade Física

QUAIS SÃO AS RECOMENDAÇÕES?

Partindo destas duas perguntas, vamos perceber a importância da atividade física no crescimento e desenvolvimento das crianças.

A atividade física das crianças inclui:

- Jogos, brincadeiras e atividades lúdicas ativas
- Correr, subir e descer, saltar
- Prática de exercício físico organizado - desporto
- Andar de bicicleta



3. ATIVIDADE FÍSICA



BENEFÍCIOS

Promove as
competências
sociais

Melhora o
sono

Promove a
auto-estima

Melhora as
capacidades
cognitivas

Promove a
saúde e o
bem-estar

Fortalece os
ossos e os
músculos

Estimula a
autonomia

Melhora a
coordenação
motora



3. ATIVIDADE FÍSICA



**A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL
DE SAÚDE RECOMENDA**



60 minutos/dia de atividade física moderada a vigorosa

3 vezes/semana 30 minutos de atividade física vigorosa

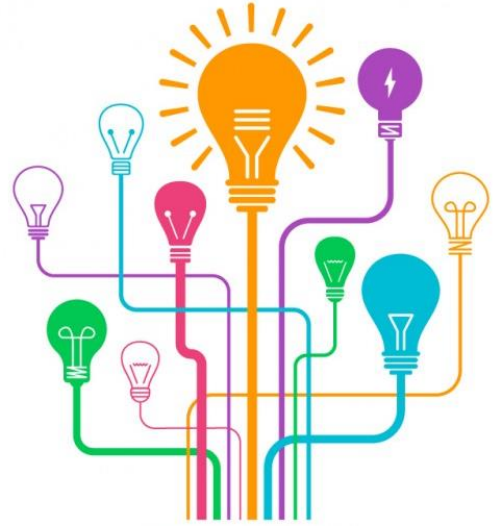


A atividade física para ser eficaz deve provocar aceleração da respiração e elevação da temperatura corporal.





SUGESTÕES



Siga as nossas sugestões para aumentar a prática de atividade física pelas crianças!



SABIA QUE

A atividade física das crianças diminui de forma significativa a partir dos 10 anos?

- Com a passagem para o segundo ciclo as horas de brincadeira diminuem quer durante a semana quer ao fim-de-semana. É fundamental contrariar esta tendência.



DICA

Limite o tempo que a criança passa em frente a ecrãs ao máximo de 2 horas/dia!

Não permita que as crianças com mais de 5 anos passem mais de 2h/dia em frente aos ecrãs recreativos. Até aos 2 anos não está recomendado este tipo de atividade e entre os 2 e os 4 anos não deve ultrapassar 1h.

3. ATIVIDADE FÍSICA



SUGESTÃO 6

VÁ A PÉ PARA A ESCOLA



**Opte por fazer o percurso para a escola a pé ou de bicicleta!
Para as crianças é muito mais divertido e também beneficia a sua saúde!**

Dê largas à imaginação! Invente histórias pelo caminho e transforme-se num cavaleiro com o seu pajem à caça do tesouro!

Se o percurso for demasiado longo para fazer a pé, saia na paragem anterior ou estacione o carro um pouco afastado da escola!



3. ATIVIDADE FÍSICA



SUGESTÃO 7

RECOMPENSE A CRIANÇA



Entusiasmo
Satisfação

Uma excelente forma de promover a atividade física nas crianças é mostrar-lhes a sua importância!



Mostre satisfação e entusiasmo sempre a criança manifesta interesse em atividades ativas! Está desta forma a valorizar o comportamento incentivando a criança à sua repetição.





SUGESTÃO 8

JOGOS TRADICIONAIS

60 min/dia



1. Jogar à macaca

2. Saltar ao elástico

3. Jogar ao lencinho

4. Corrida de sacos

Ensine às crianças como se divertia quando tinha a idade delas!

DICA

Troque o centro comercial pelo jardim!

Aos fins-de-semana reúna a família e os amigos em jardins! Basta uma bola para poder fazer inúmeras atividades/jogos diferentes.

3. ATIVIDADE FÍSICA



SUGESTÃO 9

A CRIANÇA ESCOLHE



Inscreva a criança num desporto!

Deixe que seja a criança a escolher qual o desporto que quer!

Deve ser dada a oportunidade às crianças de experimentarem diferentes desportos! Só assim conseguem perceber de qual gostam mais e para quais têm maior aptidão!



POR QUE É ESSENCIAL?



ÁGUA

QUAIS SÃO AS RECOMENDAÇÕES?

Partindo destas duas perguntas, vamos perceber a importância da hidratação no crescimento e desenvolvimento das crianças.



Importância da água para o nosso corpo:

- Transporta nutrientes
- Elimina resíduos pela urina
- Regula a temperatura corporal
- Melhora o desempenho físico e intelectual
- Promove o bom funcionamento de todos os órgãos



3. HIDRATAÇÃO



A ingestão diária de água deve ser suficiente para repor as perdas naturais. Esta depende da idade, da atividade física e da temperatura ambiente.

RECOMENDAÇÕES

Ingestão de água
proveniente de
bebidas /dia

Grupo etário	Sexo Feminino	Sexo Masculino
2 -3 anos	1,0 l	1,0 l
4 - 8 anos	1,2 l	1,2 l
9 - 13 anos	1,4 l	1,6 l
≥14 anos	1,5 l	1,9 l



SABIA QUE



A desidratação afeta o estudo?

- Quando se perde cerca de 2 a 4% da água corporal (desidratação ligeira) a função cognitiva é afetada dificultando a memorização, a atenção e a concentração. Por outro lado aumenta o cansaço.



DICA

Incentive a sua criança a beber água durante a atividade física!

As crianças não costumam pedir água enquanto brincam, é necessário incentivá-las a beber para repor a água perdida pelo aumento da temperatura corporal e pela transpiração durante as atividades físicas. Tenha especial atenção nos dias mais quentes.

4. ONDE PESQUISAR?



Informação credível



Onde
Pesquisar ?

Páginas da internet que pode consultar!

<http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/>

(DGS – Alimentação saudável)

<https://biblioteca.min-saude.pt/livro/alimentacao#page/1>

(DGS – Alimentação mediterrânica)

<https://www.youtube.com/watch?v=9wDXcUyY7MI&feature=youtu.be>

(DGS, FCNAP – SAL)

<http://www.alimentacaointeligente.dgs.pt/index.html>

(DGS – Alimentação inteligente)

<https://www.youtube.com/watch?v=3RqYC1GDdbSo>

(Ordem Nutricionistas – Alimentação saudável)

4. ONDE PESQUISAR?



Informação credível



Onde
Pesquisar ?

Páginas da internet que pode consultar!

<https://nutrimento.pt/activeapp/wp->

[content/uploads/2014/11/Cartaz As bebidas e a nossa saude impress%C3%A3o A3.pdf](https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2014/11/Cartaz_As_bebidas_e_a_nossa_saude_impress%C3%A3o_A3.pdf)

(DGS – Bebidas açucaradas)

<https://nutrimento.pt/noticias/descodificador-de-rotulos/>

(DGS – Rótulos dos alimentos)

[https://www.deco.proteste.pt/alimentacao/produtos-alimentares/noticias/campanha-de-olho-no-](https://www.deco.proteste.pt/alimentacao/produtos-alimentares/noticias/campanha-de-olho-no-rotulo-contra-excessos-alimentares)

[rotulo-contra-excessos-alimentares](https://www.deco.proteste.pt/alimentacao/produtos-alimentares/noticias/campanha-de-olho-no-rotulo-contra-excessos-alimentares)

(DECO – Rótulos dos alimentos)

PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS



Os pais são o **(bom)** exemplo dos filhos!



5. REFERÊNCIAS



- Conselho Nacional de Saúde. Gerações Mais Saudáveis: Políticas públicas de promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal. Lisboa: CNS, 2018
- DGC, & APN. (2013). Guia para educadores - Alimentação em idade escolar. (Direção Geral do Consumidor & Associação Portuguesa dos Nutricionistas, Eds.).
- DGS. (2015a). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020, 38. Acedido a 01-04-2018. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- DGS. (2015b). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. *Direção-Geral Da Saúde*, 1–110. Acedido a 01-04-2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015.aspx>
- DGS. (2017). Programa Nacional Para A Promoção Da Alimentação Saudável 2017.
- DSIA, & DSPDPS. (2018). Saúde Infantil e Juvenil - Portugal 2018. Lisboa.
- Garcez, A. (2018). Lanches Saudáveis, Melhor Aprendizagem. (2018 Nascente 20|20 Editora, Ed.) (1ª edição). Braga.
- Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Gomes, S; Ávila, HAM; Oliveira, B; Franchini, B (2016). Capitações de Géneros Alimentícios para Refeições em Meio Escolar: Fundamentos, Consensos e Reflexões, 2.ª edição. Porto: Associação Portuguesa dos Nutricionistas, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável da Direção-Geral da Saúde.
- Graça, P., Gregório, M. J., Santos, A., & Mendes de Sousa, S. (2015). REDUÇÃO DO CONSUMO DE AÇÚCAR EM PORTUGAL: EVIDÊNCIA QUE JUSTIFICA AÇÃO. Lisboa. Retrieved from https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1472833509ReducaoDoConsumoDeAcucaremPortugal.pdf
- Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, Mota J, Teixeira P, Rodrigues S, Lobato L, Magalhães V, Correia D, Carvalho C, Pizarro A, Marques A, Vilela S, Oliveira L, Nicola P, Soares S, Ramos E. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados. Universidade do Porto, 2017. ISBN: 978-989-746-181-1. Disponível em: www.ian-af.up.pt.
- Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal.
- Padrão, P., Lopes, A., Lima, R. M., & Graça, P. (2014). Hidratação Adequada em Meio Escolar. (Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável da Direção-Geral da Saúde., Ed.). Retrieved from http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1448969202hidratacaoemmeioescolar_digital.pdf
- Pinho, I., Franchini, B., & Rodrigues, S. (2016). Guia Alimentar Mediterrânico: Relatório justificativo do seu desenvolvimento.
- Pinho, I., Rodrigues, S., Franchini, B., & Graça, P. (2015). PADRÃO ALIMENTAR MEDITERRÂNICO: PROMOTOR DE SAÚDE. Lisboa. Retrieved from https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1455296179PadraoAlimentarMediterranico_Promotordesaude.pdf
- Ribeiro da Silva, P., Graça, P., Mata, F., Telo de Arriaga, M., & Jorge Silva, A. (2016). Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física e do Bem-Estar - ENPAF 2016-2025. Lisboa.
- www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/
- <https://biblioteca.min-saude.pt/livro/alimentacao>

5. REFERÊNCIAS - IMAGENS



Por ordem em que estão no documento

https://123RF.com/Tul_Chalothonrangsee
<https://d1png.com>
<https://photy.org/fr/photos-gratuites>
<https://pngtree.com>
<https://d1png.com>
<https://picclick.co.uk>
<https://lstock.com/anatols>
<https://pngimage.net>
<https://pixabay.com>
https://lstock.com/matka_Wariatka
<https://lstockphoto.com/urfunguss>
<https://www.kissclipart.com>
Background photo created by freepik - www.freepik.com
<https://lstock.com/3sbworld>
<https://lstock.com/Kobyakov>
<https://123RF.com/annunna1>
Background photo created by freepik - www.freepik.com
Food photo created by freepik - www.freepik.com
<https://pngtree.com>
<http://www.paniprado.com>
<https://www.hortasbiologicas.pt>
<https://lstock.com/Zheka-Boss>
<https://www.algarveprimeiro.com>
<https://imgur.com>
<https://www.flickr.com>
<https://lstock.com/atoss>
<https://lstock.com/Aamulya>
<https://www.picsnaper.com>
School photo created by jcomp - www.freepik.com
<https://pikstagram.com>
<http://lstock.com/Anetlanda>
<https://123RF.com/annunna1>
https://lstock.com/nata_vksidey
https://123RF.com/Cathy_Yeulet
<https://thebestphotos.eu>
<https://lstock.com/RTimages>
<https://lstock.com/Kobyakov>
https://123RF.com/Elena_Veselova
https://Shutterstock.com/Tania_Kolinko
<https://livesimply.me>

<https://istock.com/warrendgoldswain>
https://istock.com/a_namenko
<https://lstock.com/FotoMaximum>
<https://pixabay.com>
<https://lstock.com>
https://123RF.com/Elena_Blokhina
<https://lstock.com/Topsynette>
<https://https://www.shutterstock.com>
https://123RF.com/Somchai_Somsanitangkul
<https://lstock.com/windujedi>
<https://www.megapixl.com>
<https://thebestphotos.eu>
<https://www.revistarua.pt>
<https://www.jornaldenegocios.pt>
<https://lstock.com/noblige>
https://123RF.com/Elena_Veselova
<https://lstock.com/ThitareeSarmkasat>
<https://cartoondealer.com>
<https://lstock.com/didesign021>
<https://lstock.com/Ridofranz>
<https://Shutterstock.com/BRG.photography>
<https://Shutterstock.com/BRG.photography>
<https://Shutterstock.com/BRG.photography>
<https://lstock.com>
https://Shutterstock.com/Dragon_Images
<https://lstock.com/shalamov>
https://123rf.com/Luis_Louro
<https://123RF.com/lanak>
<https://pixabay.com>
<https://pixabay.com>
<https://lstock.com/windujedi>
<https://www.pexels.com>
<https://pixabay.com>
https://123RF.com/Wavebreak_Media_Ltd
<https://lstock.com/SelectStock>
<https://lstock.com/evgenyatamanenko>
<https://lstock.com/Wavebreakmedia>
<https://lstock.com/SerrNovik>
<https://www.pexels.com/>
<https://pixabay.com>
<http://doublex.ru/blog/news/1998.html>
<https://delas.ig.com.br/filhos/2016-01-08/5-dicas-para-controlar-o-consumo-de-doces-pelas-criancas.html>
<https://www.duden.de/rechtschreibung/Schokolade>
<https://www.atrian.pt/produto/pao-de-forma>
<https://eusouoelias.com/receitas-anabolicas/>
<https://pngimage.net>



RODA DA

ALIMENTAÇÃO MEDITERRÂNICA

CULTURA, TRADIÇÃO E EQUILÍBRIO!



DIETA MEDITERRÂNICA

Grupos:

1. Cereais, derivados e tubérculos: 4 a 11 porções
 2. Leguminosas: 1 a 2 porções
 3. Carne, pescado e ovos: 1,5 a 4,5 porções
 4. Laticínios: 2 a 3 porções
 5. Gorduras e óleos: 1 a 3 porções
 6. Frutas: 3 a 5 porções
 7. Hortícolas: 3 a 5 porções
- Água: 1,5l/dia





AÇÚCAR AOS CUBOS



Quantos são?



1 gelado 86 g



21g = 4 cubos



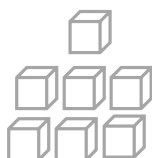
1 néctar 210 ml



24g = 5 cubos



1 lata
refrigerante 330 ml



35g = 7 cubos



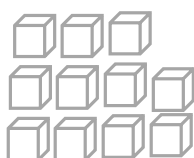
Gomas 90 gr



30g = 6 cubos



Chocolate leite 100g



56g = 11 cubos



2 fatias pão forma



5g = 1 cubo



3 Bolachas recheadas



13g = 2,5 cubos



1 pizza congelada
300g



13g = 2,5 cubos



1 cubo = 5g de açúcar



Apêndice XX

Questionário de Avaliação da Satisfação - Atividade 1



ATIVIDADE 1 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

Este questionário tem como objetivo avaliar a atividade 1 e é anónimo, pedimos que **não** identifique a sua identidade ou a do seu educando de forma alguma.

Para cada uma das seguintes afirmações, assinale com um círculo (O) o número que melhor se adequa à opinião que tem desta atividade, em que:

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo parcialmente
- 3- Não concordo nem discordo
- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo totalmente

1- Os assuntos abordados foram pertinentes.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2- A metodologia utilizada foi adequada.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3- A transmissão da informação foi eficaz.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4 - A duração da atividade foi adequada.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Para as afirmações seguintes assinale com uma cruz (X) o que melhor se adequa à sua opinião.

5 - Considero que esta atividade foi útil.

Sim Não

6 – Tenho intenção de concretizar o plano que defini durante a atividade.

Sim Não

Muito obrigada, a sua colaboração foi muito importante.

Alimentação saudável!

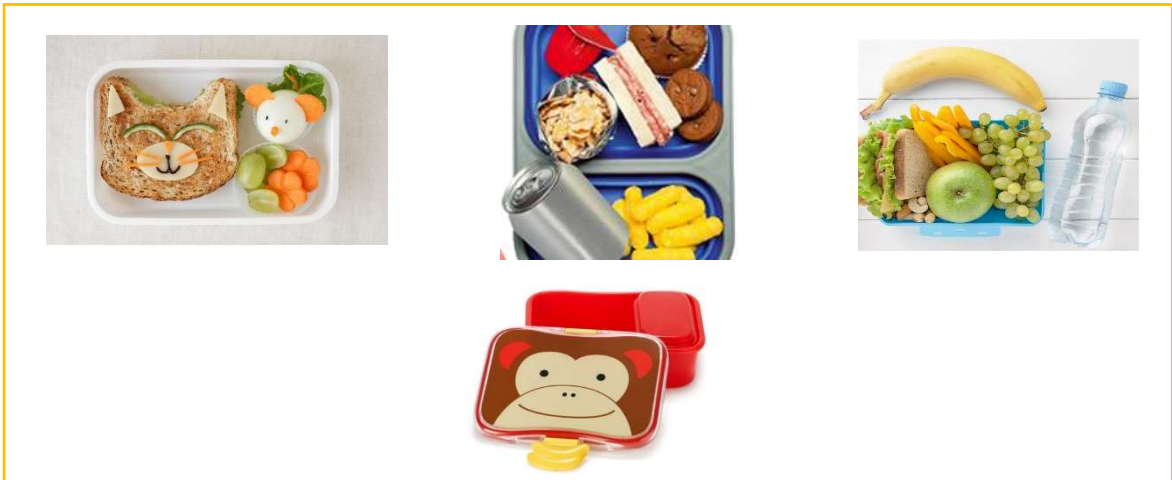
Descobre os alimentos que fazem bem à saúde e faz um círculo à sua volta.



Faz um círculo à volta dos alimentos que só deves comer em dias de festa?



Liga os lanches saudáveis à lancheira.



Encontra na embalagem a lista de ingredientes e a lista de nutrientes, faz um círculo à volta de cada uma.

© PRODUTO CONTROLADO POR TESTES EM LABORATÓRIO. SERVIÇO DE INFORMAÇÃO AO CONSUMIDOR
 Apartado 60111, 2701-997 Amadora.
 E-mail: siga.as.cores@sonaeimc.com

DISTRIBUÍDO POR:
 Modelo Continente Hipermercados, S.A.
 Rua João Mendonça, 505 - 4464-503 Senhora da Hora.

IOGURTE AÇUCARADO COM 3,1% DE M.G.
INGREDIENTES: Leite pasteurizado magro, natas (contém leite), açúcar de cana (6%), açúcar (3,5%), lactose e proteínas lácteas, fermentos lácteos.

Conservar entre 0 °C e 6 °C. CONSUMIR ATÉ: (ver tampa). LOTE: (ver tampa).

Selo de salubridade: **125g**

DECLARAÇÃO NUTRICIONAL	POR 100 g DE PRODUTO	FOR PORÇÃO (125 g)	%SDR*	DR#
ENERGIA	383 kJ / 91 kcal	479 kJ / 114 kcal	6	8400 kJ / 2000 kcal
LÍPIDOS DOS QUAIS: ÁCIDOS GORDOS SATURADOS	3,1 g / 2,0 g	3,9 g / 2,5 g	6 / 13	70 g / 20 g
HIDRATOS DE CARBONO DOS QUAIS: AÇÚCARES	13 g / 13 g	16 g / 16 g	6 / 18	260 g / 90 g
FIBRA	0,0 g	0,0 g	-	-
PROTEÍNAS	3,0 g	3,8 g	8	50 g
SAL	0,1 g	0,2 g	3	6 g

O teor de sal é unicamente devido à presença natural de sódio.

* Dose de Referência (DR) - Doses de referência para um adulto médio (8.400 kJ/ 2.000 kcal)

SIGA AS CORES: Opte por escolher alimentos que apresentem mais nutrientes a verde e laranja do que a vermelho.

Sugestão de apresentação

iogurte natural
 com **AÇÚCAR de CANA**

125g

Apêndice XXII
Avaliação das Atividades Programadas

Avaliação das Atividades Programadas

A avaliação das atividades programadas é fundamental para a tomada de decisão em enfermagem comunitária, pois permite-nos averiguar a necessidade de reformular o projeto, alguma das suas etapas ou se os objetivos são superados e neste caso continuar ou adaptar a intervenção de acordo com a atualização do diagnóstico de situação. (Tavares, 1990) (Imperatori & Giraldes, 1993)

Neste sentido, Tavares (1990) realça a importância do rigor nesta etapa destacando a necessidade de estabelecer critérios que permitem determinar se um objetivo é ou não atingido. Tal só é possível se o critério for mensurável, para operacionalizar este processo, devem ser criados indicadores de avaliação. O mesmo autor entende que um indicador “representa uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação.” (p.120) e identifica dois tipos de indicadores de avaliação no processo de planeamento em saúde, os indicadores de resultado ou de impacto e os indicadores de atividade ou de execução. Os primeiros medem a situação atual de um problema ou as alterações nele verificadas, enquanto os segundos medem as atividades realizadas pelos serviços para reduzir o problema.

Para além da avaliação do cumprimento dos indicadores, é importante avaliar a satisfação dos encarregados de educação relativamente à atividade 1, para tal aplicamos um questionário constituído por quatro questões colocadas sob a forma de escala de *likert* de 5 pontos, que permitem avaliar a pertinência dos assuntos abordados, a adequação da metodologia, a eficácia da transmissão da informação e a adequação do tempo da atividade. Para cada um destes itens a pessoa assinala o que melhor corresponder à sua opinião em que 1 corresponde a “Discordo totalmente” e 5 corresponde a “Concordo totalmente”. São também colocadas duas questões de resposta dicotómica, sim ou não, que permitem avaliar se os encarregados de educação consideram a atividade útil e se pretendem implementar o plano que estabeleceram durante a atividade para a preparação de lanches escolares saudáveis.

Seguidamente apresentamos a avaliação das atividades programadas, começando pela avaliação dos indicadores de atividade globais, após a qual apresentamos para cada atividade a avaliação dos indicadores de resultado, dos indicadores de atividade específicos e, se aplicável, os de satisfação.

Relativamente à avaliação da produtividade, podemos afirmar que cumprimos todos os objetivos a que nos propusemos, na medida em que, executámos todas as

atividades programadas e elaborámos todo o material de suporte necessário à sua implementação. Assim, executámos as seguintes atividades:

- Atividade 1: Sessão de EpS dirigida aos encarregados de educação
- Atividade 2: Criação do prémio anual “Turma + Saudável”
- Atividade 3: Sessão de EpS dirigida às crianças
- Atividade 4: Criação de conteúdos digitais sobre promoção da saúde

Calculando o resultado do indicador percentagem de atividades realizadas (meta: 65%):

$$\frac{\text{Número atividades realizadas}}{\text{Número de atividades programadas}} \times 100 = \frac{4}{4} \times 100 = 100\%$$

Verificamos que atingimos e ultrapassámos a meta estabelecida de 65% de atividades realizadas, uma vez que implementámos a totalidade (100%) das mesmas.

No que respeita à elaboração de material de suporte para a implementação das atividades, elaborámos os seguintes:

- Atividade 1:
 - Informação sobre alimentação saudável em formato de slides no programa *Microsoft powerpoint*®
 - Ficha “*Brainstorming*” para preenchimento pelos encarregados de educação no decorrer da atividade
 - Ficha de avaliação da atividade e da satisfação
- Atividade 2:
 - Regulamento da atribuição do prémio “Turma + Saudável”
 - Cartaz para registo das atividades e dos comportamentos saudáveis implementados pelas crianças e pela turma
 - Cartaz de divulgação do prémio “Turma + Saudável”
 - Diploma a atribuir às crianças da turma vencedora do prémio
- Atividade 3:
 - Informação sobre alimentação saudável em formato de slides no programa *Microsoft powerpoint*®
 - Descodificador de rótulos de produtos alimentares
 - Ficha de avaliação de conhecimentos adquiridos
- Atividade 4:
 - Conteúdo informativo do separador “Promoção da Saúde” da página de *internet* do Agrupamento de Escolas Nuno Gonçalves

- Manual “Promoção de Estilos de Vida Saudáveis em Crianças do 1º Ciclo”

O cálculo do indicador percentagem de material de suporte elaborado (meta: 80%):

$$\frac{\text{Número de materiais de suporte realizados}}{\text{Número de materiais de suporte planeados}} \times 100 = \frac{12}{12} \times 100 = 100\%$$

Indica que atingimos a meta estabelecida de 80%, uma vez que elaborámos todo o material de suporte às atividades que planeámos (100%).

Atividade 1 – Sessão de EpS dirigida aos Encarregados de Educação

Em relação à avaliação da atividade 1 calculámos o indicador de atividade percentagem de encarregados de educação que participam na atividade 1 (meta: 30%):

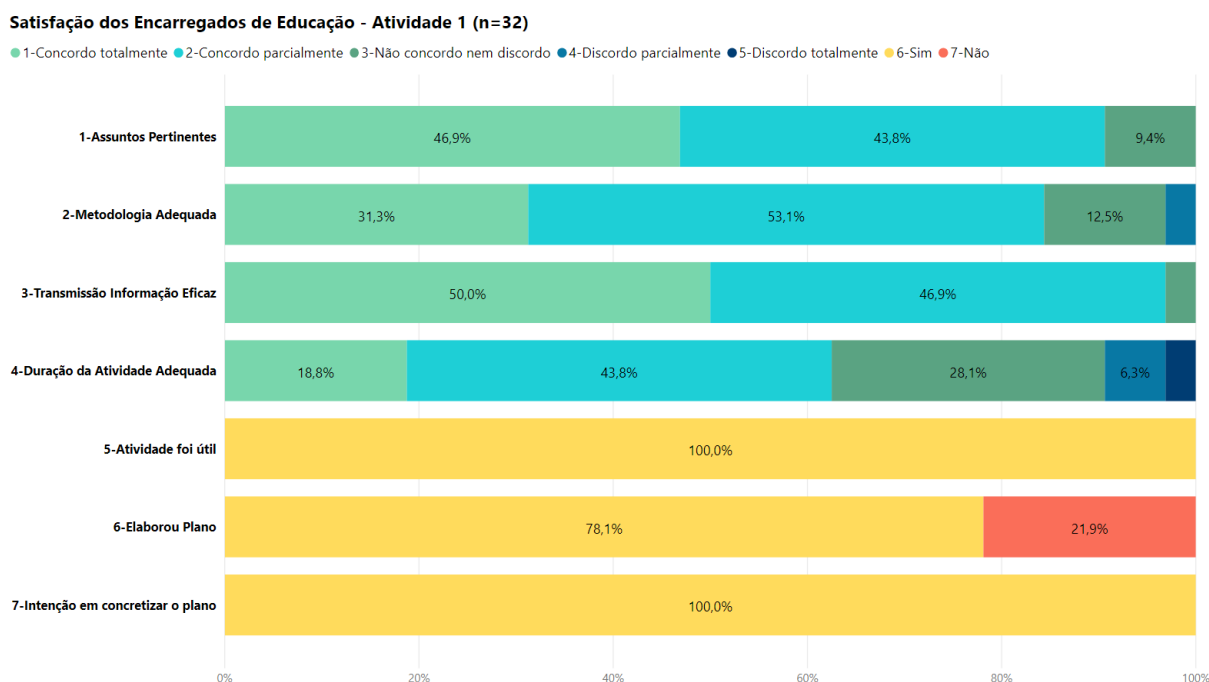
$$\frac{\text{Número de encarregados de educação que participam na atividade 1}}{\text{Número de encarregados de educação que deram consentimento informado}} \times 100 = \frac{32}{49} \times 100 = 65,3\%$$

O indicador de resultado percentagem de encarregados de educação que definem um plano de ação para melhorar os hábitos alimentares ao lanche das crianças (meta: 30%):

$$\frac{\text{Número de encarregados de educação que definiram um plano de ação}}{\text{Número de encarregados de educação que participam na atividade 1}} \times 100 = \frac{25}{32} \times 100 = 78,1\%$$

E avaliámos a satisfação relativa à atividade 1 através do autopreenchimento pelos encarregados de educação da ficha de avaliação da atividade e da satisfação, sendo os resultados apresentados no gráfico seguinte.

Gráfico 1. Distribuição das respostas dos encarregados de educação relativa à avaliação da atividade 1 e à elaboração do plano de ação para melhorar os hábitos alimentares ao lanche das crianças



Pela análise dos resultados obtidos, concluímos que a implementação da atividade 1 foi bem-sucedida, por um lado cumprimos com êxito as metas estabelecidas e por outro, os encarregados de educação ficaram, de um modo geral, satisfeitos com a sessão de EpS. A adesão foi de 65,3% (meta 30%), o que consideramos bastante favorável. Sabemos que é necessário as famílias adaptarem a gestão do quotidiano para terem disponibilidade de participar em atividades que exigem ocupação de tempo, tarefa que nem sempre é possível ou fácil por motivos profissionais, de deslocação ou de outros compromissos familiares. Para este bom resultado, muito contribuiu o *timing* em que a atividade decorreu, pois foi planeada para a data coincidente com as reuniões de pais de início do segundo período letivo. Evitou-se desta forma, deslocações extra dos encarregados de educação à escola, facilitando assim, a acessibilidade e a equidade no acesso a informação sobre alimentação infantil saudável.

A atividade decorreu de forma dinâmica e os encarregados de educação estiveram participativos, houve vários momentos de discussão e partilha de ideias, de sentimentos, de experiências e de opiniões sobre a preparação dos lanches escolares, suscitados principalmente pelas questões lançadas durante a apresentação, pelo preenchimento da ficha “*brainstorming*” e pelas dicas e sugestões apresentadas para

melhorar a qualidade nutricional dos lanches. Sentimos um verdadeiro interesse da maioria dos encarregados de educação e 78,1% definiu um plano de ação para implementar na preparação desta refeição, ultrapassando largamente a meta de 30% estabelecida. Motivo pelo qual nos sentimos esperançados que haverá um compromisso com a implementação deste plano e assim, uma melhoria nos hábitos alimentares das crianças.

A maioria dos encarregados de educação considerou os assuntos abordados pertinentes, 43,8% respondeu “concordo parcialmente” e 46,9% respondeu “concordo totalmente”. Também consideraram a metodologia adequada, 53,1% respondeu “concordo parcialmente” e 31,3% respondeu “concordo totalmente”. Em relação à transmissão da informação, consideraram-na eficaz com 46,9% a responderem “concordo parcialmente” e 50% a responderem “concordo totalmente”. Relativamente à duração da atividade a maioria considerou adequada, 43,8% respondeu “concordo parcialmente” e 18,8% respondeu “concordo totalmente”, no entanto 28,1% respondeu “não concordo nem discordo”, o que pensamos que esteja relacionado com o facto da atividade ter começado com bastante atraso, facto que motivou a redução do tempo disponível para aprofundar alguns assuntos que motivaram maior discussão entre o grupo. No entanto todos os encarregados de educação consideraram a atividade útil.

Futuramente, devemos ter em consideração no planeamento de sessões de EpS a possibilidade de imprevistos, como o atraso ocorrido na chegada dos encarregados de educação, que nos causou alguma dificuldade em cumprir todos os objetivos definidos num intervalo de tempo menor do que o previsto. Ainda assim, sentimos que nos adaptamos e que conseguimos manter os encarregados de educação interessados e focados na atividade. E acima de tudo, temos a convicção que a mesma, teve um impacto positivo na consciencialização de que é possível fazer diferente, mais saudável e ao gosto da criança, um passo importante para a tomada de decisão.

Atividade 2 – Criação do prémio anual “Turma + Saudável”

No que respeita à atividade 2, calculamos o indicador de atividade número de turmas do 2º e 3º anos da EBSG que participam no concurso “Turma + Saudável” (meta: 2):

Número de turmas do 2º e 3º anos da EBSG que participam no concurso “Turma + Saudável” = 3

Todas as turmas aderiram a esta atividade, o que nos deixa particularmente satisfeitos por motivos distintos. Por um lado, porque é uma atividade que envolve diariamente toda a comunidade escolar, as crianças e as famílias em ações que motivam estilos de vida saudáveis e que decorre até ao final do ano letivo, e por outro, porque inclui a participação de parceiros da comunidade, concretamente a Junta de Freguesia de Arroios. Esta patrocina o prémio, mas mais importante, irá participar na entrega do mesmo à turma vencedora, à qual será prestada homenagem pública na festa de encerramento do ano letivo. Consideramos o prémio e a homenagem aspetos fundamentais, são ações de reforço positivo e de reconhecimento público que valorizam a adoção de estilos de vida saudáveis.

Atividade 3 – Sessão de EpS dirigida às crianças “Eu leio o rótulo”

Para a atividade 3 calculámos o indicador de atividade percentagem de crianças que participam na atividade 3 (meta: 80%):

$$\frac{\text{Número de crianças que participam na atividade 3}}{\text{Número de crianças com consentimento informado}} \times 100 = \frac{49}{49} \times 100 = 100\%$$

E verificamos que a adesão à mesma foi de 100%, significa que superámos a meta estabelecida de 80%. As sessões de EpS foram dinamizadas em cada uma das turmas dentro do seu horário letivo, motivo pelo qual todos os alunos com consentimento informado participaram.

Calculámos também os indicadores de resultado percentagem de crianças que identificam alimentos fundamentais para crescer com saúde e alimentos prejudiciais à saúde (meta: 50%):

$$\frac{\text{Número de crianças que identificam corretamente alimentos fundamentais para crescer com saúde e alimentos prejudiciais à saúde}}{\text{Número de crianças que participam na Atividade 3}} \times 100 = \frac{37}{49} \times 100 = 75,5\%$$

percentagem de crianças que identificam alimentos que apenas devem ser ingeridos em ocasiões especiais (meta: 50%):

$$\frac{\text{Número de crianças que identificam corretamente alimentos que apenas devem ser ingeridos em ocasiões especiais}}{\text{Número de crianças que participam na Atividade 3}} \times 100 = \frac{43}{49} \times 100 = 87,8\%$$

percentagem de crianças que distinguem um lanche saudável de outro não saudável (meta: 50%):

$$\frac{\text{Número de crianças que distinguem um lanche saudável de outro não saudável}}{\text{Número de crianças que participam na Atividade 3}} \times 100 = \frac{47}{49} \times 100 = 95,9\%$$

E percentagem de crianças que identificam nos rótulos dos alimentos a informação alimentar e nutricional (meta: 50%):

$$\frac{\text{Número de crianças que identificam corretamente nos rótulos dos alimentos a informação alimentar e nutricional}}{\text{Número de crianças que participam na Atividade 3}} \times 100 = \frac{44}{49} \times 100 = 89,8\%$$

Ao analisar os resultados obtidos, concluímos que a implementação da atividade 3 teve sucesso. Em todos os indicadores de resultado superámos as metas estabelecidas, tal demonstra que houve aquisição de conhecimentos por parte das crianças. Assim, 75,5% (meta 50%) destas foi capaz de distinguir corretamente alimentos fundamentais para crescer com saúde de alimentos prejudiciais à saúde, 87,8% (meta 50%) identificou corretamente alimentos que apenas devem ser consumidos em ocasiões especiais, 95,9% (meta 50%) das crianças distinguiu corretamente lanches saudáveis de lanches não saudáveis, e por fim, 89,9% (meta 50%) das crianças foi capaz de identificar corretamente a informação nutricional e a informação alimentar no rótulo dos alimentos.

A sessão de EpS decorreu de forma muito dinâmica, interativa e divertida. A totalidade das crianças mostrou muito interesse em participar nas várias atividades propostas, quiseram manipular as embalagens vazias de alimentos, utilizar os decodificadores de rótulos para identificar a qualidade nutricional (se os alimentos eram bons, médios ou maus) de acordo com a quantidade de açúcar e de gordura presentes e, todos estiveram interessados em ver a quantidade de açúcar que os alimentos e as bebidas contêm pela equivalência em cubos de açúcar. Esta atividade foi muito gratificante pelo entusiasmo e pela alegria demonstrados pelas crianças, e que nos leva a acreditar que a aprendizagem foi para elas significativa.

Atividade 4 – Conteúdos digitais sobre promoção da saúde

Relativamente à atividade 4, planeámos calcular o indicador de atividade “número de encarregados de educação que visitam o separador sobre Promoção da

Saúde na página da *internet*” no final do ano letivo 2018/2019, sendo a meta estabelecida de 15 encarregados de educação.

Ao longo da implementação desta atividade deparámo-nos com alguns constrangimentos, sentimos dificuldade em articular com a equipa gestora do *site* do Agrupamento de Escolas Nuno Gonçalves, isto porque a mesma pertence a uma entidade externa ao agrupamento escolar e não nos foi possível contactar diretamente com os seus elementos. Como tal, a comunicação foi mediada por uma professora do agrupamento. Não sabemos se por impossibilidade técnica ou se por alguma falha de comunicação, não foi criado o separador Promoção da Saúde, em vez disso, disponibilizaram o conteúdo elaborado (página inicial do separador e Manual de Promoção da Saúde) em formato *Portable Document Format* (PDF) na secção do *site* “Destacamos” destinada a informações temporárias. Não conseguimos deixar de sentir alguma frustração relacionada com este acontecimento, não só porque nos empenhamos em elaborar conteúdos apelativos, de fácil leitura e rapidamente acessíveis, mas essencialmente porque as crianças e as famílias não vão poder usufruir deles sempre que lhes seja útil, prejudicando o acesso a informação em saúde.

Anexo I

Determinantes Sociais da Saúde – Modelo de Dahlgren e Whitehead

Determinantes Sociais da Saúde – Modelo de Dahlgren e Whitehead



Adaptado de: Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1992). Politiques et stratégies en faveur de l'égalité devant la santé. OMS Bureau régional de l'Europe.

Anexo II

Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados



Autorização n.º 5697/ 2018

Helena Isabel Ribeiro Nunes notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico com Intervenção, denominado Promoção de hábitos de vida saudáveis em crianças do primeiro ciclo .

Existe justificação específica para o tratamento de dados comportamentais, psicológicos ou volitivos, os quais estão diretamente relacionados com a investigação.

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.



A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

Responsável – Helena Isabel Ribeiro Nunes

Finalidade – Estudo Clínico com Intervenção, denominado Promoção de hábitos de vida saudáveis em crianças do primeiro ciclo

Categoria de dados pessoais tratados – Código do participante; idade/data de nascimento; género; composição do agregado familiar sem identificação dos membros; dados de qualidade de vida/efeitos psicológicos; comportamentais, psicológicos ou volitivos com conexão com a Investigação

Exercício do direito de acesso – Através dos investigadores, presencialmente/ por escrito

Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário – Não existem

Prazo máximo de conservação dos dados – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 24-04-2018



A Presidente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Filipa Calvão'.

Filipa Calvão