



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

CRESCER Forte, Saudável e Feliz:

**Promoção da alimentação saudável
em ambiente escolar.**

Susana Isabel Silva Oliveira Mendes

Orientação: Professora Doutora Ana Maria Barros Pires

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

CRESCER Forte, Saudável e Feliz:

**Promoção da alimentação saudável
em ambiente escolar.**

Susana Isabel Silva Oliveira Mendes

Orientação: Professora Doutora Ana Maria Barros Pires

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

RESUMO

A obesidade infantil constitui um importante problema de saúde pública, onde os hábitos alimentares são determinantes. Foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária em saúde escolar, segundo a metodologia do planejamento em saúde dirigida à promoção de hábitos alimentares saudáveis em ambiente escolar. **Objetivos:** capacitar as crianças do 2º ano do 1º ciclo do ensino básico e suas famílias para a adoção de hábitos alimentares saudáveis. **Metodologia:** Estudo descritivo não experimental com recurso a aplicação de um questionário, avaliação de dados de saúde e observação direta dos lanches escolares. **Resultados:** Das 46 crianças avaliadas 17,1% apresentava pré-obesidade e 17,1% obesidade, evidenciando hábitos alimentares inadequados. **Conclusões:** A estratégia da educação para a saúde em ambiente escolar através de atividades dinâmicas e interativas contribuiu para a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis com aumento do consumo de fruta e redução dos alimentos de elevada densidade energética nos lanches escolares.

Palavras-Chaves: Obesidade infantil; Promoção da alimentação saudável; Enfermagem de saúde escolar.

ABSTRACT

Childhood obesity is an important public health problem, where eating habits are determinant. A project of community intervention in school health was developed, according to the methodology of health planning directed to the promotion of healthy eating habits in school environment. **Objectives:** To enable the children of the 2nd year of primary education and their families to adopt healthy eating habits. **Methodology:** Non-experimental descriptive study with the application of questionnaires, health data evaluation and direct observation of school

snacks. **Results:** Of the 46 children evaluated, 17.1% presented pre-obesity and 17.1% obesity, evidencing inadequate eating habits. **Conclusions:** The strategy of health education in the school environment through dynamic and interactive activities has contributed to the adoption of healthier eating habits with increased consumption of fruit and reduction of high energy density foods in school snacks.

Key-words: Childhood obesity; Promotion of healthy eating; School health nursing.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Etapas da Metodologia do Planeamento em Saúde descritas por Imperatori e Giraldes	34
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Caracterização da amostra por Sexo e Idade	47
Gráfico 2 - Estado nutricional da amostra	48
Gráfico 3 - Percentil do IMC da amostra por sexo	48
Gráfico 4 - consumo alimentar nas frequências diárias e 1 a 3 dias da semana	50
Gráfico 5 - Frequência do consumo alimentar da amostra	52
Gráfico 6 - Alimentos observados nos lanches escolares	54
Gráfico 7 - Alimentos observados nos lanches escolares antes e após a intervenção	67

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados por subescalas do Questionário Alimentar de Crianças (CFQ).	53
Tabela 2 – Análise nutricional de um dos lanches observados.....	56
Tabela 3 - Metas e indicadores definidos por objetivo específico.....	59
Tabela 4 - Avaliação dos objetivos específicos e metas.....	66

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 - Fatores influentes da obesidade infantil: esquema da IOFT	XCVII
---	-------

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Solicitação de autorização ao Coordenador da USF	C
APÊNDICE 2 - Solicitação de autorização ao Coordenador do Programa de Saúde Escolar	CII
APÊNDICE 3 - Solicitação de autorização ao Diretor Executivo do ACeSA	CIV
APÊNDICE 4 - Solicitação de autorização a Professora Coordenadora do Agrupamento de Escolas	CVI
APÊNDICE 5 - Solicitação de autorização para utilização do Questionário Alimentar para Crianças	CVIII
APÊNDICE 6 - Solicitação de parecer à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT	CXII
APÊNDICE 7 - Consentimento livre e informado	CXXIX
APÊNDICE 8 - Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT	CXXXII
APÊNDICE 9 - Grelha de registo da observação dos lanches escolares	CXXXVII
APÊNDICE 10 - Questionário aplicado	CXXXIX
APÊNDICE 11 - Grelha de registos das avaliações de antropometria e tensão arterial	CXLIV
APÊNDICE 12 - Determinação de prioridades: Grelha de análises	CXLVI
APÊNDICE 13 - Descrição das atividades "Como, Onde, Quando e Quem"	CXLIX
APÊNDICE 14 – Resumo do artigo científico	CLII
APÊNDICE 15 – Previsão de recursos	CLVI
APÊNDICE 16- Sessão 1: A alimentação saudável e a roda dos alimentos	CLVIII
APÊNDICE 17 -Sessão 2: Conhecer novos sabores: frutas, hortícolas e leguminosa	CLXIII
APÊNDICE 18 - Sessão 3: A lancheira dos heróis	CLXVIII
APÊNDICE 19 - Sessão 4: Os hidratos de carbono: um prato cheio de energia	CLXXII
APÊNDICE 20 - Sessão 5: O SRº Dentolas	CLXXV
APÊNDICE 21 - Avaliação das Atividades	CLXXVII
APÊNDICE 22 – Placard "O que precisamos para crescer..."	CLXXX
APÊNDICE 23 - Placard - " A Roda dos Alimentos"	CLXXXII
APÊNDICE 24 - Formação "Teste de mantoux"	CLXXXIV

SIGLAS

COSI -Childhood Obesity Surveillance Initiative

PNS- Plano Nacional de Saúde

PNPAS - Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

USF – Unidade de Saúde Familiar

ECSP – Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

CFQ - Questionário Alimentar para Crianças

PNSE – Plano Nacional Saúde Escolar

DNT`s – Doenças não Transmissíveis

OMS-Euro – Região Europeia da Organização Mundial de Saúde

SEVNI – Sistema Europeu de Vigilância Nutricional Infantil

IAN-AF – Inquérito Alimentar Nacional – Atividade Física

OMS – Organização Mundial de Saúde

IMC – Índice de massa Corporal

IFOT – International Obesity Task Force

P -Percentil

ACeSA – Agrupamentos de Centros de Saúde da Arrábida

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1.1. Obesidade infantil: um problema de saúde pública.....	18
1.1.1. Determinantes da Obesidade Infantil.....	21
1.1.2. Estratégias para a prevenção da obesidade infantil.....	25
1.2. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na promoção da saúde em ambiente escolar	30
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA.....	33
2.1. Metodologia do Planeamento em Saúde.....	33
2.2. Caracterização do Contexto	36
2.2.1. Caracterização da Unidade de Saúde	37
2.2.2. Caracterização do Concelho	39
2.3. Diagnóstico de situação.....	41
2.3.1. Considerações Éticas	41
2.3.2. Metodologia	43
2.3.2.1. População alvo e amostra	43
2.3.2.2. Instrumentos e método de recolha de dados	44
2.3.2.3. Apresentação e discussão dos resultados	47
2.4. Determinação de Prioridades.....	57
2.5. Fixação de objetivos	57
2.5.1. Metas e indicadores	59

2.6. Seleção de estratégias.....	59
2.7. Preparação operacional e Implementação	61
2.7.1. Seleção das atividades e cronograma de atividades	62
2.7.2. Recursos.....	63
2.7.3. Atividades desenvolvidas.....	63
2.8. Seguimento “Follow Up” do projeto	65
2.9. Avaliação do projeto.....	66
3. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM E DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	71
4. CONCLUSÃO.....	81
5. BIBLIOGRAFIA	86

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos diferentes políticas ao nível internacional e nacional têm sido desenvolvidas no sentido de influenciar os determinantes em saúde. A promoção de estilos de vida saudáveis e particularmente da alimentação saudável tem sido alvo de diversas estratégias. Contudo, a obesidade, um dos principais reflexos dos erros alimentares, continua a somar novos casos anualmente. Em Portugal, em 2016, de acordo com o estudo *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI), mais de 30% das crianças entre os 6 e os 8 anos apresentavam excesso de peso das quais 11,7% apresentava obesidade. Segundo o mesmo estudo, as crianças desta faixa etária têm hábitos alimentares inadequados, caracterizados por baixa ingestão diária de legumes e frutas frescos e consumo elevado de alimentos ricos em açúcar e/ou gordura (Rito, Sousa, Mendes, & Graça, 2017).

O excesso de peso na infância tem efeitos negativos imediatos e a longo prazo, na saúde e bem-estar da criança, aumenta o risco de desenvolvimento de comorbilidades e de obesidade na idade adulta, que é duas vezes superior ao das crianças de peso normal (Singh, Mulder, Twisk, Mechelen, & Chinapaw, 2008). O impacto do excesso de peso ultrapassa o indivíduo, atinge a família, a comunidade e a sociedade. Contribui para o desenvolvimento de inúmeras doenças crónicas, para o aumento dos anos de vida perdidos e para elevados custos económicos diretos e indiretos. De origem multifactorial, a obesidade nas crianças decorre principalmente de fatores exógenos onde o ambiente obesogénico é reconhecido como o agente etiológico mais influente, dado que aumenta a disponibilidade de alimentos de elevada densidade energética e predispõe para estilos de vida mais sedentários (Gearhardt, et al., 2012). O excesso de peso é um problema de difícil resolução, as abordagens tendem a não ter os resultados esperados (Camolas, Gregório, Sousa, & Graça, 2017), pelo que a melhor forma de travar o excesso de peso em todo o ciclo vital é prevenindo o excesso de peso durante infância. Neste sentido, o Plano Nacional de Saúde (PNS) extensão-2020 assume a meta: “controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015, p.12). Para o alcance desta meta o Programa

Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) assume como carácter prioritário o desenvolvimento de estratégias promotoras de hábitos alimentares saudáveis (Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável [PNPAS], 2017).

A literatura evidencia que os hábitos alimentares aprendidos em idade escolar são determinantes na saúde das crianças e posteriormente nos comportamentos alimentares durante toda a vida. A aquisição desses hábitos e a sua consolidação resulta de um processo construtivo, onde as escolhas são influenciadas pela socialização cultural e limitadas pelo ambiente físico e social, onde se destaca o ambiente escolar, pela influência que pode exercer na aquisição de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis (Brown, Buchan, Baker, Frank & Kilgore, 2016). A escola tem sido referida como um ambiente de eleição, capaz de influenciar os hábitos alimentares das crianças em idade escolar, através de intervenções dirigidas à promoção dos hábitos alimentares saudáveis (LaChausse, 2017; Lloyd, et al., 2018; Aparco, Bautista-Olórtegui, & Pillaca, 2017; Waters, et al., 2018).

O presente relatório de estágio, que decorreu numa Unidade de Saúde Familiar (USF) de um concelho do distrito de Setúbal, desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, pretende explicitar o projeto que foi desenvolvido na área da promoção de hábitos alimentares saudáveis em ambiente escolar, concebido após identificação desta área como uma das prioridades da população infantil abrangida pela USF detetada no diagnóstico de situação.

A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (ECSP) desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade, cujo foco de atenção primordial é a promoção da saúde das populações e de toda a comunidade, num processo de capacitação com vista à obtenção de ganhos em saúde. O enfermeiro especialista nesta área detém competências para responder de forma apropriada às necessidades das diferentes pessoas, grupos ou comunidades (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018). Neste processo, o enfermeiro especialista reflete sobre as necessidades de saúde dos indivíduos, famílias, grupos e comunidade, estabelece prioridades e estratégias, procede à avaliação dos resultados obtidos relacionando-os com os objetivos estabelecidos, num processo permanente de interação com a comunidade e os seus recursos. De forma a conhecer os fatores que condicionam a saúde de uma comunidade, ou seja, os seus determinantes e estabelecer o planeamento de uma intervenção adequada e adaptada à sua realidade e necessidades de uma comunidade, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e

Saúde Pública (EEECSP) recorre ao planeamento em saúde, como preconizado nas competências específicas desta área de especialização. Assim, o planeamento em saúde constitui a base metodológica do projeto desenvolvido, enquadrado no referencial teórico de enfermagem de Nola Pender, o Modelo de Promoção de Saúde.

O planeamento em saúde representa um processo de intervenção sobre a realidade definido como *“a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes de vários setores socioeconómicos”* (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 6). Representa um processo dinâmico, constituído por diferentes fases interdependentes que permite o diagnóstico de situação, com identificação das necessidades e/ou problemas de saúde da população, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de projetos ou programas, preparação da execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1982).

O projeto de intervenção comunitária teve como ponto de partida a perceção, transmitida pelos informadores-chave, da existência de excesso de peso e de hábitos alimentares inadequados nas crianças em idade escolar (6-12anos). No sentido de conhecer esta realidade procedeu-se ao diagnóstico de situação que permitiu identificar os hábitos alimentares inadequados, em crianças do 1º ano do 1º ciclo do ensino básico de uma escola do concelho abrangido pela USF, como uma problemática presente e uma necessidade de intervenção. A população-alvo deste projeto de intervenção comunitária foram as crianças do 2º ano do 1º ciclo do ensino básico, que no período em que decorreu o diagnóstico, frequentavam o 1º ano letivo.

Os instrumentos de recolha de dados utilizados na etapa do diagnóstico foi a avaliação de dados de saúde, a observação direta dos lanches escolares e a aplicação de um questionário. O questionário é constituído por 3 partes elaboradas pela mestranda que contemplam a introdução alimentar, antecedentes familiares e a frequência alimentar e a quarta parte corresponde ao Questionário Alimentar para Crianças (CFQ) traduzido e adaptado para a população Portuguesa por Victor Viana, que cedeu e autorizou a sua utilização.

Para fazer face ao problema identificado foi delineada uma estratégia de intervenção, baseada na promoção de hábitos alimentares saudáveis, enquadrada na promoção da saúde e educação para a saúde. Assim, surgiu o presente projeto de intervenção comunitária intitulado **“CRESCER Forte, Saudável e Feliz”**: **Promoção da alimentação saudável em ambiente escolar.**

Inserido no Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE), no eixo estratégico da capacitação, onde o enfermeiro especialista assume um papel de destaque não só pela articulação que garante entre a saúde e a educação, como pela educação e promoção da saúde que desenvolve em ambiente escolar.

O presente projeto procurou responder às necessidades da população, ou seja, intervir na problemática dos hábitos alimentares, assim o objetivo geral definido foi: *Capacitar as crianças do 2º ano do 1º ciclo do ensino básico e suas famílias, para a adoção de hábitos alimentares saudáveis*; e como objetivos específicos:

- *Aumentar o conhecimento sobre alimentação saudável nas crianças do 2º ano do 1º ciclo do ensino básico e suas famílias;*
- *Promover a redução da ingestão de alimentos ricos em açúcar e/ou gordura e/ou sal, nas crianças do 2º ano do 1º ciclo do ensino básico*
- *Promover o aumento do consumo de fruta nas crianças do 2º ano do 1º ciclo do ensino básico;*

Para fazer face aos objetivos definidos foram delineadas estratégias de intervenção e planeadas diferentes sessões de educação para a saúde com vista à capacitação das crianças e aumento dos seus conhecimentos sobre alimentação saudável que permitam a mudança do comportamento e o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis. Dado que os hábitos alimentares das crianças são dependentes da família, procurou-se intervir também a este nível através do envio de atividades para serem realizadas em família por forma a estimularem a discussão e pesquisa sobre a temática e o aumento do conhecimento.

O presente relatório tem como objetivo principal explicitar as atividades desenvolvidas no decurso do estágio e também demonstrar capacidade de reflexão sobre as práticas realizadas à luz da evidência científica; demonstrar capacidade de implementação de um projeto de intervenção comunitária com recurso à metodologia de planeamento em saúde. Este relatório pretende ainda evidenciar a capacidade de gestão e liderança no processo de implementação e realização das atividades desenvolvidas e de análise crítica do processo de desenvolvimento das competências Mestre em Enfermagem e de EEECS.

Estruturalmente o presente relatório encontra-se dividido em 3 partes:

1. Enquadramento teórico - contempla a caracterização do problema, seus principais determinantes e consequências, estratégias de prevenção com destaque para o papel da escola na promoção da saúde e educação para a saúde como estratégias de intervenção comunitária para fazer face à obesidade infantil. Este enquadramento termina com o papel do enfermeiro especialista na promoção de hábitos alimentares saudáveis, onde é feita referência ao Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (1982) enquanto suporte das decisões tomadas;
2. Projeto de Intervenção Comunitária – Inicia-se com uma breve abordagem da metodologia do planeamento em saúde, seguindo-se a descrição de todas as etapas do desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, onde são também abordadas as questões éticas;
3. Reflexão crítica sobre e a aquisição de competências do Enfermeiro Especialista. Tendo por base o estágio realizado, os conhecimentos desenvolvidos e as intervenções realizadas é realizada uma reflexão sobre as competências adquiridas enquanto Mestre em Enfermagem e EEECSF;
4. A Conclusão finaliza o presente relatório, seguida da bibliografia que sustentou a sua elaboração.

Este documento segue as normas de elaboração do “Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos” do Departamento de Enfermagem do Instituto Politécnico de Setúbal, encontra-se escrito de acordo com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e respeita as normas APA 8ª edição (American Psychology Association).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O impacto da alimentação na saúde, nomeadamente no desenvolvimento da obesidade tem motivado várias pesquisas e levado à implementação de diferentes estratégias, com destaque para a promoção de hábitos alimentares saudáveis.

Tendo em conta a problemática identificada e a necessidade de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica dirigida à obesidade infantil e à promoção de hábitos alimentares saudáveis que se encontra explanada nesta primeira parte do relatório. A sua elaboração teve como principal objetivo a aquisição de conhecimentos sobre a problemática em causa, permitindo o delinear de uma intervenção contextualizada com base na evidência científica. A lógica da pesquisa e de desenvolvimento do enquadramento teórico foi no sentido da compreensão da problemática da obesidade infantil, da análise das intervenções e estratégias já realizadas no âmbito da promoção da alimentação saudável, particularmente ao nível do ambiente escolar e do enquadramento do EEECSF nesta temática.

O conhecimento adquirido ao longo da análise bibliográfica efetuada constitui o pilar que fundamentou e orientou todo o projeto de intervenção comunitária exposto na segunda parte deste relatório.

1.1. Obesidade infantil: um problema de saúde pública

Nas últimas décadas assistimos ao rápido aumento da prevalência das doenças não transmissíveis (DNT's) em todos os países desenvolvidos e em desenvolvimento. As DNT's, onde se inclui a pré-obesidade e obesidade, são responsáveis por implicações na saúde, sociedade, economia e por muitas mortes prematuras evitáveis. Desde a década de 80 que a obesidade triplicou em

muitos países da Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS-Euro), atingindo em 2016 mais de 650 milhões de adultos, continuando a aumentar a um ritmo alarmante, particularmente entre as crianças, adquirindo proporções epidémicas em todos os grupos etários (World Health Organization [Who], 2018).

Anteriormente considerada um problema de saúde individual, a obesidade é atualmente um desafio em saúde pública. A obesidade constitui uma importante preocupação internacional e nacional, é a 5ª causa de morte a nível mundial com 2,4 milhões de mortes nos adultos por ano, é responsável por 44% dos casos de diabetes, 23% dos casos de doença isquémica e por 7 a 41% dos casos de cancro (Graça & Vaz, 2016). De acordo com o Relatório da Saúde dos Portugueses de 2016, 12% dos fatores de risco que mais contribuem para o total de anos de vida saudável perdidos, são decorrentes do excesso de peso¹ (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2016).

O excesso de peso (pré-obesidade e obesidade), é o principal problema de saúde pública em Portugal, afetando mais de 50% da população adulta, tendo vindo a aumentar progressivamente nos últimos 40 anos (Camolas, Gregório, Sousa, & Graça, 2017). Este aumento também é verificado na idade pediátrica sendo atualmente a obesidade a doença mais prevalente na infância e adolescência em todo o mundo (Who, 2016). Em 2016, 41 milhões de crianças menores de 5 anos e 340 milhões de crianças e adolescentes apresentavam excesso de peso (Who, 2018). A taxa de crescimento tem sido constante, com uma incidência de 400 mil crianças por ano e, caso as tendências atuais persistam, prevê-se que até 2025 o número de crianças com excesso de peso, continuará a aumentar, podendo duplicar e até mesmo triplicar em algumas regiões do mundo (Graça & Vaz, 2016).

A progressão da obesidade infantil levou a OMS-Euro a criar o primeiro Sistema Europeu de Vigilância Nutricional Infantil (SEVNI), uma rede de informação sistemática do estado nutricional das crianças dos 6 aos 9 anos. Portugal integra o SEVNI desde 2008, através do COSI-Portugal, que procedeu à recolha de dados, nos anos letivos de 2007/2008, 2009-2010, 2012/2013 e de 2015/2016. Os dados referentes a 2016, em que participaram 35 países, revelaram que Portugal pertence ao grupo de países com maior prevalência de obesidade infantil, a par da Grécia, Itália, Espanha e Malta, situação que se verifica desde 2007/2008, com uma prevalência de 30,7% de

¹ Excesso de peso contempla a pré-obesidade e obesidade, ou seja, remete para o peso acima do valor considerado adequado para a idade, estatura e sexo.

excesso de peso e 11,7% de obesidade. Analisando os resultados obtidos por idade das crianças, verifica-se que os valores médios de excesso de peso aumentam com a idade (Rito, Sousa, Mendes, & Graça, 2017). Valores também elevados de pré-obesidade (17,3%) e obesidade (22,3%) foram encontrados em crianças com menos de 10 anos, no Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF) (Lopes, et al., 2017).

A pré-obesidade e obesidade são definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a acumulação excessiva de gordura que pode afetar negativamente a saúde (OMS, 2016). A atribuição do critério de pré-obesidade ou obesidade deriva da avaliação do estado nutricional infantil, através do índice de massa corporal (IMC) para a idade, calculado através da fórmula peso (Kg) /Altura (m²). Para a interpretação do IMC existem critérios distintos, emanados por diferentes entidades nomeadamente os do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), os da International Obesity Task Force (IFOT) e os da OMS. No presente relatório será considerado o critério da OMS, com base nos percentis (P) estabelecidos para a idade, que fazem parte dos Boletins de Saúde Infantil, adotados em Portugal (Menezes, Oliveira; Sassetti; & Prazeres (Coord.), 2013). De acordo com esta classificação para o P entre 85 e 97 é atribuída a classificação de pré-obesidade e para P igual ou superior a 97 o de obesidade (Viveiro, Brito, & Moleiro, 2016).

A obesidade afeta a saúde e o bem-estar, com consequências físicas e psicológicas durante a infância, adolescência e na vida adulta. Compromete negativamente o desenvolvimento físico e cognitivo, o sistema imunológico, aumenta a suscetibilidade a doenças transmissíveis e não transmissíveis. A criança obesa está mais predisposta ao desenvolvimento de DNT's em idades mais jovens. A obesidade representa uma causa direta de morbilidade na infância, estando na origem de problemas gastrointestinais, músculo-esqueléticos, complicações ortopédicas, apneia do sono, doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, aumento do ritmo cardíaco e problemas psicossociais, nomeadamente o *bullying* e o isolamento social (Lobstein & Jackson-Leach, 2016). O bem-estar psicológico pode ser afetado uma vez que está associada a dificuldades comportamentais e emocionais como a depressão, dificuldades de aprendizagem e de socialização, e pode também resultar em processos de estigmatização (Miller, Lee, & Lumeng, 2015). A escassa informação e compreensão da população face à problemática da obesidade infantil leva à culpabilização da criança obesa e dos seus pais. As atitudes "anti gordas" são comuns e revelam o estigma presente na sociedade face à obesidade. Existem evidências na literatura do impacto

da estigmatização nas crianças com obesidade, nomeadamente a rejeição pelos colegas (Visscher, Feunekes, & Rito, 2017).

A obesidade durante a infância deixa uma marca permanente na saúde do adulto (Kelsey, Zaepfel, Bjornstad, & Nadeau, 2014). O adulto mesmo que recupere o peso normal, se na infância sofreu de obesidade apresenta maior risco de desenvolvimento de DNT's, incluindo problemas metabólicos, como a diabetes tipo II e hipertensão (Lobstein & Jackson-Leach, 2016).

Os dados anteriormente apresentados mostram o impacto que a obesidade tem ao nível individual, familiar, comunitário, social e nacional, sob a forma de morbilidade e de consequências negativas, económicas e sociais. A origem multifatorial da obesidade, onde os diferentes fatores se interligam e auto influenciam, determinam a dificuldade da atuação sobre esta problemática, dado que se torna difícil a identificação da causa dominante, requerendo uma intervenção abrangente que incida sobre diferentes dimensões. Por se tratar de uma doença crónica de difícil resolução, com complicações multissistémicas e precoces, a obesidade infantil, requer identificação e intervenção, o mais cedo possível.

1.1.1. Determinantes da Obesidade Infantil

Os hábitos alimentares inadequados são responsáveis por 16% do total de anos de vida saudável perdidos e por 5% da mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas na população portuguesa (DGS, 2016).

Os hábitos alimentares ao longo da vida influenciam o risco de desenvolvimento de excesso de peso, pelo que, a prática de hábitos alimentares saudáveis deve iniciar-se o mais cedo possível, permitindo que a criança os adquira e mantenha. De acordo com o IAN-AF a população infantil portuguesa com menos de 10 anos, não cumpre a recomendação da OMS, de ingestão de 400 g/dia (equivalente a 5 ou mais porções diárias) de frutas e legumes (Lopes, et al., 2017). No estudo COSI-Portugal, o consumo diário de fruta, foi reportado por 63,3%, o da sopa de legumes por 56,6% e de outros legumes por 37,7%, das crianças (Rito, Sousa, Mendes, & Graça, 2017).

De acordo com os dados do IAN-AF que analisou os hábitos alimentares das crianças portuguesas, com base na Roda dos Alimentos, existe consumo de alimentos não incluídos na Roda, maioritariamente alimentos processados contribuindo para o consumo excessivo de açúcar simples que representa 27,1% do valor energético total diário (Lopes, et al., 2017). Hábitos que colocam as crianças em risco para o desenvolvimento de excesso de peso, caracterizados por baixa ingestão de frutas e legumes e elevado consumo de alimentos ricos em açúcar e/ou gorduras.

Os hábitos alimentares incorretos surgem como um dos principais fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de excesso de peso, onde a ingestão excessiva de açúcares simples representa um dos principais erros alimentares (Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável [PNPAS], 2017). O consumo de alimentos ricos em açúcar e /ou gorduras, condiciona um aumento significativo da energia consumida, contribuindo para o desequilíbrio entre a energia ingerida e a energia gasta. O balanço entre a alimentação, os níveis de atividade física e o sedentarismo é um dos fatores que mais contribui para o desenvolvimento e manutenção do excesso de peso. Os fatores que determinam este desequilíbrio, resultam do aumento da ingestão de alimentos calóricos e da diminuição da atividade física favorecendo a acumulação de gordura, influenciados pelos fatores genéticos, metabólicos e comportamentais (Who, 2018). A idade surge como um fator que influencia os níveis de atividade física: se por um lado as brincadeiras ativas tendem a diminuir, os comportamentos sedentários tendem a aumentar com o aumento da idade (Lopes, et al., 2017).

A quantidade de tecido adiposo e sua distribuição corporal é variável e única, para cada indivíduo e resulta da sua variabilidade genética e das diferentes experiências vividas no seu contexto familiar e ambiental (Who, 2018).

O processo de crescimento e desenvolvimento de cada criança explica-se desde o momento da concepção. No seu desenvolvimento, existem dois momentos onde os fatores biológicos determinam o risco de desenvolvimento de excesso de peso: a gravidez e a infância. As crianças que sofreram de alguma forma de desnutrição durante o desenvolvimento fetal, que nasceram com baixo peso, estão em elevado risco de desenvolvimento de excesso de peso, quando ao longo da sua vida, estão sujeitas a dietas ricas em energia e a comportamentos sedentários. Por outro lado, a presença na mãe de obesidade, diabetes ou diabetes gestacional, aumenta a predisposição da criança para o desenvolvimento de diabetes e de excesso de peso. O outro

momento ocorre durante a infância, onde a alimentação inadequada, pode influenciar a sua biologia e predispor-la para o desenvolvimento de excesso de peso ao longo da sua vida (Who, 2016). Dietz (2010) identifica três períodos críticos para o desenvolvimento de obesidade: in útero (durante o último trimestre da gravidez), entre os 5 e os 7 anos e na adolescência. Estando a obesidade na infância e adolescência predisposta pelo desenvolvimento de gordura corporal na fase pré-escolar (idade inferior a 5 anos) (Who, 2006).

Na progressão para a obesidade, diferentes fatores determinam a sua evolução, estabilização ou regressão. O risco de desenvolvimento de obesidade na criança é influenciado pela presença de obesidade nos pais. Se nenhum dos pais é obeso, o risco de desenvolvimento de obesidade na criança é de 9%, se um dos pais é obeso é de 50%, atingindo 80% quando ambos os pais são obesos (Damiani, Carvalho, & Oliveira, 2000). O risco de obesidade pode passar de geração em geração, não apenas em virtude dos fatores genéticos, mas também decorrente do comportamento. As influências do estrato socioeconómico, das normas culturais e sociais, dos hábitos alimentares familiares e de atividade física em que a criança vive, tendem a fazer parte do seu próprio comportamento (Who, 2016). Os hábitos alimentares desenvolvem-se essencialmente no ambiente familiar desde o momento do nascimento, não só através da introdução da alimentação, mas também através das aprendizagens e experiências com os alimentos. *“Os pais influenciam o estilo alimentar dos filhos através do seu próprio comportamento e escolhas alimentares que servem de modelo e através das atitudes face à alimentação dos filhos”* (Viana, Candeias, Rego, & Silva, 2009, p. 10). As atitudes das mães face à alimentação decorrem de fatores culturais como por exemplo a *“grande importância atribuída pelos mass media à nutrição e o preconceito social a propósito da obesidade; a própria história alimentar da mãe e preocupações com a saúde dos filhos”* (Viana, Franco, & Morais, 2011, p. 268). Esta situação é agravada pela tendência dos pais em subestimar o peso dos filhos. O não reconhecimento do excesso de peso dos filhos como um problema resulta na sua manutenção, associado à quase inexistência de ações que contribuam para a modificação desta condição (Warkentina, Mais, Latorre, Carnell, & Taddei, 2018).

Sendo um problema complexo, com múltiplos fatores associados, onde os fatores genéticos e biológicos, não são modificáveis, a intervenção deve ser dirigida aos fatores comportamentais e ambientais passíveis de serem alterados. A mudança num destes fatores, que conduza a um ajuste energético mais equilibrado pode, por conseguinte, contribuir para uma gestão mais

eficaz do peso. Esses fatores incluem fatores comportamentais (*ingestão alimentar/aporte nutricional, ambiente das refeições, influência parental na ingestão alimentar, atividade física, sedentarismo e padrão de sono*) ambientais (*família, escola e comunidade*) e sociais (*estatutos socioeconómicos e literacia*) (Kelsey, Zaepfel, Bjornstad, & Nadeau, 2014).

A focalização nos hábitos alimentares das crianças e no excesso de peso infantil é urgente e não pode ser encarada como o resultado de uma livre escolha das crianças, especialmente das mais novas, mas sim o resultado da influência dos fatores biológicos e dos fatores do contexto onde estão inseridas. As crianças são particularmente vulneráveis às influências sociais e ambientais que as rodeiam. O ambiente moderno é um potente estímulo para a obesidade, o aumento do tempo dispensado com a televisão, computadores e jogos, a mudança nos hábitos alimentares, a baixa atividade física, condiciona a diminuição do gasto energético, associado ao aumento da ingestão calórica, são os fatores ambientais que mais influenciam, direta e indiretamente, o aumento de peso. Em termos alimentares “... *os alimentos com excesso de calorias e em particular com altos teores de sal, rica em carnes processadas, açúcar e gorduras trans (processadas a nível industrial) constituem o principal problema*” (DGS, 2016, p. 11) para o desenvolvimento da obesidade.

A obesidade não decorre apenas de fatores individuais e familiares, a IOTF elaborou um modelo (Anexo 1) para delinear os principais fatores macroeconómicos que influenciam o desenvolvimento da obesidade. Este modelo enfatiza a importância das políticas dirigidas à produção e comercialização alimentar, capazes de influenciar a quantidade de alimentos disponíveis e o seu preço. Sendo espectável que alimentos com preços mais baixos tendam a ter um maior consumo, bem como os de fácil acesso. À luz deste modelo, rapidamente se compreende a etiologia multifatorial da obesidade, onde alguns setores afetam diretamente a dieta, a atividade física e consequentemente a obesidade. A atuação sobre esta problemática requer a consideração dos diferentes fatores ao nível global, nacional e comunitário, pelo papel determinante que desempenham nas escolhas alimentares e nos padrões de atividade.

O nível de escolaridade é um dos fatores que tem sido associado a maior prevalência de obesidade. O estudo de Rama, Breda & Rito (2010) que investigou a relação entre o nível Socioeconómico e o excesso de peso, numa população escolar infantil em Portugal, concluiu que um maior nível de literacia e habilitações dos pais (ensino superior) poderia ter um efeito protetor na prevalência do excesso de peso. No IAN-AF as prevalências de excesso de peso em crianças

com menos de 10 anos demonstram ser sempre superiores quando os pais são menos escolarizados (Lopes, et al., 2017). Correlação também encontrada no estudo COSI-Portugal 2016, que identifica as regiões do país com prevalências mais elevadas de excesso de peso, como as zonas geográficas com níveis de escolaridade mais baixos. A prevalência de crianças e adolescentes que despende mais de 2h/dia a ver televisão tende a diminuir com o aumento da escolaridade dos pais. De forma semelhante, a prática de atividade física programada tende a assumir valores superiores, no grupo dos pais com níveis de escolaridade mais elevados (Lopes, et al., 2017).

De acordo com o Relatório da Saúde dos Portugueses de 2016 a população mais desfavorecida é mais afetada pela obesidade e a crise económica e social parece influenciar as escolhas alimentares dos portugueses (DGS, 2016). A maior prevalência de obesidade em populações com maior grau de pobreza e menor nível educacional, pode em parte ser explicada, pelos baixos recursos económicos que limitam a prática de atividade física organizada e participação noutras atividades lúdicas, pela maior disponibilidade e pelo baixo custo de alimentos de elevada densidade energética, tais como os ricos em açúcar e/ou gorduras.

O desenvolvimento da obesidade nas crianças é decorrente de vários determinantes, alguns dos quais não são passíveis de modificar, contudo os hábitos alimentares são sensíveis à intervenção. A complexidade do processo de desenvolvimento das crianças e dos fatores que determinam os seus hábitos alimentares requer, para o sucesso das intervenções centrada em alterações de estilos de vida, reeducação alimentar e incentivo ao exercício físico, o envolvimento ativo da família, da escola e do contexto comunitário.

1.1.2. Estratégias para a prevenção da obesidade infantil

No sentido de contrariar a progressão da obesidade, a OMS promoveu nos últimos 10 anos um conjunto de conferências e encontros, emanando vários documentos² com orientações e

² Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade (Who, 2006); Livro Branco da EU: Juntos Pela Saúde, a Estratégia Para a Europa; Estratégias de Prevenção Baseada na População para a Obesidade Infantil; Declaração de Moscovo Sobre DNT's 2011; Declaração Política Sobre DNT'S das Nações Unidas 2011, Estratégia Saúde 2020, Declaração de Viena, e Programas Abrangentes a Implementar, que Promovem a Alimentação e Alimentos Saudáveis e a Redução de Alimentos e bebidas não Saudáveis para Crianças e Adolescentes.

estratégias a serem implementadas por cada estado membro. Portugal assumiu o compromisso político com a Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade e conferiu-lhe carácter prioritário (DGS, 2016a). Como medida, cria o Programa Nacional de Luta Contra a Obesidade que contempla como estratégias produzir e divulgar orientações técnicas sobre a identificação de crianças com fatores de risco para a obesidade, dirigidas às equipas de saúde escolar (Sérgio, et al., 2005). Este programa foi substituído pela Plataforma Contra a Obesidade, que concretiza os objetivos da referida carta e preconiza intervenções dirigidas aos diferentes grupos etários, com o objetivo de melhorar o estado nutricional da população portuguesa (DGS, 2016a). Assume como estratégias a abordagem de ciclo de vida, a redução de alimentos ricos em gordura, açúcar e sal nos estabelecimentos de ensino, a promoção de ações envolvendo a educação e outros setores da sociedade, que permitam o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis (DGS, 2016a).

A obesidade infantil representa um verdadeiro desafio para a saúde pública, pelo impacto imediato na saúde e bem-estar da criança, mas principalmente pela necessidade de travar a sua evolução para a adolescência e vida adulta. Neste sentido, diferentes estratégias, têm sido implementadas, contudo a prevenção da obesidade infantil, surge como a abordagem mais eficaz para travar esta epidemia, evitável através de hábitos alimentares saudáveis e níveis adequados de atividade física ao longo da vida (who, 2018).

O reconhecimento do impacto dos hábitos alimentares no desenvolvimento e manutenção da obesidade conferiu ao PNPAS carácter prioritário, integrado na Plataforma para a Prevenção e Gestão das Doenças Crónicas, orientado para o combate e prevenção da obesidade infantil (Despacho n.º 6401/2016, 2016). A estratégia de implementação do PNPAS assenta na abordagem dos determinantes de saúde fora do setor da saúde, envolvendo diferentes setores da sociedade (DGS, 2016b). Pretende, contribuir diretamente para a redução dos fatores de risco relacionados com a obesidade infantil (DGS, 2015).

O reconhecimento de que a grande maioria dos problemas de saúde e comportamentos de risco derivam dos estilos de vida, e que podem a curto, médio e longo prazo serem influenciados por programas de promoção da saúde, levou a obesidade infantil a ser assumida como prioridade na Saúde Escolar (Programa Nacional de Saúde Escolar [PNSE], 2015). De acordo com o PNSE, a promoção da saúde traduz-se em ganhos em saúde a médio e longo prazo. Estima-se que são ganhos 14€ no futuro, por cada 1€ gasto na promoção da saúde hoje, mas os ganhos em saúde e qualidade de vida a longo prazo são incalculáveis (Stewart-Brown, 2006).

A adoção da estratégia da alimentação saudável através da promoção da saúde para fazer face à obesidade infantil, contribui para o cumprimento da Lei de Bases da Saúde (Decreto lei nº 48/90 , 1990). No PNS extensão 2020 a promoção da saúde enquanto estratégia para a capacitação dos cidadãos, visa a *“redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, especificamente a obesidade infantil”*. (DGS, 2015, p. 5). A adoção desta estratégia contribui para as metas do PNPAS 2017 de *“Impedir o aumento de crianças e jovens com peso a mais”, “Aumentar em 5% o número de pessoas que come frutas e legumes todos os dias” e “Aumentar em 20% o número de pessoas que conhece a alimentação mediterrânica”* (Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável [PNPAS], 2017, p. 4).

O relatório da Comissão para o fim da Obesidade Infantil, publicado em 2016 pela OMS, apresenta um conjunto de objetivos estratégicos que assentam no princípio de que nenhuma intervenção isolada pode parar o aumento da prevalência e da incidência da obesidade infantil, afirmando que é também necessário agir no ambiente obesogénico. Destaca o papel das escolas, jardins-de-infância e creches na promoção da saúde, da alimentação saudável e de níveis de atividade física adequados (Who, 2016). A alimentação saudável tem sido alvo de preocupação do Ministério da Educação, desde os anos 80, demonstrada através de estratégias, atividades e publicações dirigidas a esta temática (Baptista, 2006). A Direção Geral de Educação, no âmbito do PNPAS e da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde tem publicado um conjunto de documentos e orientações³ que, no seu conjunto, visam a promoção da alimentação saudável em ambiente escolar e a redução das desigualdades sociais.

No sentido de agir sobre o ambiente obesogénico e de contrariar as desigualdades de acesso à alimentação saudável pelas crianças, a Assembleia da República, em 2009, propôs a retirada da venda de alimentos hipersalinos e hipercalóricos das escolas e o reforço do Programa de Educação Alimentar em Meio Escolar. Recomendou a distribuição gratuita de frutas e legumes nas escolas do 1ºciclo e a criação de um programa multissetorial e nacional de promoção do consumo de hortofrutícolas, com envolvimento da sociedade, pais, autarquias, instituições públicas e privadas (Resolução da Assembleia da República n.º 24/2009, 2009).

³ *“Orientação sobre ementas e refeitórios escolares – 2013/2014”* (Circular nº3/DSEEA/DGE, 2013); *“Orientação sobre bufetes escolares”* (Ladeiras, Lima & Lopes, 2012)., *“Hidratação Adequada em Meio Escolar, 2014”*, e o *“Regime jurídico aplicável da atribuição e funcionamento dos apoios, no âmbito da ação social escolar”*.

No processo de seleção dos alimentos pelas crianças estas *“não estão dotadas de uma capacidade inata para escolher alimentos em função do seu valor nutricional, pelo contrário, os seus hábitos alimentares são aprendidos através da experiência, da observação e da educação”* (Nunes & Breda, s.d, p. 8). Neste sentido, a promoção da alimentação saudável possibilita a capacitação das crianças e jovens, para a tomada de decisões saudáveis no momento da escolha e consumo de alimentos e para a aquisição de competência e conhecimentos para o futuro, promotores de ganhos em saúde. A promoção da saúde, incluída nas estratégias proposta pelo PNPAS, visa o aumento da informação e capacitação da população sobre os alimentos,

“compra, confeção e armazenamento de alimentos saudáveis, diminuição da disponibilidade de alimentos com elevada densidade energética e aumento dos alimentos saudáveis especialmente em ambiente escolar e melhorar a qualificação dos diferentes profissionais que trabalham com crianças em idade escolar” (Grupo de Trabalho do Plano Nacional de Saúde, 2017, p. 10).

O aumento do conhecimento e competências dos profissionais docentes e não docentes no âmbito dos estilos de vida saudáveis vai ao encontro da visão do PNSE de que *“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”* (PNSE, 2015). A escola surge como um lugar privilegiado para a promoção da saúde, orientada pelo PNSE, que assume os princípios da Carta de Ottawa que reconhece que a saúde é concebida e vivida pelas pessoas nos espaços da sua vida diária, onde o padrão de saúde da criança, família, escola e comunidade, resulta da sua interação com o ambiente. O ambiente escolar, constitui um campo propício à implementação de programas de educação e promoção da saúde, permitindo a aquisição de competências e de comportamentos saudáveis para o futuro, envolvendo crianças, pais, professores, profissionais de saúde e comunidade.

No âmbito da prevenção da obesidade infantil a escola tem sido identificada como uma configuração eficaz para o desenvolvimento de intervenções e programas dirigidos a esta problemática (Waters, et al., 2018; Wang, et al., 2015; Brown, Buchan, Baker, Frank B. Wyatt, & Kilgore, 2016). Numa revisão da literatura, os programas de prevenção da obesidade infantil desenvolvidos nas escolas do 1º ciclo do ensino básico, foram considerados mais bem-sucedidos quando comparados com outros cenários (Merrotsy, McCarthy, Flack, & Coppinger, 2018). A escola proporciona um ambiente propício dado que é onde as crianças permanecem grande parte do seu tempo, onde consomem algumas refeições e onde recebem conteúdos educacionais. O ambiente escolar revela-se capaz de influenciar a aquisição de hábitos alimentares e estilos de vida

saudáveis, suscetíveis de influenciar a progressão para o excesso de peso (pré-obesidade ou obesidade) (Brown, Buchan, Baker, Frank B. Wyatt, & Kilgore, 2016).

A prevenção de erros alimentares desde idade precoce coloca na escola uma elevada responsabilidade. Apesar das experiências alimentares se iniciarem em ambiente familiar, a escola não só é fundamental pelo tipo de alimentos que fornece, mas também pelo ambiente que promove. Representa o ambiente onde a criança recebe diferentes influências, do próprio ambiente, dos pais, dos professores e de outros profissionais. A importância do papel das escolas, jardins-de-infância e creches na promoção da alimentação saudável e de níveis de atividade física adequados é reforçado no relatório da Comissão para o fim da Obesidade Infantil (Who, 2016). Poínhos (2010), salienta a influência que o ambiente escolar tem nas práticas alimentares das crianças, destacando o papel dos pais neste processo. Esta influência pode ocorrer por um processo de modelagem, que se revela ao nível da aceitação, preferências, seleção e consumo de alimentos. Assim, a escola deve constituir um espaço educativo e promotor de saúde, valorizando a alimentação saudável, através dos alimentos disponibilizados, dos conteúdos curriculares e de outras ações dirigidas a esta temática.

A ação conjunta entre a saúde e a educação, através de parcerias intersectoriais representa uma estratégia que permite não só intervir junto das crianças, mas também promover o envolvimento e participação da comunidade educativa e da família, concorrendo para a sua capacitação e para o aumento da literacia em saúde sobre alimentação saudável. Na promoção de comportamentos saudáveis em crianças deve-se simultaneamente favorecer a aquisição de conhecimentos sobre o próprio, o mundo exterior físico e social, considerando o seu desenvolvimento físico, mental e social. De acordo com Piaget, as crianças em idade escolar (6/12 anos), encontram-se no estágio do desenvolvimento das operações concretas, correspondente à fase de desenvolvimento da capacidade de cooperar. Caracterizada pelo raciocínio indutivo, vinculado ao real, pelo desenvolvimento da noção de tempo, de causalidade, de conservação, de classificação, de seriação, de composição e de reversibilidade (Piaget, 1964). Pelo que, esta idade representa um momento chave para a aquisição de conhecimentos e competências para toda a vida, idade chave para a promoção da saúde, de hábitos alimentares saudáveis e prevenção da obesidade.

1.2. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na promoção da saúde em ambiente escolar

A ECSP diferencia-se das restantes especialidades por desenvolver uma prática globalizante centrada na comunidade, preconizada na política do XXI Governo Português e na estratégia Saúde 2020. A ECSP procura através da sua atuação a capacitação de grupos e comunidades, com recurso à promoção da saúde enquanto *“processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”* (who, 1986). Processo que requer o envolvimento de todos os profissionais de saúde, dos diferentes níveis de prestação de cuidados, e de todos os setores da comunidade (Decreto lei nº 48/90 , 1990).

Os hábitos e comportamentos alimentares são sujeitos a alteração através de intervenções de enfermagem ao nível individual, familiar, grupal e comunitário (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). Neste sentido, o melhor combate à obesidade infantil é a sua prevenção, através da promoção da saúde e de estratégias de educação para a saúde direcionadas a um dos seus principais determinantes: os hábitos alimentares.

Segundo o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender a adoção de hábitos alimentares saudáveis requer a mudança do comportamento que é iniciada e da iniciativa do próprio. Este modelo de enfermagem possibilita *“implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde”* (Victor, Lopes, & Ximenes, 2015, p. 237).

No modelo de promoção da saúde de Nola Pender estão presentes os conceitos de: saúde, ambiente, pessoa e enfermagem. A saúde, mais do que a ausência de doença, surge ligada à melhoria do bem-estar e ao desenvolvimento de capacidades. Este conceito pode ser considerado do ponto de vista individual, familiar e comunitário. Numa perspetiva holística a saúde deve ser estudada ao longo do ciclo vital considerando a idade, raça e cultura. A pessoa é definida como aquela que é capaz de tomar decisões e de resolver problemas, situada no centro do modelo, demonstra a importância do seu papel enquanto gestora dos seus comportamentos de saúde e do seu potencial para mudar esse comportamento. Da inter-relação da pessoa com os recursos de saúde, sociais e económicos emerge o ambiente. Sendo que *“o ambiente pode ser manipulado pelo indivíduo para criar um contexto positivo de orientações facilitadoras para*

comportamentos que melhoram a saúde” (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011, p. 3). O enfermeiro enquanto parte integrante do ambiente é também influenciador e influenciado pelas pessoas ao longo do seu ciclo de vida. A enfermagem surge neste modelo ligada às intervenções e estratégias que conduzam ao comportamento de promoção da saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

De acordo com o modelo de Promoção de Saúde a alteração do comportamento resulta da inter-relação de 3 componentes: as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimento sobre o próprio e o resultado do comportamento. Cada um destes componentes está dividido em variáveis⁴ que determinam a mudança do comportamento. Este processo inicia-se a partir do próprio indivíduo através da percepção do comportamento anterior e dos benefícios da mudança. Esta percepção é condicionada pelos fatores pessoais e influências interpessoais e conduz ao compromisso com o plano de ação e consequentemente ao comportamento de promoção da saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

Neste processo de promoção da alteração do comportamento, o foco de atenção do enfermeiro são as capacidades, os potenciais e energias individuais em detrimento da doença. Neste sentido, a autora defende que as intervenções de promoção de saúde precisam incidir nas crianças e jovens onde a motivação, energia, entusiasmo e força estão maximizadas e a probabilidade de doença é reduzida e os comportamentos e hábitos ainda não estão consolidados (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

A modificação do comportamento e a adoção de comportamentos de promoção da saúde, pode ser estimulado mediante estratégias e intervenções de enfermagem no sentido da adoção de estilos de vida saudáveis. A educação para a saúde surge como uma das estratégias utilizadas pela enfermagem para a mudança do comportamento, através da transmissão de informação conducente à aprendizagem sobre saúde e doença enquanto

“...ação exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua

⁴ Características e experiências individuais: comportamento anterior, fatores pessoais, psicológicos e socioculturais; sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento: percebe benefícios para a ação, percebe barreiras para a ação, percebe autoeficácia, sentimentos em relação ao comportamento e influências interpessoais; resultado do comportamento: compromisso com o plano de ação, exigências imediatas e preferências e comportamento de promoção da saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011)

disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou colectivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem” (who, 1986, p. 5).

Assim, a educação para a saúde desenvolvida pelo enfermeiro, constitui uma estratégia fundamental para fazer face á obesidade infantil, onde a escola surge como um meio privilegiado e um campo de excelência para a atuação do EEECSF na promoção da saúde e de hábitos alimentares saudáveis. Na escola o enfermeiro especialista destaca-se pelas suas competências que possibilitam a sua participação na avaliação multicausal, nos processos de tomada de decisão, no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção, na consecução de projetos de saúde coletiva e na resolução dos principais problemas de saúde pública (Regulamento nº428/2018).

A multiplicidade de competências e de conhecimentos do EEECSF concede-lhe um papel de excelência na promoção da saúde e de hábitos alimentares saudáveis, em contexto escolar, contribuindo simultaneamente para a capacitação das crianças, família e da comunidade escolar, para alcançarem o máximo potencial de saúde. A atuação do EEECSF neste domínio vai ao encontro do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados no âmbito da promoção da saúde, através da liderança, integração, avaliação e mediação de processos comunitários, com vista à capacitação, promoção e defesa da saúde de grupos e comunidade e da responsabilidade social para com a saúde (Regulamento n.º 348/2015). Assim, o EEECSF, pelo seu nível e leque de conhecimentos e pelo seu grau de proximidade permanente com a comunidade revela-se um elemento chave no âmbito nos projetos de intervenção comunitária e nas equipas de saúde escolar.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

O projeto de intervenção comunitária que decorreu durante o referido estágio foi desenvolvido numa comunidade escolar do concelho onde se insere a USF acolhedora do mesmo.

A metodologia do Planeamento em Saúde descrita por Imperatori e Giraldes (1982) sustentou todo o processo de desenvolvimento, implementação e avaliação do projeto.

2.1. Metodologia do Planeamento em Saúde

O planeamento em saúde surge como a metodologia que permite congregiar esforços, rentabilizar os recursos, associar maior flexibilidade, eficiência e rigor, descrito como

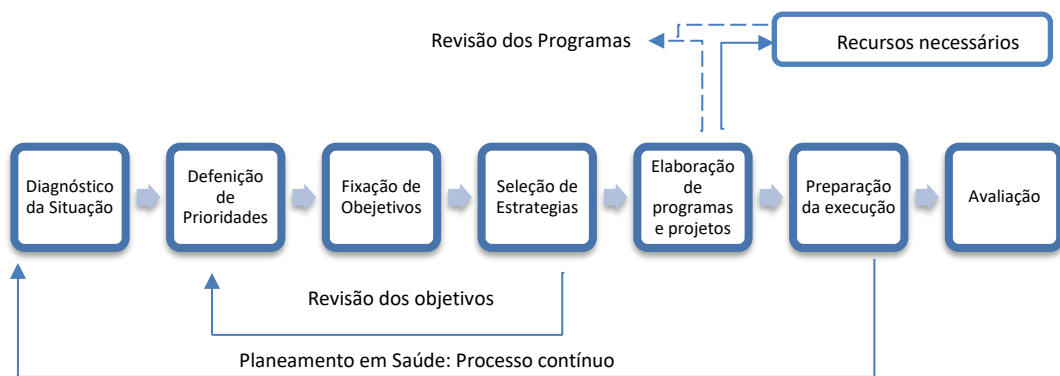
“...um conjunto de instrumentos de racionalização de decisões das ações conducentes à transformação da realidade. Assente no diagnóstico da situação (incluindo a identificação dos seus fatores causais e explicativos, a evolução temporal e a definição de tendências evolutivas), na inventariação dos recursos disponíveis (materiais, humanos, financeiros, tecnológicos), na formulação do tipo de ações a empreender e na escolha dos meios que permitirão alcançar as metas propostas. (...) comportará ainda as fases de execução e avaliação.” (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 3)

Esta metodologia, representa um esforço coletivo e um processo de intervenção sobre a realidade com vista a atingir os objetivos fixados, no sentido da redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, que envolve um conjunto de etapas subsequentes. Constitui um processo contínuo e dinâmico, que implica a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos. Assim, o planeamento em saúde permite contribuir para o alcance dos objetivos do PNS extensão 2020, nomeadamente na estratégia da promoção da saúde através de intervenções continuadas e planeadas promotoras de ganhos em saúde com participação e envolvimento da comunidade. O planeamento em saúde *“procura, em última análise, um*

estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças de comportamento das populações..." (Tavares, 1990, p. 37).

O processo de planeamento contempla diferentes etapas (figura 1). Cada etapa não pode ser considerada como inteiramente concluída, dado que, na etapa seguinte, é sempre possível voltar à etapa anterior e recolher mais informações, permitindo a sua reformulação (Imperatori & Giraldes, 1982).

Figura 1 Etapas da Metodologia do Planeamento em Saúde descritas por Imperatori e Giraldes.



Fonte: Adaptado de Imperatori & Giraldes (1982).

O diagnóstico da situação constitui a 1.ª etapa do planeamento em saúde, processo dinâmico que representa uma atividade que nunca termina uma vez que a realidade está em constante mutação. Esta etapa permite caracterizar o nível e o estado de saúde da população, os seus principais problemas de saúde e seus fatores determinantes. Este conhecimento será a base para a determinação de prioridades, organização das atividades, acompanhamento e avaliação dos resultados. Assim, deve ser

“suficientemente alargado aos sectores económicos e sociais por forma a permitir identificar os principais problemas de saúde e fatores condicionantes. Ser suficientemente aprofundado para explicitar as causas desses problemas; ser fundamentalmente sucinto para ser facilmente lido e apreendido” (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 11)

Após a identificação dos problemas é necessário hierarquizá-los, iniciando-se a 2ª etapa, a determinação de prioridades que assenta em duas dimensões: a temporal e a dos recursos. Na definição de prioridades é necessário considerar o horizonte temporal do plano *“ou horizonte de programação que é o tempo ou momento limite para que estamos a programar.”* (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 30).

No processo de determinação de prioridades é necessário recorrer a critérios de seleção que permitem hierarquizar os problemas. Existem três considerados clássicos: a magnitude – *“trata de caracterizar o problema pela sua dimensão, medindo-o pelo seu contributo para o total de mortes”* (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 31); a transcendência – caracteriza o problema por grupos etários *“de maneira de poder valorizar as mortes por determinada causa nos diferentes grupos de idade”* (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 31) e a vulnerabilidade – relativa à possibilidade de prevenção e consiste na *“possibilidade de evitar uma doença segundo a tecnologia actual disponível na área”* (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 32).

Na determinação de prioridades existem ainda diferentes técnicas, nomeadamente a grelha de análises que recorre aos critérios de: *“Importância do problema; Relação do problema e o (s) fator(es) de risco; Capacidade técnica de resolver o problema e Exequibilidade do projeto ou da intervenção”* (Tavares, 1990, p. 88). A operacionalização desta técnica é efetuada através da atribuição sucessiva de uma classificação de mais, ou menos, aos critérios referidos. Após a atribuição da classificação a todos os critérios, o problema que obtiver valor igual a 1 corresponde à prioridade máxima (Tavares, 1990).

Terminada a determinação de prioridades alcança-se a 3ª etapa do planeamento: a fixação dos objetivos, ou seja, o resultado desejável relativamente ao problema que se pretende tratar, considerando a sua tendência e evolução. Os objetivos são *“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”* (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 45). Os indicadores de resultado medem a alteração verificada no problema de saúde ou na sua dimensão. Para além destes indicadores é necessário também definir os indicadores de atividade que medem as atividades desenvolvidas para o alcance dos indicadores de resultado (Imperatori & Giraldes, 1982).

Na fixação dos objetivos quatro aspetos têm que ser considerados: *“A seleção de indicadores dos problemas de saúde prioritários; A determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários; A fixação dos objetivos a atingir a médio prazo; A tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas”* (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 43). Os objetivos operacionais ou metas referem-se ao resultado desejado traduzido em indicadores de atividade.

A 4ª etapa do planeamento corresponde à seleção de estratégias, etapa onde se escolhem as técnicas a serem organizadas com vista ao alcance dos objetivos determinados. Nesta etapa é fundamental definir a estratégia, descrevê-la de forma detalhada, prever os custos e recursos necessários (Imperatori & Giraldes, 1982).

A preparação da execução ou elaboração de projetos corresponde à 5ª etapa. Um projeto é *“uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa”* (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 86). Nesta etapa especifica-se o decorrer das atividades, o quando, como, onde e quem é o responsável pela sua execução.

O planeamento termina com a avaliação que determina o nível de sucesso no alcance dos objetivos com recurso aos indicadores de resultado e de atividade (Imperatori & Giraldes, 1982).

No setor da saúde o planeamento em saúde representa uma ferramenta indispensável e necessária em virtude da escassez dos recursos e da necessidade de utilizá-los adequadamente, da necessidade de definir prioridades e de intervir nas causas dos problemas de saúde, implementando abordagens integradas com recurso às sinergias e às infraestruturas já existentes, da necessidade de melhorar a utilização das aptidões e competências dos profissionais de saúde e do trabalho em equipas multidisciplinares, entre outras vantagens (Imperatori & Giraldes, 1993).

2.2. Caracterização do Contexto

O estágio de enfermagem comunitária e de saúde pública e o estágio final decorreram numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida (ACeSA).

2.2.1. Caracterização da Unidade de Saúde

As USF's "são pequenas unidades operativas dos cuidados de saúde com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços" (Administração Central de Sistemas de Saúde [ACSS], 2019). Foram criadas na sequência da reforma dos cuidados de saúde primários ocorrida em 2005 e têm como missão prestar cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma área geográfica definida.

As USF's caracterizam-se por um modelo avançado de organização, fortalecido por uma equipa coesa multiprofissional, auto-organizada que se constituiu de forma voluntária através de candidatura espontânea. O suporte deste modelo é o trabalho em equipa onde todos os elementos colaboram na concretização dos objetivos garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos cuidados.

Dotadas de autonomia técnica organizacional são reguladas por instrumentos próprios como o plano de ação e o regulamento interno.

Do ponto de vista da estrutura orgânica existe um coordenador técnico, um conselho técnico e um conselho geral. As decisões mais importantes relativas ao funcionamento da unidade e dos seus profissionais são tomadas através de votação da equipa em conselho geral, nomeadamente a eleição do coordenador e do conselho técnico.

Estas unidades trabalham por objetivos e metas de qualidade de processos e resultados de saúde contratualizados através da carta de compromisso celebrada com a direção executiva do Agrupamento de Centros de Saúde e deste com a Administração Regional de Saúde.

Do ponto de vista organizativo as USF's são classificadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C. Os critérios de classificação baseiam-se no grau de autonomia organizacional e no modelo de financiamento, ao qual corresponde um regime de incentivos expressos no Decreto lei nº298/2007, de 22 de agosto:

- Modelo A: correspondem as USF's do setor público administrativo reguladas pelas regras e remuneração definidas pela Administração Pública, em fase de aprendizagem e

de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar. Podem existir incentivos institucionais em virtude do cumprimento de metas contratualizadas e lugar a pagamento de trabalho extraordinário na contratualização de uma carteira adicional de serviços.

- Modelo B: atribuído às equipas onde o trabalho em equipa de saúde familiar é efetivo e que assumem o compromisso com uma contratualização de desempenho mais exigente e com o processo de acreditação da USF, num período máximo de três anos. Reguladas pelo setor público administrativo, dotadas de regime retributivo especial para os diferentes elementos da equipa multiprofissional.
- Modelo C: Modelo experimental que abrange as USF's do setor social, cooperativo e privado, reguladas por diploma próprio (ACSS, 2019).

A USF onde decorreu o estágio é uma unidade modelo B, constituída por uma equipa multidisciplinar de 9 médicos, 9 enfermeiros e 7 administrativos, apoiados por assistentes técnicos do ACeSA (Regulamento Interno da USF).

Assente na missão “[REDACTED]”, garante a acessibilidade, qualidade, continuidade e globalidade da prestação de cuidados de saúde, à população inscrita. Assume como principal objetivo a prevenção da doença e promoção da saúde, orientada pela humanização, responsabilização, personalização e trabalho em equipa, assente no pilar do atendimento personalizado e pretende contribuir para a qualidade e quantidade dos serviços disponíveis (*ibidem*).

A USF presta assistência das 8h às 20h de 2ª a 6ª feira, nos programas de: Saúde Infantil e Juvenil; Planeamento Familiar, Saúde Materna; Prevenção Oncológica; Vigilância de Diabéticos, Vigilância de Hipertensos, Vacinação e Cuidados Domiciliários. Todos os atendimentos em todos os programas são preferencialmente realizados pelo médico e enfermeiro de família (Regulamento Interno da USF).

A USF, em fevereiro de 2019, registava 17 600 utentes inscritos dos quais 887 são crianças entre os 5 e os 9 anos, sendo que 7,6% tem pelo menos um diagnóstico ativo do foro metabólico, endócrino e nutricional (Ministerio da Saúde [MS], 2019).

A USF no âmbito da parceria com a comunidade, através do protocolo com a Câmara Municipal, desenvolve vários projetos e atividades dirigidos à população inscrita na USF e à restante população do conselho (Regulamento Interno da USF).

Estruturalmente a USF funciona num edifício térreo sem barreiras arquitetónicas significativas, contudo geograficamente afastada do polo urbano e sem serviço de transportes públicos. Para reduzir este problema de acessibilidade a Câmara Municipal do Concelho disponibiliza um autocarro, não gratuito, que realiza o percurso dentro do polo urbano e sua periferia com paragem junto á USF.

2.2.2. Caracterização do Concelho

O Concelho onde decorreu o estágio está inserido na área metropolitana de Lisboa e regista uma área de 465,1 km², onde concilia características urbanas e rurais, com áreas de estrutura agrária, áreas de povoamento disperso, áreas de utilização mista e áreas urbanas (Gabinete de Organização e Sistemas de Informação - Observatório Económico e Social [GOSI-OES], 2018).

Em 2016, registava 64 146 mil residentes. A estrutura etária firma o estreitamento da base e o alargamento do topo da pirâmide etária, demonstrando o decréscimo do grupo etário dos mais jovens (até aos 14 anos) e o aumento da população idosa (65 e mais anos). O que Influência o aumento do índice de envelhecimento e a redução gradual do Índice de renovação da população em idade ativa. Contudo este concelho regista o mais baixo índice de envelhecimento, comparativamente às unidades territoriais onde se insere⁵ (*ibidem*).

A taxa bruta de natalidade, em decréscimo até 2013, ano em que inverteu a tendência, registou 8,7% em 2016, valor superior ao nacional. As taxas de mortalidade infantil são próximas das nacionais (GOSI-OES, 2018).

5

Do ponto de vista da coesão social: o concelho regista baixo número de famílias beneficiárias de apoios sociais. Em 2016 apenas 0,1% das famílias eram apoiadas ao abrigo do arrendamento social, valor que tem sido constante. Desde 2010 o número de beneficiários do rendimento social de inserção, tem reduzido progressivamente, atingindo 1,4% em 2016 (*ibidem*).

O desemprego tem sofrido algumas oscilações, atingindo o valor mais alto em 2012-2013 e uma tendência de descida desde então. Em 2016 o concelho registava 2456 desempregados, menos 3,3% que no ano transato (GOSI-OES, 2018).

Na atividade económica destacam-se 3 setores. O comércio, pelo aumento progressivo dos últimos anos, representando o segundo setor de empregabilidade. A indústria automóvel, principal empregador e a vinicultura que nas zonas mais rurais representa o principal motor da economia local (*ibidem*).

O concelho regista 27 estabelecimentos de educação e ensino público, agregados em 3 agrupamentos e duas escolas secundárias. A maioria dos estabelecimentos está afeta ao 1º ciclo do ensino básico, com 114 salas, e 32 salas para a educação pré-escolar. Ao ensino do 2º e 3º ciclo correspondem 3 estabelecimentos, com um total de 65 salas. O ensino secundário detém 2 estabelecimentos de ensino com 108 salas (GOSI-OES, 2018).

Ao longo dos últimos 9 anos assistiu-se ao crescimento da população escolar do concelho em 16,5% (mais 1167 alunos), com crescimento mais significativo na educação pré-escolar. As taxas de escolarização do ensino básico sempre acima de 100% indicam a universalização deste nível de ensino. Já as taxas de escolarização do ensino secundário são inferiores às verificadas nas restantes unidades territoriais, provavelmente como resultado de uma parte dos alunos residentes no concelho serem escolarizados noutros concelhos e da dimensão territorial do concelho (*ibidem*).

O número de processos de crianças e jovens em situação de risco, acompanhados pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens do Concelho, desde 2011 oscilou entre os 676 e os 774, com 764 processos movimentados em 2016. Relativamente à instauração de novos processos a média anual ronda os 200, atingindo 237 novos processos em 2016, valor mais alto dos últimos 9 anos (GOSI-OES, 2018).

2.3. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação constitui a primeira etapa do processo de planeamento em saúde e deverá conduzir à identificação das necessidades e dos problemas de saúde da comunidade (Imperatori & Giraldes, 1982).

Para a identificação dos problemas de saúde da população abrangida pela USF recorreu-se à técnica de informador-chave, que consiste numa entrevista pessoal aos elementos considerados conhecedores dos problemas da comunidade (Tavares, 1990). O informador-chave foi a enfermeira orientadora do estágio, que entre os possíveis problemas identificados destacou a pré-obesidade e obesidade infantil.

Tratando-se de um problema que afeta a população infantil, foi contactada a equipa da saúde escolar do concelho, pelo elevado conhecimento que detém dos problemas que afetam as crianças em idade escolar, que identificou não só a pré-obesidade e obesidade infantil como um problema, mas também os hábitos alimentares inadequados deste grupo etário. Assim, tornou-se pertinente perceber a realidade destes problemas.

2.3.1. Considerações Éticas

Qualquer projeto que envolva profissionais, instituições e pessoas exige o respeito por vários aspetos éticos. Estes aspetos revestem-se de carácter decisivo quando se intervém em seres humanos, existindo um conjunto de princípios a serem respeitados durante o planeamento, intervenção e divulgação dos dados.

Diferentes documentos têm sido elaborados para a salvaguarda dos direitos ético-legais, no sentido de garantir a dignidade do ser humano e os direitos e liberdades fundamentais da pessoa. Portugal publicou em diário da república em janeiro de 2001 a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, que contempla um conjunto de princípios, nomeadamente: o primado do ser humano, o consentimento e a proteção das

peças que careçam de capacidade para prestar o seu consentimento (Resolução da Assembleia da República nº 1/2001).

No decurso deste projeto de intervenção foram respeitados os princípios éticos necessários ao seu desenvolvimento, nomeadamente os constantes no regulamento 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 referente a proteção de dados pessoais (Regulamento da União Europeia nº 679, 2016).

Para assegurar os princípios éticos necessários foram realizados os seguintes procedimentos:

- Solicitação de autorização ao Coordenador da USF (Apêndice 1);
- Solicitação de autorização ao Coordenador do Programa de Saúde Escolar (Apêndice 2);
- Solicitação de autorização ao Diretor Executivo do ACeSA (Apêndice 3);
- Solicitação de autorização a Professora Coordenadora do Agrupamento de Escolas (Apêndice 4);
- Solicitação de autorização para utilização do Questionário Alimentar para Crianças (Apêndice 5);
- Solicitação de Apreciação pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) (Apêndice 6);
- Solicitação de consentimento livre e informado aos pais/encarregados de educação da população da amostra (Apêndice 7);

Todas as autorizações foram concedidas e foi emitido parecer favorável pela Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT para a Saúde (apêndice 8)

O consentimento informado foi obtido junto dos pais/encarregados de educação e apenas as crianças autorizadas foram sujeitas a avaliação a qual decorreu em sala específica para o efeito. Os dados de saúde foram avaliados individualmente a cada criança com a sua própria roupa, garantindo assim a sua privacidade e dignidade no decurso deste processo. Nenhum dado da avaliação foi revelado á criança para evitar comparações. Qualquer criança que em qualquer momento demonstrasse vontade de não participar era livre para o fazer, sendo a sua vontade respeitada.

2.3.2. Metodologia

Partindo-se dos problemas identificados (hábitos alimentares inadequados, pré-obesidade e obesidade infantil), procedeu-se ao diagnóstico de situação, para caracterizar o problema em estudo. Para aferição dos problemas identificados foi realizado um estudo descritivo não experimental, que teve como instrumentos de recolha de dados um questionário. Foi também usada a observação direta e a avaliação de dados de saúde.

2.3.2.1. População alvo e amostra

A população pode ser definida como um

“conjunto de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios”, (...) “uma população particular que é submetida a um estudo é chamada população alvo. A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente”. (Fortin M., 1999, p. 202)

Não sendo possível estudar a população na sua totalidade, seleciona-se uma fração que se encontre acessível e que deve ser tanto quanto possível representativa da mesma. O grupo selecionado foi composto através da técnica de amostragem não probabilística, intencional ou de conveniência, constituída pelos indivíduos que se encontravam disponíveis e que cumpram os critérios de inclusão e exclusão (Fortin, 1999).

A população alvo são as crianças em idade escolar, matriculadas no 1º ano do 1º ciclo do ensino básico do concelho totalizando 425 crianças. Não sendo possível abranger toda a população alvo, foi selecionada uma amostra. Para tal, foi identificada a escola do agrupamento do concelho onde existia maior número de crianças inscritas na USF. A Escola selecionada contempla 3 turmas de 1º ano no total de 67 alunos (15,6% da população alvo), dos quais 27 estão inscritos na USF.

A determinação da amostra baseou-se nos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- Critérios de inclusão: frequência do 1º ano do 1º ciclo do ensino básico; idade compreendida entre os 6 e os 8 anos, participação voluntária e Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo encarregado de educação, a autorizar a realização da avaliação dos dados de saúde (dados antropométricos e de tensão arterial) bem como a participação no projeto.
- Critérios de exclusão: ausência de consentimento informado, impossibilidade de avaliação dos dados de saúde por dificuldade técnica ou ausência no momento da avaliação.

Após aplicação de todos os critérios, a amostra deste estudo foi constituída por 47 participantes. Na fase inicial do diagnóstico de situação as crianças da amostra encontravam-se a frequentar o 1º ano do 1º ciclo do ensino básico, mas em setembro transitaram para o 2ºano, altura em que se concluiu o diagnóstico e se implementou e executou o projeto.

2.3.2.2. Instrumentos e método de recolha de dados

Para caracterizar o problema na amostra foi utilizada a observação direta, aplicado um questionário e realizada a avaliação de antropometria e de valores de tensão arterial.

A observação direta pode ser definida como o método em que o único objetivo é descrever *“os componentes de uma dada situação social (pessoas, lugares, acontecimentos, etc.) a fim de extrair tipologias desta”* (Fortin, 1999, p. 241). A observação direta foi utilizada para conhecimento da composição dos lanches escolares, para tal foi construída uma grelha de registo das observações realizadas (Apêndice 9).

De acordo com a revisão da literatura efetuada considerou-se importante o conhecimento das seguintes variáveis: hábitos alimentares das crianças; perceção dos pais face à alimentação e estado ponderal dos filhos, tendo-se recorrido ao questionário para o efeito. O questionário constitui o método mais adequado para atingir um dos objetivos do estudo, uma vez que traduz

os objetivos em variáveis mensuráveis, garantindo simultaneamente a privacidade através do anonimato das respostas (Fortin, 1999).

O questionário aplicado (Apêndice 10) contém 4 partes distintas da autoria da mestranda, com exceção da 3ª parte que foi cedida e autorizada por Victor Viana

- Primeira parte: composta por 15 questões que permitem traçar o perfil da amostra relativamente ao sexo, dados de nascimento, história de amamentação e de introdução alimentar da criança, seguida dos antecedentes familiares dos pais.
- Segunda parte: analisa a frequência da toma do pequeno almoço e a frequência alimentar durante uma semana. Constituído por 16 questões fechadas que avaliam a frequência de consumo de determinado alimento/bebida numa semana normal da criança aferida através de uma escala do tipo *Lickert* com os seguintes parâmetros de avaliação: “Nunca ou raramente”, “Menos de uma vez na semana”, “1 a 3 dias da semana”, “4 a 6 dias na semana” e “Todos os dias.
- Terceira parte: alusiva à preocupação e atitudes da mãe face a alimentação, avaliada pelo Questionário Alimentar para Crianças (CFQ)⁶, formado por 31 itens, os quais não foram todos aplicados. A seleção dos itens a aplicar surgiu da informação considerada pertinente para o diagnóstico de saúde. Os itens 8 a 12 avaliam a perceção da mãe sobre o estado ponderal do seu filho e a sua evolução ao longo do tempo; os itens 14, 15 e 16 avaliam as preocupações da mãe sobre o risco de a criança ter excesso de peso ou obesidade. No seu conjunto os itens referidos avaliam o risco e a preocupação com o peso, por parte das mães. Os itens 17 a 24 permitem avaliar até que ponto a mãe restringe o acesso do filho aos alimentos, ou seja, se existe uma atitude de restrição; os itens: 25 a 28 avaliam a tendência da mãe para pressionar o filho a comer mais, a atitude de pressão para comer; os itens 29, 30 e 31, avaliam a atitude de monitorização, até que ponto a mãe vigia a alimentação do filho. Os itens são cotados numa escala de *Lickert* de 5 pontos, a cotação é feita através do cálculo da média, desvio padrão e teste de Qui-Quadrado de cada grupo de itens.

⁶ Child Feeding Questionnaire - CFQ⁶ de Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer, & Johnson, 2001

- Quarta parte: corresponde a uma questão aberta de opinião e comentário.

Os questionários acompanhados do consentimento livre e esclarecido em duplicado (Apêndice 7) foram entregues aos pais que procederam ao seu preenchimento em casa e foram devolvidos através das crianças. Foram entregues 67 questionários: 48 (70,1%) foram devolvidos devidamente preenchidos, 4 em branco e não autorizado a participação e 13 não foram devolvidos.

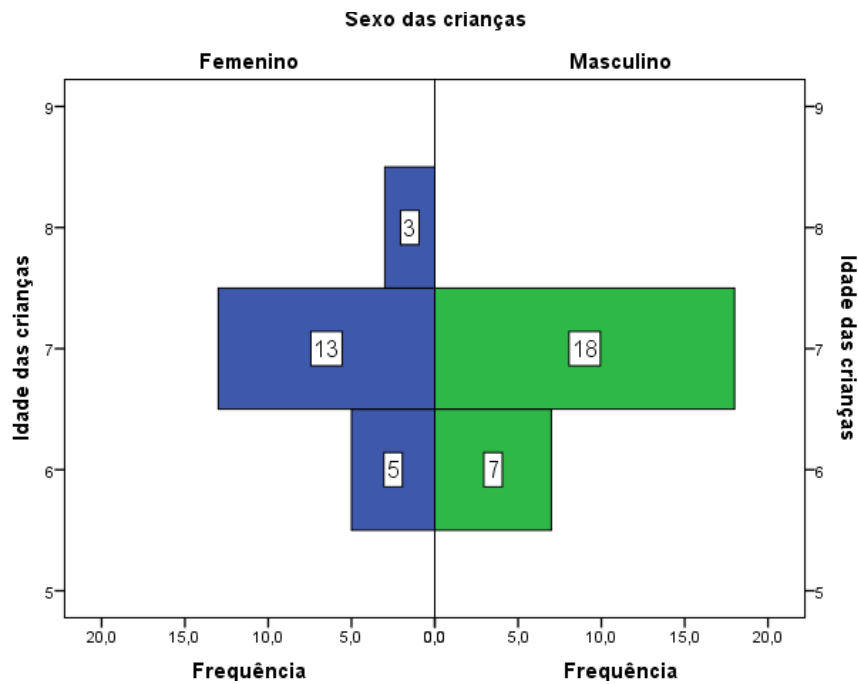
A avaliação de antropometria e de valores de tensão arterial foi realizada no final do ano letivo, em sala anexa à sala de aulas às crianças que tinham consentimento livre e informado assinado autorizando as avaliações. Os dados foram registados em tabela construída para o efeito disponível no apêndice 11. Das 48 crianças com autorização foram avaliadas 46 (61,2%). Duas crianças com autorização não foram avaliadas por medo resultante da presença de um elemento estranho. Para a avaliação do peso foi utilizada uma balança digital da marca Becken modelo musa e para medição da altura uma fita métrica em cm, fixa à parede. A tensão arterial foi avaliada com a criança sentada com um aparelho digital.

Os dados obtidos foram sujeitos a análise estatística com recurso ao programa SPSS 22 (Statistical Package for Social Science) e Excell do Office 365.

2.3.2.3. Apresentação e discussão dos resultados

A amostra foi constituída por 46 crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 8 anos, 26,2% tem 6 anos, 67,4% tem 7 anos e apenas 6,5% tem 8 anos, 45,7% são do sexo feminino e 54,3% do sexo masculino (gráfico 1).

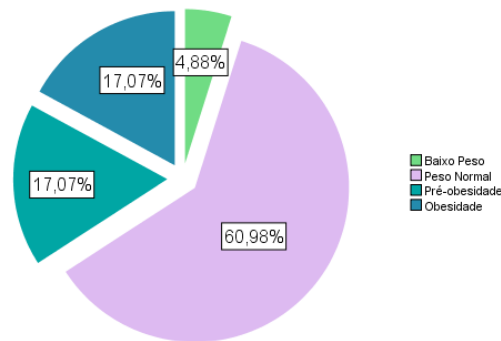
Gráfico 1 - Caracterização da amostra por Sexo e Idade



A. Estado nutricional:

De acordo com o critério de classificação do estado nutricional infantil da OMS, das 46 crianças que compunham a amostra, 34,1% (n=14) das crianças apresentava excesso de peso para a idade (percentil igual ou superior a 85) em igual proporção de pré-obesidade e obesidade e 4,9% apresenta baixo peso (gráfico 2). Comparando os dados obtidos com os resultados do estudo COSI-Portugal 2016, a amostra apresenta uma prevalência de pré-obesidade inferior (17,07% vs 30,7%) e de obesidade superior (17,07% vs 11,7%).

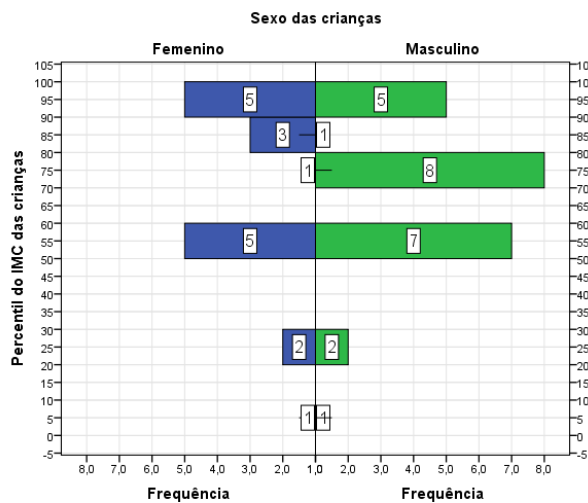
Gráfico 2 - Estado nutricional da amostra



Fonte: Dados obtidos a partir da avaliação antropométrica

A prevalência de obesidade é igual em ambos os sexos, já a prevalência de pré-obesidade é superior no sexo feminino. No grupo de crianças com peso normal, 19,6% das crianças do sexo masculino apresenta percentil de IMC superior a 70 (gráfico 3).

Gráfico 3 - Percentil do IMC da amostra por sexo



Fonte: Dados obtidos a partir da avaliação antropométrica

Um dos fatores referido na literatura como determinante da obesidade infantil é a presença de obesidade nos pais (Bree, Eaves, & Dwyer, 1999; Klish, 1998). Para conhecimento do estado nutricional dos pais das crianças da amostra recorreu-se aos valores da altura e peso auto-reportado. A prevalência de pré-obesidade⁷ foi superior nos pais comparativamente com as mães (47,5% vs 25,58) o que também se verificou na prevalência de obesidade⁸ (10% vs 4,65%).

Quando relacionado o estado nutricional das crianças com o dos pais, verifica-se que em 10 das 14 crianças com excesso de peso, 5 têm pelo menos um dos pais com excesso de peso e 5 têm ambos os pais com excesso de peso. Esta relação pode refletir a influência de fatores genéticos, mas também as características "obesogénicas" do ambiente, como os hábitos alimentares familiares, níveis de atividade física familiar, atitudes em relação a alimentação, peso e obesidade.

B. Perfil de Pressão Arterial:

A avaliação da pressão arterial revelou que 26,8% das crianças apresentava critérios de pré-hipertensão ou hipertensão: 6 crianças apresentam critérios de pré-hipertensão sistólica, 4 crianças pré-hipertensão diastólica e uma criança critérios de hipertensão diastólica. Do total de crianças (n=11) com perfil tensional elevado, 50% apresenta excesso de peso.

Os critérios utilizados para a definição do perfil tensional são os constantes no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. A atribuição do critério de pré-hipertensão arterial baseia-se no percentil da pressão arterial sistólica ou diastólica para a idade, sexo e estatura, sendo atribuído para percentis entre 90 e 95. Quando o percentil da pressão arterial sistólica ou diastólica é igual ou superior a 95 é classificada como hipertensão. Os resultados obtidos nesta avaliação não determinam o diagnóstico, dado que são necessárias 3 monitorizações de tensão arterial, mas são um dado importante e que requer novas medições, para eventual encaminhamento, avaliação e controlo dos fatores de risco (Menezes, Oliveira, Sasseti & Prazeres (Coord.), 2013).

⁷ $25\text{kg/m}^2 \leq \text{IMC} < 30\text{kg/m}^2$

⁸ $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$

C. Hábitos alimentares:

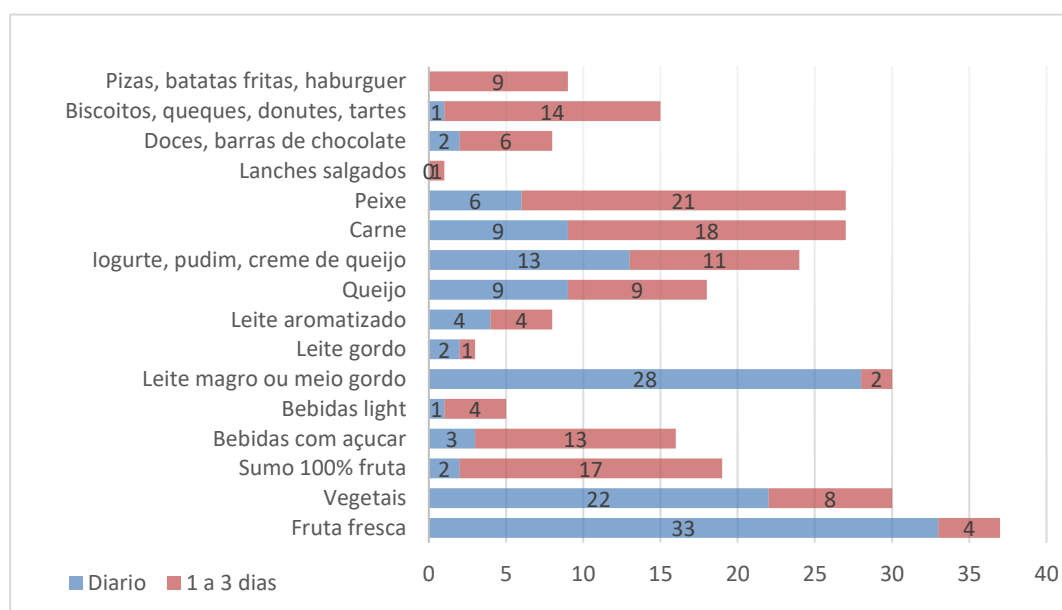
Foi questionado a 23 crianças⁹ da amostra qual o seu alimento preferido, sendo que 48% referiu ser massa. Relativamente ao alimento menos apreciado, 57% dos inquiridos referiram diferentes tipos de legumes, 18% identificaram as leguminosas como sendo o alimento que menos apreciavam.

A toma diária do pequeno-almoço constitui um importante hábito que deve ser introduzido o mais cedo possível. Do total de crianças amostra (n=46) 93,5% toma o pequeno-almoço todos os dias, uma criança toma o pequeno-almoço 4 a 6 dias na semana e apenas uma nunca o faz. Resultados em consonância com os obtidos no estudo COSI-Portugal 2016.

Relativamente ao consumo semanal dos vários alimentos, as crianças da amostra reportam a frequência diária do consumo de mais fruta comparativamente aos legumes, de mais carne do que peixe e de mais leite magro ou meio gordo do que leite gordo. Como se pode verificar no gráfico seguinte o consumo de peixe inverte a tendência previamente referida no que se refere à frequência de 1 a 3 dias.

Gráfico 4 - consumo alimentar nas frequências diárias e 1 a 3 dias da semana

Fonte: dados obtidos dos questionários.



⁹ Não foi possível realizar a questão a todas as crianças da amostra por razões relacionadas com as atividades letivas.

O consumo diário de fruta foi de 71,7%, o de vegetais 47,8%, o de carne 19,6% e o de peixe 13%. O consumo de fruta e vegetais é referido na frequência menos de 3 dias da semana, por 8,7% e 26,1% respetivamente.

As crianças reportaram consumir diariamente preferencialmente leite magro ou meio gordo (60,9% vs 4,3% de leite gordo), representando o 2º alimento mais consumido nesta frequência. O consumo diário de iogurtes, sobremesas lácteas ou outros produtos lácteos foi de 28,26%, de queijo de 19,57% e o de leite aromatizado foi referido por 8,7%.

As tendências do consumo alimentar das crianças da amostra são semelhantes às observadas no estudo COSI-Portugal, apenas o consumo de queijo é significativamente superior na amostra em estudo comparativamente ao referido estudo.

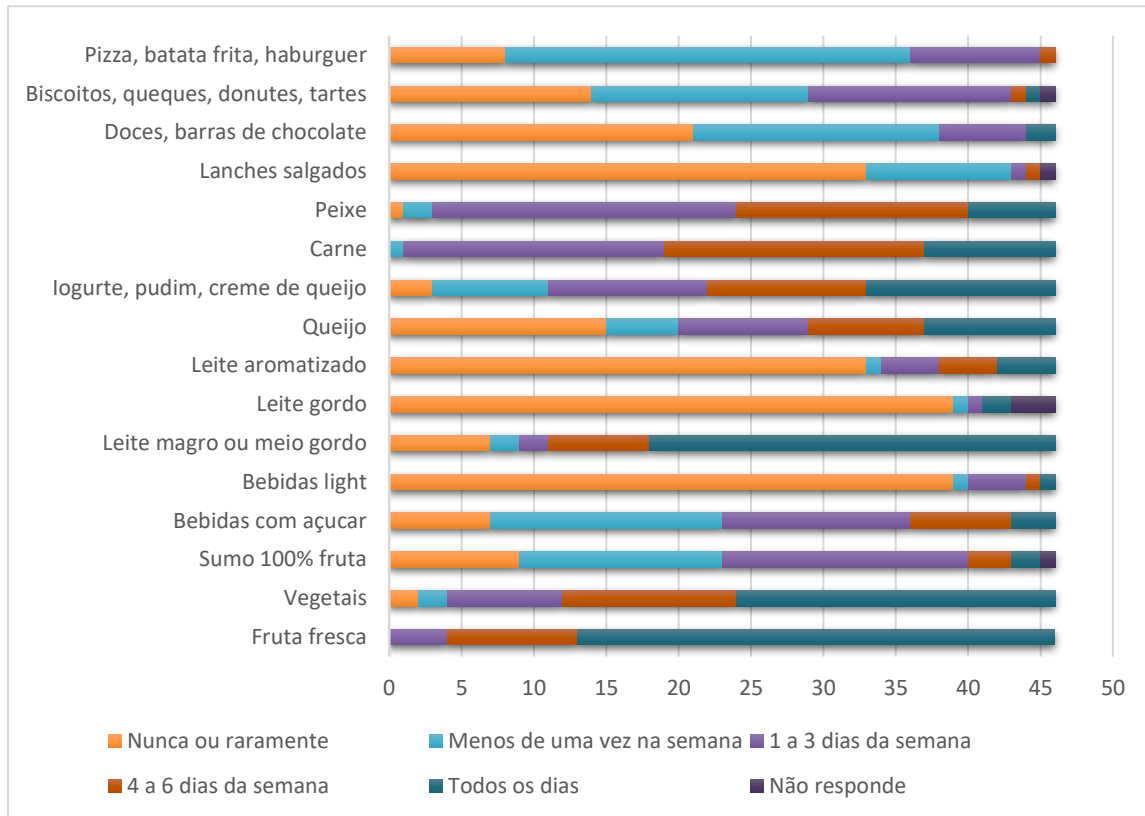
A análise da frequência de consumo semanal mostrou que a ingestão de doces, como barras doces ou chocolates foi referido diariamente por 4,3% e por 13% na frequência 1 a 3 dias da semana. Os queques, biscoitos, dónuts e tartes são consumidos na frequência mais de 4 dias na semana por 4,3% e por 30,4%, na frequência 1 a 3 dias da semana. O consumo deste tipo de alimentos foi inferior para a mesma frequência, quando comparada com os dados do estudo COSI-Portugal.

Os lanches salgados são referidos por 4,3% das crianças na frequência mais de 1 dia na semana. O consumo de pizza, batatas fritas caseiras ou de pacote, hambúrgueres, salsichas ou rolo de carne é referido na frequência mais de 1 vez na semana por 21,8% das crianças. Valores muito inferiores aos encontrados no estudo COSI-Portugal.

As bebidas contendo açúcar são consumidas na frequência 1 a 3 dias da semana por 28,3% e na frequência mais de 4 dias da semana por 21,7%, valor superior aos 14,8% reportados no estudo COSI-Portugal.

No gráfico seguinte encontra-se representada frequência do consumo semanal dos diferentes alimentos e bebidas.

Gráfico 5 - Frequência do consumo alimentar da amostra



Fonte: Dados obtidos dos questionários

D. Questionário Alimentar para Crianças (CFQ)

A aplicação do questionário CFQ permite analisar as atitudes parentais face ao comportamento alimentar das crianças, o risco e preocupação com o peso e a regulação da ingestão energética. As atitudes podem ser de três tipos: controlo restritivo, pressão para comer, vigilância ou controlo discreto.

Na tabela seguinte, encontram-se representadas as médias, modas, desvio padrão e teste Qui-Quadrado de cada subescala do CFQ.

Tabela 1 - Resultados por subescalas do Questionário Alimentar de Crianças (CFQ).

	Valido	Ausente	Média	Moda	Desvio padrão	Qui-quadrado
Preocupação com o estado ponderal dos filhos	46	0	2,6660	1,00	1,60000	0,02900
Atitude de restrição	46	0	3,7547	4,43	1,21813	0,06229
Atitude de pressão	46	0	2,6667	4,45	1,59978	0,66475
Perceção do estado ponderal	46	0	2.8435	3,00	0,59406	0,00000
Atitude de monitorização	46	0	4,3551	4,33	2,62478	0,00000

Apenas se observam diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), na subescala “atitude de restrição” e “atitude de pressão”.

Nas subescalas do CFQ que avaliam as atitudes de controlo alimentar das mães relativamente à alimentação dos filhos, destacam-se as subescalas (“atitude de restrição” e “atitude de monitorização”) pelas médias elevadas que apresentam, indicando que as mães, nesta amostra, têm o hábito de restringir alguns alimentos e necessidade de monitorizar a alimentação dos filhos e não têm o hábito de recorrer à comida como recompensa.

As atitudes de controlo dos pais com respeito à alimentação dos filhos apontam para atitudes de restrição. Atitude que segundo a bibliografia consultada é caracterizada pela exclusão de determinados alimentos considerados menos saudáveis, associada à redução da quantidade de alimentos ingeridos pela criança e a uma atitude de pressão sobre esta para ingerir alimentos considerados mais saudáveis (frutas, vegetais, etc.) e maiores quantidades de alimentos (Viana, Candeias, Rego, & Silva, 2009).

A subescala de vigilância ou controlo discreto, atitude de monitorização, revela comportamentos de vigilância e controlo ténues dos hábitos alimentares da criança. Segundo a bibliografia, esta atitude de vigilância e controle ténue caracteriza-se pela promoção de refeições saudáveis, redução dos alimentos menos saudáveis em casa e agir como modelo (Viana, Candeias, Rego, & Silva, 2009).

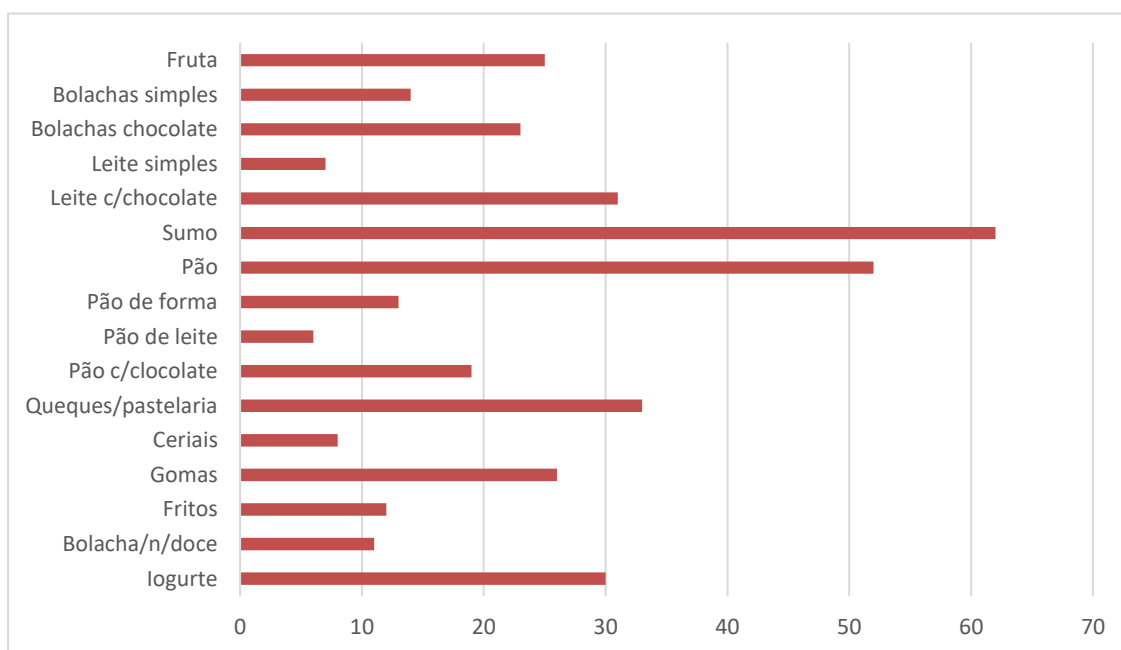
O valor da média da subescala “preocupação das mães face ao estado ponderal dos filhos” (escala invertida) revela que as mães não estão preocupadas com este aspeto. Analisando a subescala de “pressão para comer” verifica-se que as mães tendem a exercer pressão sobre os filhos para comer. Na subpopulação das crianças com excesso de peso, 35,7% dos pais exerce pressão para comer.

Da análise dos resultados obtidos, globalmente os pais revelam pouca preocupação face ao risco de desenvolvimento de obesidade. Relativamente à perceção dos pais face ao estado ponderal, ou seja, a perceção do excesso de peso, esta apenas é encontrado por parte de um dos pais relativamente ao seu filho, sendo que 92,9% dos pais de crianças com excesso de peso considera que o estado nutricional do seu filho está dentro da média. Do total das crianças com peso normal para idade e sexo, 24% dos pais considera que o seu filho tem baixo peso.

E. Lanches escolares:

Durante o mês de setembro e outubro foram realizados três momentos de observação dos lanches escolares, sem conhecimento prévio por parte da população da amostra. As crianças foram convidadas a abrir a lancheira e foi realizado respetivo registo. No total foram registados 128 lanches, obtiveram-se os resultados apresentados no gráfico seguinte (gráfico 4).

Gráfico 6 - Alimentos observados nos lanches escolares



Fonte: Dados obtidos através de observação direta.

Da análise destes resultados é possível verificar que embora o pão tenha sido registado em 52 lanches, o somatório dos alimentos doces que englobam as bolachas com e sem chocolate, o pão com chocolate, os cereais e os queques/pastelaria foram registados 97 vezes. Os dados permitem aferir que estes alimentos ricos em açúcar e maioritariamente também em gordura e sal constituem uma parte significativa dos lanches desta amostra (76,6%).

Em relação ao grupo dos laticínios foram observados em 68 dos lanches, sem contabilização do leite escolar. Da análise dos principais laticínios que compõe os lanches, são de salientar o leite com chocolate e o iogurte.

As bebidas açucaradas destacaram-se pela presença em 48,4% dos lanches. Os fritos, incluindo as batatas fritas foram contempladas em 9,4% dos lanches e as gomas e chocolate em barra em 20,3 % das refeições referidas.

A fruta não constitui um elemento de eleição, estando presente em apenas 19,5% dos lanches observados.

Da análise global dos lanches observados, verificou-se que cerca de 60% são constituídos na totalidade por alimentos processados industrialmente, ricos em açúcar e/ou gordura e/ou sal. Existindo a presença de mais do que um alimento de elevada densidade energética no mesmo lanche.

A tabela seguinte demonstra a constituição de um dos lanches observados, que contém alimentos equivalentes aos presentes em mais de 50% dos lanches observados.

Tabela 2 – Análise nutricional de um dos lanches observados.

	Pão c/ Chocolate	Leite c/ chocolate	Sumo	Donuts	Bolachas	TOTAL	Recomen- dado*
Energia Kcal	207	144	84	201	524	1160	2000
Lípidos	8,5	2,4	0	11	24	45,9	78
Saturado	1,65	1,6	0	5,5	13	21,75	20
Hidratos de carbono	28	23	20	22,5	68	161,5	275
Açúcar	12	23	18	9,5	31	93,5	50
Fibras	1,2	1	0	0,75	0	2,95	28
Proteínas	3,9	7	0	2,6	0	13,5	50
Sal	0,315	0,8	0	0,22	1	2,335	2,3

Valores retirados dos rótulos das embalagens *Dose recomendada do adulto (Food and Agriculture Organization of the United Nations/World Health Organization/ United Nations University [FAO/WHO/UNU], 2001)

Da análise da tabela anterior é possível verificar que muitas das crianças da amostra, apenas com o lanche escolar ultrapassam as doses diárias recomendadas (para adulto) de gordura saturada, açúcar e sal, e atingem mais de 50% das Kcalorias diárias recomendadas para as crianças entre os 6 e os 8 anos (1600Kcal) (FAO/WHO/UNU,2001).

F. Principais problemas identificados:

A análise dos resultados obtidos permite identificar os seguintes problemas:

- Elevada prevalência de excesso de peso, com relação estatisticamente significativa com o perfil tensional elevado.
- Consumo de frutas e legumes inferior ao recomendado pela OMS.
- Elevado consumo de alimentos processados ricos em açúcar e/ou gordura e/ou sal, nos lanches escolares.

2.4. Determinação de Prioridades

A determinação de prioridades, segunda etapa do planeamento em saúde, diz respeito ao processo de tomada de decisão e encontra-se diretamente relacionada com o diagnóstico de situação e corresponde à hierarquização dos problemas, selecionando os que devem ser solucionados em primeiro lugar. Neste processo é necessário ter em conta o horizonte temporal, a área de programação e os recursos existentes e necessários (Imperatori & Giraldes, 1982). Assim, esta etapa permite uma eficiente utilização dos recursos, hierarquizar os problemas nos quais se pode e deve intervir, ajudando a estabelecer a ordem pela qual se deve atuar.

A operacionalização desta etapa do planeamento em saúde foi efetuada através de pesquisa de consenso, utilizando o Brainstorming, uma vez que *“um consenso obtido entre um grupo de pessoas conhecedoras dos problemas e da população em estudo, é altamente fíável.”* (Tavares, 1990, p. 64). Para tal procedeu-se a uma reunião com as professoras titulares das turmas envolvidas e com a professora coordenadora da escola. Após a aplicação da grelha de análise aos problemas identificados, como método de seleção de prioridades, foi atribuída prioridade máxima aos hábitos alimentares inadequados da amostra (Apêndice 12) neste sentido foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária que visa dar resposta a esta problemática.

2.5. Fixação de objetivos

Na fixação dos objetivos é necessário ter em conta os recursos humanos, os recursos materiais e financeiros, bem como determinar o período de tempo para os alcançar. Segundo Tavares (1990) os objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis e na sua elaboração é necessário incluir cinco elementos: a natureza da situação desejada; os critérios de sucesso ou fracasso; a população-alvo; a área de aplicação e a delimitação temporal.

Da análise dos dados obtidos no diagnóstico, dos problemas identificados e da prioridade definida, foi planeado um projeto de intervenção que contribua para o desenvolvimento saudável das crianças da amostra. Para tal, o objetivo geral traçado para este projeto foi: Capacitar as

crianças do 2º ano do 1º ciclo do ensino básico e suas famílias para a adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Retomando os princípios do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, a capacitação é desenvolvida mediante a aquisição e alteração de conhecimentos, atitudes e de competências (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). Neste modelo, o indivíduo detém necessidade de compreender os benefícios do comportamento de saúde a adotar, de perceber as barreiras a esse comportamento, a autoeficácia e influência dos pares, família e ambiente no comportamento. Indo ao encontro destes pressupostos, os objetivos específicos foram definidos no sentido de dar resposta ao problema identificado e de desenvolver competências nas crianças que permitam o compromisso com o plano de saúde e que conduza a hábitos alimentares saudáveis. Assim, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- *Aumentar o conhecimento sobre alimentação saudável nas crianças do 2º ano do 1º ciclo do ensino básico e suas famílias;*
- *Promover a redução da ingestão de alimentos ricos em açúcar e/ou gordura e /ou sal nas crianças do 2º ano do 1º ciclo do ensino básico;*
- *Promover o aumento do consumo de fruta nas crianças do 2º ano do 1º ciclo do ensino básico.*

2.5.1. Metas e indicadores

As metas ou objetivos operacionais correspondem ao resultado desejável das atividades traduzido em indicadores de atividade (Imperatori & Giraldes, 1982). No sentido de proceder à monitorização do projeto foram definidos indicadores e metas para cada objetivo específico (Tabela 3).

Tabela 3 - Metas e indicadores definidos por objetivo específico

Objetivo específico:	Meta	Indicador
<i>Aumentar o conhecimento sobre alimentação saudável nas crianças do 2º ano do 1º ciclo do ensino básico e suas famílias.</i>	<i>Que 60% das crianças identifique pelo menos três princípios da alimentação saudável.</i>	<i>% de crianças que enumera corretamente pelo menos três princípios da alimentação saudável.</i> <i>Número de crianças que enumera corretamente pelo menos três princípios da alimentação saudável.</i> <hr/> <i>Número total de crianças que participa na atividade</i>
<i>Promover a redução da ingestão de alimentos ricos em açúcar e/ou gordura e/ou sal nas crianças do 2º ano do 1º ciclo do ensino básico.</i>	<i>Que a quantidade de alimentos ricos em açúcar e/ou gordura e/ou sal reduza em 10% nos lanches escolares</i>	<i>% de alimentos ricos em açúcar e/ou gordura e/ou sal presentes no lanche escolar.</i> <i>Número de alimentos ricos em açúcar e/ou gordura e/ou sal presentes no lanche escolar</i> <hr/> <i>Número total de alimentos presentes no lanche escolar</i>
<i>Promover o aumento do consumo de fruta nas crianças do 2º ano do 1º ciclo do ensino básico.</i>	<i>Que 30% das crianças inclua pelo menos uma peça de fruta no lanche escolar.</i>	<i>% de lanches com pelo menos uma peça de fruta.</i> <i>Número de lanches escolares com pelo menos uma peça de fruta</i> <hr/> <i>Número total de lanche escolar</i>

2.6. Seleção de estratégias

Nesta etapa, são selecionadas as estratégias necessárias para atingir os objetivos, enquanto “o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um objetivo, reduzindo, assim, um ou mais, problemas de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 65).

Para delinear a estratégia a desenvolver neste projeto, que visam contribuir para a capacitação das crianças e suas famílias para a adoção de hábitos alimentares saudáveis, foi realizada uma reunião com a professora coordenadora da escola e professoras titulares de turma, onde foram discutidas as possibilidades de intervenção tendo em consideração os tempos e conteúdos letivos, as características específicas das crianças de cada turma, os objetivos e recursos existentes. Neste sentido foram selecionadas um conjunto de estratégias fundamentais:

- **Envolvimento dos parceiros**, nomeadamente da professora coordenadora e das professoras titulares de turma. O envolvimento e participação destes elementos é crucial ao desenvolvimento do projeto, desde o delineamento à execução da intervenção. O seu envolvimento é fundamental não só pelo conhecimento que detêm das crianças da amostra e poderem agir como elementos conciliadores e de apoio ao desenvolvimento das atividades, como também pelo facto da sua participação, especialmente nas sessões de educação para a saúde contribuir para a sua capacitação e aumento dos conhecimentos em alimentação saudável.
- **Envolvimento dos pais/encarregados de educação** através do envio de atividades a serem realizadas em conjunto com a criança e de folhetos informativos sobre alimentação saudável.
- **Elaboração de sessões de educação para a saúde, em sala de aula, no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis:** Uma das estratégias de intervenção selecionada foi a educação para a saúde sobre alimentação saudável dirigida às crianças do 2º ano. Na seleção desta estratégia foi considerado o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. A educação para a saúde permite o desenvolvimento e transmissão de conteúdos e experiências de aprendizagem que facilitam a adaptação voluntária ao comportamento promotor da saúde (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2012). A estrutura das sessões de educação para a saúde, bem como os seus conteúdos e atividades foram elaboradas tendo em conta o estágio do desenvolvimento infantil, com ênfase na utilização da imagem, manipulação e experiência, numa ótica interativa uma vez que os principais mecanismos de aprendizagem nesta fase de desenvolvimento são o visual e o psicomotor (Redman, 2002). Os recursos utilizados nas seções de educação para a saúde foram adaptados do Programa

Educativo Nestlé por Crianças Mais Saudáveis¹⁰ e do programa Nutri-ventures¹¹. A adequação dos recursos utilizados durante as seções de educação para a saúde foi no sentido de implementar estratégias interativas e dinâmicas com o envolvimento ativo das crianças, uma vez que estas estratégias têm apresentado resultados positivos na promoção da alimentação saudável em ambiente escolar (LaChausse, 2017; Aparco, Bautista-Olórtegui, & Pillaca, 2017; Waters, et al., 2018).

2.7. Preparação operacional e Implementação

Nesta etapa agrupam-se as atividades já realizadas que partilham pontos em comum com as atividades a desenvolver. Esta fase corresponde ao planeamento e estudo detalhado das atividades necessárias para a implementação das estratégias e alcance dos objetivos.

Segundo Imperatori e Giraldes (1982) é uma fase determinante para o sucesso do projeto, requer a definição pormenorizada dos resultados que se pretendem alcançar, a preparação da lista das atividades do projeto, a explicitação de como cada atividade deve ser executada, a determinação dos recursos necessários e o estabelecimento do cronograma do projeto.

¹⁰ Programa Educativo Nestlé por Crianças Mais Saudáveis desenvolvido em parceria com a Direção-Geral da Educação do Ministério da Educação é uma iniciativa da Nestlé Portugal inserida no Nestlé for Healthier Kids Global Programme, uma iniciativa global de nutrição e atividade física. <https://www.nestle-criancassaudaveis.pt/espacoconcs/programaeducativonestleporcriancasmaissaudaveis/>

¹¹ Programa educativo no âmbito da alimentação saudável desenvolvido com um conjunto de parceiros nomeadamente a DGE, a DGS e o PNPAS. <http://www.nutri-ventures.com>.

2.7.1. Seleção das atividades e cronograma de atividades

De modo a responder aos objetivos definidos e considerando as estratégias selecionadas foram programadas as seguintes, para as quais foi definido “Quando, Como, Onde e Quem” (Apêndice 13):

- Solicitação das autorizações necessárias ao desenvolvimento do projeto
- Solicitação de parecer à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT
- Reuniões com a professora coordenadora da escola e professoras titulares de turma;
- Participação na atividade realizada pela escola no âmbito do dia mundial da alimentação;
- Apresentação dos resultados do diagnóstico à professora coordenadora da escola e professoras titulares de turma;
- Observação dos lanches escolares;
- Criação de um folheto informativo sobre lanches saudáveis;
- Reunião com a higienista oral do ACeSA;
- Sessões de educação para a saúde para as crianças;
- Elaboração de uma pasta por turma para arquivo dos trabalhos desenvolvidos;
- Exposição de trabalhos realizados pelas crianças;
- Elaboração do livro de receitas do 2º ano;
- Elaboração de um artigo científico, resumo presente em apêndice (Apêndice 14).

No sentido de organizar as atividades a desenvolver foi elaborado um cronograma de atividades (Apêndice 15). O cronograma permite obter uma visão geral do percurso do projeto, do tempo necessário ao desenvolvimento das diferentes atividades e informar na fase de execução se as atividades estão a ser realizadas no tempo previsto ou se existem atrasos ou avanços (Imperatori & Giraldes, 1982).

2.7.2. Recursos

No planeamento de um projeto é necessário ter em consideração os recursos humanos, recursos materiais, instalações, estrutura administrativa e apoio logístico necessários a sua consecução, sendo necessário calcular a sua estimativa e realizar uma análise orçamental de previsão dos custos necessários à implementação do projeto (Tavares, 1990).

A estimativa dos recursos apresenta-se de forma detalhada em apêndice (Apêndice 16) e englobam:

- Recursos humanos: mestrandas, professores e auxiliares de ação educativa;
- Recursos físicos: gabinete da saúde escolar, salas de aulas e outros espaços da escola envolvida no projeto;
- Recursos materiais: papel, impressora e computador para a impressão dos questionários e das fichas de apoio às atividades, géneros alimentícios incluindo frutas e legumes, recursos audiovisuais, placares e outros materiais necessários ao desenvolvimento das seções de educação para a saúde;
- Recursos com as deslocações.

2.7.3. Atividades desenvolvidas

- **Envolvimento dos parceiros.**

Foram planeadas e realizadas reuniões com a professora coordenadora e com as professoras titulares de turma onde foi dado a conhecer os resultados do diagnóstico de situação e foi definido o problema prioritário e a área de intervenção do projeto. Posteriormente foi apresentado o cronograma das atividades previstas e a sua descrição detalhada, ambos foram revistos e reformulados tendo em conta o calendário letivo e as características específicas de cada turma.

Foi entregue em suporte de papel e digital o cronograma das atividades, o plano de sessão de educação para a saúde e a descrição detalhada de cada atividade. Na semana previa à realização das atividades foi enviado via mail, o descritivo das sessões e as respetivas atividades a realizar.

- **Elaboração de sessões de educação para a saúde, em sala de aula, no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis.**

Foram programadas 4 sessões de educação para a saúde com a periodicidade quinzenal, sempre à terça-feira, por forma a manter a regularidade, continuidade dos conteúdos e o contato com as crianças. Algumas datas foram alteradas no decurso do projeto por coincidirem com atividades letivas que surgiram posteriormente. As diferentes sessões foram planeadas e realizadas numa lógica de continuidade existindo encadeamentos entre elas, nomeadamente através das atividades que as crianças levam para realizar em casa que eram referenciadas na seção seguinte.

As sessões foram planeadas e realizada por turma na respetiva sala de aula, ou seja, a mesma sessão foi replicada três vezes, apenas a sessão “Os hidratos de carbono: um prato cheio de energia” foi realizada no refeitório com as 3 turmas em simultâneo. A utilização da sala de aula, permitiu não só a utilização de um ambiente já conhecido das crianças, mas também a rentabilização dos recursos materiais e humanos já existentes.

Com o decurso do projeto foi identificada a necessidade de intervenção na área da saúde oral tendo sido programada e realizada uma sessão em conjunto com a Higienista Oral do ACeSA.

O plano de sessão e a sua descrição detalhada encontram-se disponíveis em apêndice.

Sessão 1 - A alimentação saudável e a roda dos alimentos (Apêndice 17);

Sessão 2 - Conhecer novos sabores: Frutas, hortícolas e leguminosas (Apêndice 18);

Sessão 3- A lancheira dos heróis (Apêndice 19);

Sessão 4 - Os hidratos de carbono: um prato cheio de energia (Apêndice 20);

Sessão 5 – O srº Dentolas (Apêndice 21).

No âmbito da sessão nº 3 foi realizado um folheto informativo sobre os lanches escolares e a leitura de rótulos alimentares dirigido aos pais. Dado o problema dos lanches escolares ricos em géneros alimentícios processados de elevada densidade energética ser um problema transversal a todos os anos letivos, este folheto foi entregue a todos os alunos do ensino pré-escolar e dos 4 anos do 1º ciclo do ensino básico da escola acolhedora do projeto.

O desenvolvimento de todas as sessões de educação para a saúde contou com o apoio e colaboração das respetivas professoras titulares de turma e foi da responsabilidade da mestrande a sua planificação e execução. A sessão de educação para a Saúde “O Srº Dentolas” foi da responsabilidade da Higienista Oral.

- **Envolvimento dos pais/encarregados de educação**

O envolvimento dos pais/encarregados de educação é fundamental uma vez que a alimentação das crianças é fruto das escolhas e hábitos alimentares dos pais/família. Sendo reconhecida a sua baixa adesão nas atividades/sessões desenvolvidas em ambiente escolar, optou-se por envolvê-los através do envio de informação sobre alimentação saudável. Para tal, em todas as sessões de educação para a saúde, cada criança levou para casa uma atividade relacionada com a temática abordada a ser realizada em família. A criança era incentivada a devolver o resultado da atividade no prazo de uma semana.

2.8. Seguimento “Follow Up” do projeto

Todo o processo de planeamento e de implementação foi acompanhado no sentido de garantir a realização das atividades e intervenções planeadas e proceder as alterações necessárias com vista à sua melhoria e ao alcance dos objetivos definidos. No decurso da implementação do projeto houve necessidade de adaptação do cronograma às atividades letivas e de realizar pequenas modificações nas sessões de educação para a saúde em função das turmas. Neste sentido, a discussão realizada no final de cada sessão com as respetivas professoras titulares de turma foi fundamental neste processo.

O follow up do projeto respeitou os recursos disponíveis e a análise orçamental realizada no início do planeamento.

2.9. Avaliação do projeto

Para operacionalização desta etapa procedeu-se à avaliação das metas previamente definidas e à avaliação dos indicadores de processo e resultado. Em relação ao indicador de produtividade, este foi atingido na totalidade, visto que todas as atividades planeadas foram realizadas

O projeto “CRESCER Forte, Saudável e Feliz” foi delineado com o objetivo geral de capacitar as crianças do 2º ano do 1º ciclo do ensino básico e suas famílias para a adoção de hábitos alimentares saudáveis. Para o seu alcance concorreram as diferentes sessões de educação desenvolvidas, permitindo atingir as metas estabelecidas para os objetivos específicos definidos. Como cada seção de educação contribui para o alcance de mais de um objetivo específico a sua avaliação detalhada encontra-se em apêndice (Apêndice 22). A tabela seguinte apresenta a avaliação dos objetivos específicos definidos para este projeto e respetivas metas.

Tabela 4 - Avaliação dos objetivos específicos e metas.

Objetivo específico:	Meta	Avaliação
<i>Aumentar o conhecimento sobre alimentação saudável nas crianças do 2º ano do 1º ciclo.</i>	<i>Que 60% das crianças identifique pelo menos três princípios da alimentação saudável.</i>	<i>Atingido 84,6%</i>
<i>Promover a redução da ingestão de alimentos ricos em açúcar e/ou gordura e/ou sal nas crianças do 2º ano do 1º ciclo</i>	<i>Reduzir em 10% a quantidade de alimentos ricos em. açúcar e/ou gordura e/ou sal nos lanches escolares</i>	<i>Atingido 49,9%</i>
<i>Promover o aumento do consumo de fruta nas crianças do 2º ano do 1º ciclo.</i>	<i>Que 30% das crianças inclua pelo menos uma peça de fruta no lanche escolar.</i>	<i>Atingido 44,6%</i>

Como é possível verificar na tabela anterior todas as metas foram alcançadas.

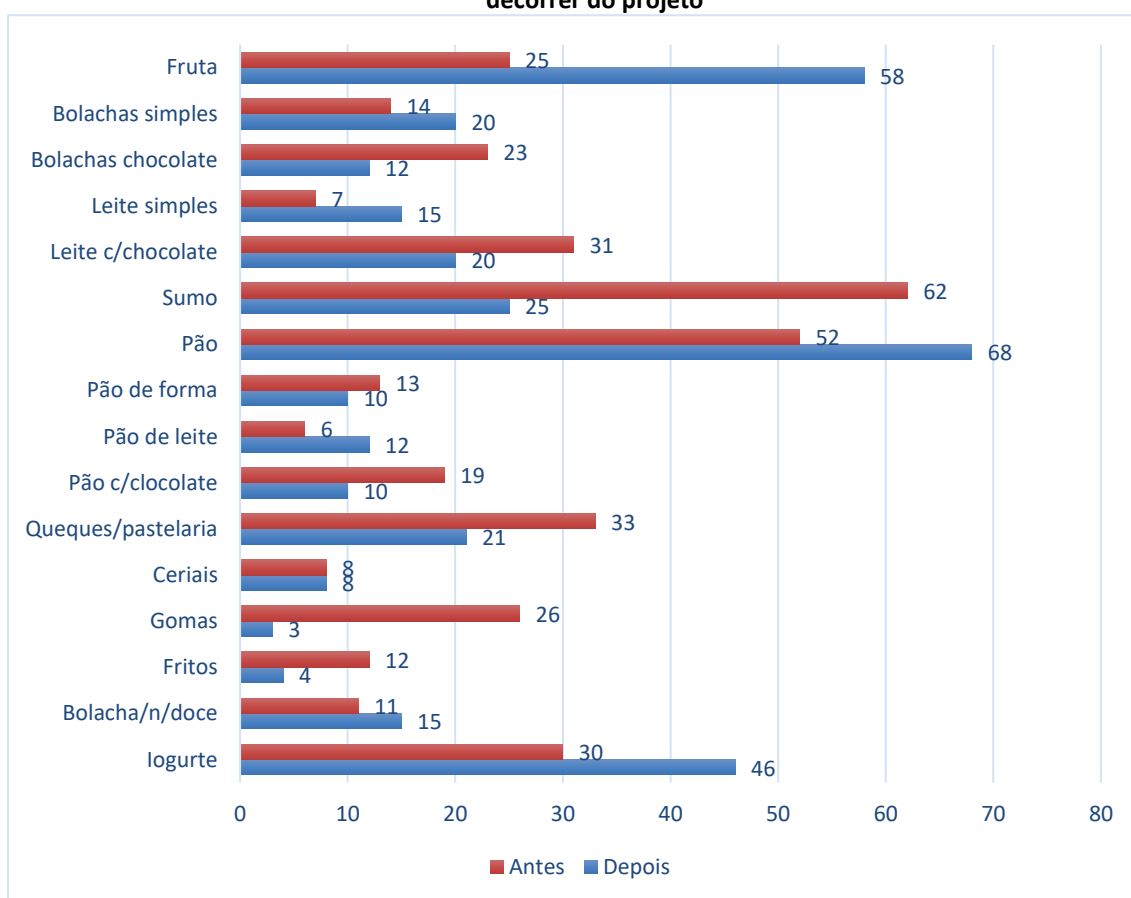
A avaliação do objetivo específico aumentar o conhecimento sobre alimentação saudável nas crianças e respetiva meta foi realizado mediante a análise dos trabalhos realizados durante as sessões de educação para a saúde e através das respostas das crianças às perguntas de grupo e individuais.

Durante as sessões de educação para a saúde foi possível verificar que existiam ideias menos corretas sobre a alimentação como “o pão não é saudável”, “os sumos fazem bem” e os “cereais de pequeno almoço são saudáveis”. Com o decorrer do projeto estas ideias foram sendo alteradas e as crianças demonstraram compreender o que são alimentos saudáveis e não saudáveis e os princípios da alimentação saudável.

A avaliação dos objetivos específicos promover a redução da ingestão de alimentos ricos em açúcar e/ou gordura e/ou sal e promover o aumento do consumo de fruta nas crianças foi avaliado através da observação dos lanches escolares após a sessão de educação: A lancheira dos Heróis.

Foram observados um total de 130 lanches. No gráfico 7 encontram-se os resultados da observação dos lanches na etapa de diagnóstico e após a realização das sessões 1,2 e 3.

Gráfico 7 - Alimentos observados nos lanches escolares na etapa do diagnóstico e durante o decorrer do projeto



Fonte: dados obtidos através da observação dos lanches realizada antes das sessões de educação para a saúde (diagnóstico de saúde) e depois das sessões.

Da observação do gráfico anterior verifica-se que ocorreu um aumento do consumo de pão em 11,7% e de pão-de-leite em 4,5% em detrimento do pão com chocolate que apresentou uma redução de 7%.

Relativamente aos alimentos doces que englobam as bolachas com e sem chocolate, pão com chocolate, os cereais e os queques/pastelaria verificou-se a sua diminuição em 36,6%. Os dados permitem aferir que estes alimentos ricos em açúcar e/ou gordura e/ou sal passaram a estar presentes em 39,2% dos lanches, comparativamente ao verificado na etapa do diagnóstico em que representavam 75,8% dos alimentos presentes nos lanches escolares.

A presença de fritos, incluindo as batatas fritas reduziu para 3,1% o que representa um decréscimo de 6,3%. A categoria das gomas que também inclui os chocolates em barra e rebuçados apresentaram uma redução de 18% nos lanches observados.

Em relação ao grupo dos laticínios foi observado um aumento do consumo de iogurtes em 11,9% e de leite simples em 6%, com o decréscimo do leite com chocolate ou aromatizado em 8,8%

As bebidas açucaradas observadas inicialmente em 48,4% dos lanches reduziram em 19,2% a sua presença.

A fruta que no diagnóstico apenas integrava 19,5% dos lanches observados, passou a estar presente em 44,6% correspondendo a um aumento de 25,1%.

Nos lanches observados, verificou-se a redução em quase todos os géneros alimentícios ricos em açúcar e/ou gordura e/ou sal. Do somatório de todos os alimentos desta categoria verificou-se uma redução total de 49,9%, contudo a presença de alimentos processados continuar a constituir uma parte significativa dos lanches escolares. Relativamente aos cereais de pequeno almoço a sua presença manteve-se inalterada refletindo a ideia vinculada pelos media sobre os benefícios deste género alimentício no crescimento e desenvolvimento físico e cognitivo das crianças.

Globalmente, houve uma melhoria no comportamento alimentar, que demonstra em parte o aumento do conhecimento sobre alimentação saudável, como também o impacto do projeto nas escolhas alimentares realizadas pelos pais e crianças.

Relativamente à avaliação da implementação do projeto, esta teve em conta todas as atividades programadas para a sua formalização e desenvolvimento. Foram planeadas reuniões com

a professora coordenadora e professoras titulares de turma para dar a conhecer o diagnóstico, delinear e executar o projeto de intervenção. Na fase de preparação foram planeadas 4 sessões de educação para a saúde, mas tendo em conta a necessidade detetada de rastreios da saúde oral e de abordar este tema, efetuou-se mais uma sessão em parceria com a Higienista Oral do ACeSA. Para que esta sessão fosse possível, foi realizada uma reunião com a Higienista Oral onde foi dado a conhecer o diagnóstico, o projeto de intervenção e as situações que tinham sido detetadas no decorrer das sessões de educação para a saúde e que careciam de intervenção especializada. Numa nova reunião foi programada a sessão de educação para a saúde, intitulada o SRº Dentolas. Nesta sessão foi abordada a higiene oral, os cuidados com os dentes e a influência da alimentação na saúde oral, terminando com o rastreio dentário.

Relativamente ao cumprimento do cronograma, foram feitas alterações de calendário por coincidência com outras atividades letivas. A sessão Hidratos de carbono: um prato cheio de energia foi alterada intencionalmente para coincidir com o final do 1º período letivo. Esta alteração prendeu-se com o facto de esta sessão ter sido adotada pelas professoras como a atividade de Natal que marca o fim do 1º período letivo.

Durante todas as sessões as crianças demonstraram interesse e motivação e participaram voluntariamente em todas as atividades. Apenas na sessão *“Conhecer novos sabores: frutas, hortícolas e leguminosas”*, uma criança não quis participar na prova de todos ao alimento, manifestando interesse em apenas provar as frutas, decisão que foi respeitada.

A taxa de participação nas sessões oscilou entre os 100% e os 90,1%. Durante as sessões as crianças com necessidades educativas especiais contavam com a presença de uma auxiliar de ação educativa, que as apoiava na realização das atividades.

No termino do projeto os parceiros consideraram a importância do mesmo e que seria relevante a sua extensão a outras turmas. Neste sentido, foi elaborado o folheto sobre os lanches escolares que foi distribuído a todos os alunos da escola.

Relativamente às crianças da amostra, em todos os momentos de contacto demonstraram interesse, motivação e uma atitude participativa. Nos momentos de observação dos lanches eram as próprias crianças que afirmavam que traziam um lanche mais saudável ou menos

saudável e identificavam corretamente os alimentos de cada grupo, demonstrando o seu envolvimento no projeto e os conhecimentos adquiridos.

3. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM E DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Após todo o percurso percorrido ao longo deste processo formativo importa refletir sobre as competências adquiridas de Mestre em Enfermagem e de EEECS.

O Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, que regulamenta a atribuição do grau de Mestre, refere que este é conferido *“numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização”* (p.3174) a quem:

- apresente conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundados e desenvolvidos face aos obtidos no 1.º ciclo, que constituirão a base de desenvolvimento;
- saiba *“aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares”*;
- revele *“capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta”*;
- seja capaz *“de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios”* e as *“competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”* (c).

Os objetivos deste ciclo de estudos de acordo com o Regulamento de Funcionamento do Mestrado de Enfermagem, atualizado em 2017 são

“desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem (...) promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais éticos e deontológicos; capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e projetos (...) contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada” (Regulamento de Funcionamento do Mestrado de Enfermagem, 2017, p. 5)

Tendo em consideração os objetivos suprarreferidos considera-se que foram alcançados e serão explicitados conjuntamente com as competências adquiridas e atividades desenvolvidas referentes à Especialidade e área de especialização em Enfermagem comunitária e de saúde pública.

A prática globalizante centrada na comunidade desenvolvida pela enfermagem comunitária e de saúde pública concede-lhe um carácter determinante nos cuidados de saúde primários. A sua importância, na resolução de problemas da comunidade, tem sido reconhecida no sentido do desenvolvimento de uma sociedade robusta e dinâmica.

As novas necessidades de saúde resultantes de um novo perfil demográfico, com destaque para o envelhecimento, associado às alterações nos indicadores de morbilidade, fruto em parte da emergência de novas doenças crónicas alicerçadas nas mudanças da estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade, com elevado relevo para os estilos de vida, requerem uma intervenção global, especializada e urgente. Nesta perspetiva, o corpo de conhecimentos e experiência clínica atribuído ao EEECSPP um conhecimento profundo sobre os problemas de saúde, as respostas humanas aos processos de vida e de saúde/doença, bem como elevada capacidade de resposta adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade) e de múltiplos contextos, no sentido da obtenção de efetivos ganhos em saúde. A sua atuação visa a formulação de respostas organizadas e adequadas, personalizadas, de qualidade e de proximidade, focadas na promoção da saúde, gestão de risco, prevenção da doença e de acidentes, cuidados de (re)adaptação e de suporte (Regulamento nº428/2018).

As mudanças constantes na tecnologia, ciência e na comunidade associadas à tomada de consciência das populações face ao seu papel ativo na saúde colocam novos desafios à capacidade de intervenção dos profissionais de enfermagem. A formação profissional básica e especializada sustentada na qualidade e na incorporação de novos conhecimentos fruto de estudos e da investigação permitem não só o desenvolvimento de competências, o aperfeiçoamento das práticas clínicas, mas também uma intervenção sustentada nas políticas de saúde e na melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados (Regulamento n.º 348/2015). Neste capítulo pretende-se refletir sobre a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do EEECSPP incorporando as competências de Mestre desenvolvidas ao longo de todo o percurso académico e relacioná-las com as atividades desenvolvidas durante os dois estágios.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009, p.11), competência significa o *“saber mobilizar recursos cognitivos disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de ação perante uma situação concreta”* (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 11).

O aperfeiçoamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais conduz às competências clínicas especializadas, ou seja, às competências comuns do Enfermeiro Especialista. O Enfermeiro Especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem ao qual foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (Regulamento nº140/2019).

A. Análise Reflexiva das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista

Independentemente da área de especialização, os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de competências comuns *“demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”* (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745);

As competências comuns agrupam-se em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019)

- Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

O decorrer dos dois estágios tiveram como alicerce a presença deste domínio através de uma *“prática profissional, ética e legal, (...) agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”* (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745). No seu decorrer, a tomada de decisão, nomeadamente durante o planeamento e execução do diagnóstico de situação, emergiu da discussão com os parceiros e enfermeira orientadora, no sentido de construir a melhor estratégia que garantisse o amplo respeito pelos princípios éticos e legais. Para tal,

procedeu-se ao conjunto de procedimentos descritos no ponto “considerações éticas” sustentados na pesquisa bibliográfica que conduziram ao aperfeiçoamento desta competência.

Foi assegurada a confidencialidade e inviabilizada a possibilidade de identificação de qualquer informação escrita ou oral obtida ao longo dos referidos estágios. O acesso à informação esteve, e está, apenas disponível para o próprio ou responsável legal, com exceção das crianças, às quais não foi divulgada qualquer informação. Para garantir a confidencialidade e a segurança da informação, todos os dados do diagnóstico de saúde e informação obtida durante as atividades foram tratados e apresentados ao longo deste relatório de forma agregada. Os dados de saúde das crianças não foram revelados às próprias, bem como a informação resultante da realização das atividades apenas foram revelados sob a forma global sem personificação.

Os cuidados prestados foram desenvolvidos no sentido da garantia da segurança, privacidade e dignidade, no acompanhamento das consultas de Saúde Infantil na USF, como durante todos os contactos com as crianças da amostra. No desenvolvimento das atividades foi sempre respeitada a vontade da criança sem qualquer perjúrio e nos momentos em que surgiam comentários por parte dos colegas face a alguma criança, foi trabalhado do ponto de vista dos valores, da igualdade, amizade e do direito a uma opinião diferente, garantido o bem-estar e dignidade da criança.

- Competências no domínio da melhoria contínua da qualidade

Ao longo deste processo formativo foi possível acompanhar o procedimento de creditação da USF, permitindo analisar diferentes áreas da qualidade e processos de melhoria contínua quer ao nível dos cuidados prestados, como ao nível da gestão.

No diagnóstico de situação, foram consideradas as normas emitidas pela Direção Geral de Saúde, presentes nos boletins de Saúde Infantil e Juvenil para a avaliação e interpretação dos dados antropométricos e de tensão arterial.

Todo o projeto foi centrado nas crianças, promovendo o envolvimento da família e professores por forma a garantir a efetividade da promoção da alimentação saudável. Durante o decurso das atividades foram aproveitados diferentes momentos para a abordagem de diferentes temas relacionados com a proteção da saúde e prevenção de acidentes, nomeadamente a vacinação,

cuidados de higiene, normas de segurança rodoviária, proteção solar, conduta no recinto escolar e brincadeiras que podem colocar em risco a integridade física e/ou psicológica.

- Competências no domínio da gestão dos cuidados

A tomada de decisão esteve presente em todo o decurso deste projeto, realizada com base nos recursos existentes e nas necessidades da população. Neste processo foi fundamental a partilha de informação com a enfermeira orientadora e com os parceiros.

No decurso das atividades houve necessidade de obter apoio especializado de outra área da saúde, para fazer face a um problema detetado e a uma necessidade fora do domínio da enfermagem.

- Competências no Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento do referido projeto teve por base a pesquisa bibliográfica que permitiu a sua fundamentação na evidência científica e em diferentes campos do saber, nomeadamente da psicologia, pediatria, ciências de enfermagem, políticas de saúde, gestão, investigação, ética e deontologia.

B. Análise Reflexiva das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária de Saúde Pública

As “Competências específicas” são as competências próprias de cada campo de intervenção definido para cada especialidade que permitem “*respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (...), demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas*” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

O desenvolvimento do projeto “CRESCER, Forte Saudável e Feliz” permitiu o desenvolvimento de competências específicas do EEECS, sobre as quais se procede a uma reflexão tendo em conta o Regulamento n.º 428/2018, publicado em Diário da República a 16 de julho de 2018, que estabelece 3 competências:

Estabelece, com base na metodologia do Planejamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

O desenvolvimento da competência referida remete para a elaboração do projeto desenvolvido segundo a metodologia do Planejamento em Saúde, que conduziu ao aprofundar de conhecimentos sobre Planejamento em Saúde. Nesta competência, foram estabelecidas as unidades de competência: “*elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade*” que partiu de um problema identificado na unidade de saúde e que foi verificado na comunidade, onde se procedeu ao diagnóstico de situação.

A aplicação da grelha de análise referida por Tavares (1990) permitiu estabelecer “*as prioridades em saúde de uma comunidade*” considerando os recursos, horizonte temporal e os critérios de importância do problema, relação do problema com os fatores de risco, capacidade técnica para intervir e exequibilidade. Na tomada de decisão sobre o problema prioritário: hábitos alimentares inadequados foram integradas as orientações estratégicas definidas pelo Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), assente na visão de promover o estado de saúde da população atuando num dos seus principais determinantes, a alimentação. Orientações essas que concorrem para os desígnios do Plano Nacional de Saúde extensão 2020, que permitem “*Controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade infantil e escolar, limitando o seu crescimento até 2020*”

Os objetivos definidos partiram do perfil de saúde da amostra tendo em conta os eixos estratégicos “*Cidadania em Saúde*” e “*Políticas Saudáveis*” do PNS extensão 2020. Permitindo alcançar a unidade de competência “*Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas*”. Também alcançada através da elaboração de estratégias face aos recursos disponíveis considerando a abordagem do ciclo de vida, as características específicas da faixa etária das crianças alvo de intervenção e o *setting*.

Partindo do problema prioritário foi planeado e executado o projeto “*CRESCER, Forte Saudável e feliz*” o que permitiu a aquisição da unidade de competência “*Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados*”. No planeamento e desenvolvimento do projeto, foram planeadas “*intervenções para problemas de saúde pública*

complexos atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde” presentes nos documentos já referidos. Foram também otimizados e maximizados “os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos programas e projetos de intervenção”, cuja demonstração consta no apêndice 16.

A mobilização do responsável organizacional, nomeadamente da professora coordenadora da escola, permitiu o desenvolvimento pleno das intervenções e a utilização de diferentes zonas do recinto escolar. Para o qual também contribuiu o *“trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções”* desenvolvido com as professoras titulares de turma e do recurso a outros profissionais, demonstrando as *“habilidades nos processos de negociação com vista à participação multisectorial (...)”*

A avaliação efetuada ao projeto permitiu desenvolver a Unidade de Competência *“avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados”*, através da avaliação contínua da implementação do projeto e da avaliação dos objetivos e metas, permitindo concluir que ocorreu aumento do conhecimento das crianças e suas famílias sobre hábitos alimentares saudáveis, que conduziram à mudança dos hábitos alimentares visível nos lunches escolares, que se traduzem em ganhos em saúde individuais e da comunidade.

Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Relativamente a esta competência considerou-se que as intervenções desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento de competências nas unidades referidas: *“Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania”, “Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas” e “Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade”.*

A implementação deste projeto permitiu a mobilização de parceria com outras instituições da comunidade, nomeadamente com a escola e com a saúde através do apoio da Higienista Oral. Esta mobilização de parceiros contribuiu para a resolução de um problema de saúde identificado, que emergiu da pesquisa realizada identificando as necessidades específicas das crianças do 1º ano do 1º Ciclo no domínio da alimentação. Para fazer face ao problema e necessidades identificadas foram desenvolvidas sessões de educação para a saúde, através da mobilização e

integração de *“conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades”* Permitindo adequar da melhor forma a comunicação ao público alvo. Por outro lado, todos os recursos utilizados nas diferentes atividades foram desenvolvidos com base na pesquisa bibliográfica e adaptados em função dos objetivos e da população a que se destinavam, garantindo que eram atrativos e motivadores da mudança. Diferentes *“instrumentos inovadores e adequados à disseminação da informação”* foram utilizados nos diferentes momentos do desenvolvimento do projeto. Exemplo destes instrumentos foram os placards (Apêndice 23) desenvolvidos para as sessões de educação para a saúde e as diferentes atividades enviadas para casa, para serem realizadas em família, também com o intuito de promover *“a procura de informação pelas comunidades”*, nomeadamente pelos pais/ encarregados de educação e família.

Para a promoção da participação comunitária foi necessário recorrer a *“conhecimentos de diferentes disciplinas”* fundamental também para o desenvolvimento de todo o projeto que pretendeu capacitar as crianças e suas famílias para a adoção de uma alimentação saudável. Para o sucesso do projeto foi fundamental a capacidade de liderança e gestão, espelhado na autonomia e concessão de todo o projeto desenvolvido em ambiente escolar.

O desenvolvimento de todo o projeto teve como fio condutor o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender”. Demonstrando a utilização de *“modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde.”*. Partindo dos pressupostos e princípios deste modelo foram delineadas estratégias de promoção e educação para a saúde centradas nas crianças, com recurso a uma abordagem ativa e dinâmica, com participação dos diferentes intervenientes.

A análises dos dados do diagnóstico e da informação veiculada pelas professoras permitiu identificar *“necessidades específicas de informação dos grupos e comunidades”*, consolidadas pelo contacto frequente com as crianças. No decurso do projeto as necessidades identificadas relacionaram-se não apenas com alimentação saudável, mas também com a saúde oral, o que conduziu à realização de uma sessão de educação para a saúde inicialmente não planeada. Os dados colhidos através da observação dos lanches levou à elaboração de um folheto sobre lanches saudáveis que foi distribuído a todos os alunos da escola. Na elaboração dos diferentes recursos utilizados foi *“adequada às características dos grupos e comunidades”*

Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde

Esta competência foi desenvolvida durante a permanência na USF, no âmbito das atividades inerentes à prestação de cuidados, através da participação na implementação do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e do Programa Nacional de Vacinação. No decurso das diferentes áreas, mas particularmente na Saúde Infantil e na Saúde do Adulto e Idoso é implementado o Programa Nacional Para a Promoção da Alimentação Saudável (programa prioritário) através do ensino e orientações, nomeadamente a estimulação da amamentação, a introdução dos alimentos, vigilância da nutrição infantil e alimentação saudável. Particularmente na população adulta e idosa, este programa é implementado especialmente no sentido do controlo dos fatores de risco modificáveis decorrentes da alimentação.

No dia Mundial da Diabetes foi desenvolvida uma atividade pela USF, dirigida aos hábitos alimentares e atividade física, permitindo a colaboração na implementação do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabete

O projeto “CRESCER Forte, Saudável e feliz” integrado no Programa Nacional de Saúde Escolar, permitiu contribuir para os desígnios do Programa Nacional Para a Promoção da alimentação Saudável e para o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, que individualmente e em conjunto contribuem para o alcance dos objetivos do PNS extensão 2020.

Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

No âmbito das atividades desenvolvidas na USF e do Programa Nacional de Vacinação uma das atividades desenvolvidas foi a identificação de crianças até aos 6 anos de idade, elegíveis (grupos de risco para tuberculose) para a vacinação com a BCG. Os grupos de risco são definidos e atualizados em norma própria pela DGS. As crianças pertencentes a grupos de risco para a tuberculose beneficiam individualmente com a vacinação, dado que o País já atingiu bons níveis de controlo da doença. Esta atividade enquadra-se na prevenção da tuberculose uma doença multidisciplinar contribuindo para os desígnios do Programa Nacional para a Tuberculose.

A tuberculose é uma doença transmissível de pessoa a pessoa, sendo uma das atividades fundamentais, na limitação da sua disseminação a identificação e isolamento do caso, bem como

o rastreio dos contactos. Um dos procedimentos utilizado no rastreio dos contactos é a prova de mantoux (Teste tuberculínico). No decurso do estágio houve oportunidade de aprofundar conhecimentos nesta área através da sessão formativa “Prova de mantoux” (Apêndice 24).

A notificação da tuberculose é obrigatória sendo efetuada via eletrónica, através da plataforma Sistema de Informação Nacional de Vigilância Epidemiológica, denominada SINAVE. Este sistema recolhe informação em Portugal sobre as doenças transmissíveis e outros riscos para a saúde pública. A implementação do sistema eletrónico a partir de 2015 veio permitir ao médico que faz o diagnóstico, notificar em tempo real o evento de uma doença transmissível à Autoridade de Saúde Local, Regional e Nacional, para a implementação de medidas de prevenção e controlo, limitando a disseminação da doença e a emergência de casos adicionais. A permanência na Unidade de Saúde Pública do ACeSA permitiu observar o SINAV, enquanto sistema de gestão de informação que permite recolher, analisar, interpretar e difundir dados sobre as doenças transmissíveis sujeitas a declaração obrigatória.

A curta passagem na Unidade de saúde pública contribuiu para o desenvolvimento de competências no âmbito da vigilância epidemiológica e de monitorização de fenómenos de saúde - doença de uma população.

4. CONCLUSÃO

A elaboração do projeto de intervenção comunitária “CRESCER Forte, Saudável e Feliz” desenvolvido segundo a metodologia do Planejamento em Saúde, pretendeu contribuir para a capacitação de um grupo de crianças a frequentar o 2º ano do 1º ciclo do ensino básico e suas famílias para a adoção de hábitos alimentares saudáveis.

A promoção de hábitos alimentares saudáveis assume especial relevância na prevenção e redução da obesidade infantil. A obesidade na infância está associada ao surgimento, em idades precoces, de doenças crônicas não transmissíveis, que afetam negativamente a saúde e o bem-estar da criança que tendem a progredir para a idade adulta. De origem multifatorial, os hábitos alimentares constituem um dos seus principais determinantes.

Os hábitos alimentares aprendidos na infância influenciam o desenvolvimento da criança e os comportamentos alimentares durante toda a vida. Os hábitos alimentares são iniciados na família e influenciados por vários fatores. A sua aquisição e consolidação resulta de um processo construtivo onde se destaca o ambiente escolar, pela influência que pode exercer na aquisição de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis. Na revisão da literatura efetuada procurou-se conhecer quais as intervenções mais eficazes realizadas no âmbito da alimentação saudável para combater a obesidade infantil. Várias evidências referem que a prevenção deve ser realizada precocemente, onde a escola surge como um ambiente capaz de influenciar os hábitos alimentares das crianças, através de intervenções dirigidas à promoção dos hábitos alimentares saudáveis.

A elaboração do Projeto de Intervenção referido emergiu do diagnóstico de situação efetuado através da aplicação de um questionário, da avaliação de dados de saúde e da observação dos lanches escolares e identificou nas 46 crianças que constituíram a amostra, elevada prevalência de excesso de peso, baixo consumo de frutas e elevado consumo de alimentos processados de elevada densidade energética. Perante este resultado foi priorizado o problema dos

hábitos alimentares inadequados e definido o objetivo de capacitar as crianças e suas famílias para a adoção de hábitos alimentares saudáveis.

A adoção da estratégia de educação para saúde, fundamentada no referencial teórico de Nola Pender, procurou incentivar a adesão das crianças a hábitos alimentares saudáveis, assumindo o compromisso no controlo alimentar. Esta estratégia é importante não só pelos conhecimentos específicos adquiridos sobre alimentação, como também porque melhora as competências das crianças e aumenta a autoeficácia percebida, permitindo desenvolver o pensamento crítico e as capacidades para a tomada de decisão.

As diferentes sessões de educação para a saúde foram desenvolvidas segundo uma metodologia ativa e participativa, onde as crianças tinham oportunidade de expor as suas ideias e dúvidas permitindo a partilha de conhecimentos e a participação de todos os intervenientes. Esta metodologia foi fundamental na integração das crianças como agentes do seu próprio processo educativo. Os recursos utilizados durante as sessões permitiram concretizar ideias abstratas e as atividades desenvolvidas permitiram não só a consolidação dos conhecimentos das crianças, mas também a sua avaliação.

Através da implementação deste projeto os conhecimentos sobre alimentação saudável das crianças aumentaram, contribuindo para a alteração dos hábitos alimentares, observada nos lanches escolares através do aumento do consumo de fruta e da redução da ingestão de alimentos processados com elevada densidade energética, demonstrando também o aumento dos conhecimentos dos pais/família. Alcançando-se o objetivo deste projeto. Para tal, contribuiu o facto de serem crianças, com baixa probabilidade de doença, elevados níveis de motivação, energia, entusiasmo e força, sem comportamentos e hábitos consolidados (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

Concluiu-se que o projeto desenvolvido através de sessões de educação para a saúde foi efetivo e teve impacto ao nível dos conhecimentos sobre alimentação saudável e ao nível do comportamento alimentar. Contudo para alcançar impacto ao nível do estado ponderal propõem-se futuras intervenções, de maior duração, a vários níveis, incluindo abordagem curricular e envolvimento das famílias.

Sendo o fator tempo uma das limitações deste projeto que impede o seu seguimento e a avaliação da eficácia das intervenções, a médio e longo prazo, a sua continuidade será assegurada pela equipa da Saúde escolar. Face à importância do tema a escola pretende rentabilizar algumas das atividades desenvolvidas. Neste sentido, no término do projeto, com a entrega dos folhetos sobre lanches saudáveis, planeava-se a definição de um dia da semana para o lanche saudável. Esta estratégia pretende não só manter presente os conteúdos transmitidos, como também o compromisso assumido pelas crianças. O alargamento desta atividade a todas as crianças da escola pretende sensibilizar crianças, pais/família e comunidade educativa para a importância da alimentação saudável e promover lanches saudáveis.

Na influência interpessoal procurou-se envolver a família através de atividades e informações sobre a temática enviadas para casa, estratégia que revelou ser pouco eficaz, a percentagem de atividades que foram devolvidas variou entre 35,4% e 56%. Sendo o baixo envolvimento dos pais/família nas atividades do projeto uma das suas limitações. Talvez uma das possíveis explicações se correlacione com as atitudes e perceções face à alimentação e à errada precessão que alguns pais têm relativamente ao peso dos seus filhos identificadas no diagnóstico de situação. A baixa adesão dos pais a este tipo de projetos tem sido descrito na literatura e seria fundamental que no futuro fossem desenvolvidos trabalhos de investigação no sentido de identificar as causas da baixa adesão dos pais e quais as estratégias a implementar no sentido de aumentar a sua participação.

Outra limitação que pode induzir viés na análise dos hábitos alimentares é o facto de o questionário ser auto-preenchido pelos pais/encarregados de educação sem a presença da mestranda o que pode ter originado falha na interpretação das questões. Por outro lado, o questionário referente aos hábitos alimentares remete para os alimentos consumidos durante uma semana o que pode condicionar viés nas respostas por dificuldades em relembrar os alimentos consumidos pela criança.

Este projeto apenas foi possível graças à articulação e cooperação que são essenciais e implicam a participação de todos, tendo em vista a saúde e bem-estar da criança. A complementaridade entre a educação e a saúde desempenha um papel basilar na promoção de estilos de vida saudáveis. A escola revelou-se fundamental para a promoção de conhecimentos e hábitos alimentares saudáveis e simultaneamente sensibilizar a comunidade escolar para a

problemática da obesidade infantil, dos hábitos alimentares inadequados e do papel que a escola pode ter na promoção da saúde

O recurso à sala de aula facilitou a abordagem de grupo fortalecendo a importância de intervenções desenvolvidas no contexto escolar. O recurso ao contexto escolar permite alcançar elevado número de crianças, uma oportunidade de excelência para o Enfermeiro especialista desenvolver intervenções com vista à promoção da saúde, mas também detetar situações que careçam de intervenção e sinalização para outros profissionais, como ocorreu através da solicitação da intervenção da Higienista Oral.

Torna-se cada vez mais necessário intervir em parceria em múltiplos contextos, rentabilizar os recursos e as potencialidades de cada interveniente e de cada contexto no sentido da promoção da saúde. Os conteúdos curriculares do 2º ano englobam algumas temáticas como o crescimento, a dentição e a alimentação saudável. O trabalho em parceria com os professores permite trabalhar estas temáticas no âmbito da promoção da saúde e simultaneamente cumprir as metas curriculares e contribuir para os objetivos do Programa Nacional de Saúde Escolar de 2015, do PNPAS, do PNS 2020 e dos objetivos e estratégias da OMS, Health 2020. Nesta lógica de parceria entre a saúde e a educação e de rentabilização de recursos, seria importante que os projetos futuros fossem desenvolvidos em consonância com os conteúdos curriculares.

A Metodologia de Planeamento em Saúde foi um instrumento decisivo para a implementação deste projeto cuja harmonia dependeu do respeito por cada etapa. A reflexão crítica sobre a importância do Planeamento em Saúde enquanto ferramenta fundamental para a organização pessoal que permite rentabilizar os recursos para solucionar os problemas reais que afetam a população e agir sobre eles em função da sua prioridade, permitiu a consecução e avaliação do projeto e fazer face aos imprevistos e alterações. O cumprimento do cronograma foi determinante na organização das atividades e na execução das intervenções previstas, para tal foi fundamental a capacidade de liderança e o contacto por endereço eletrónico frequente com os parceiros, permitindo realizar os ajustes necessários.

A realização deste projeto constitui-o uma oportunidade ímpar para o desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na área da prevenção primordial e primária com foco na comunidade. Esta experiência inovadora salienta a interação com diferentes contextos, onde as pessoas estão inseridas

no seu ambiente natural, o investimento na promoção da saúde fora do contexto da saúde, o trabalho em parceria com diferentes recursos da comunidade, a integração de conhecimentos de diferentes disciplinas, a capacidade de reflexão, liderança e de decisão para fazer face às necessidades da população e às dificuldades no sentido do desenvolvimento harmonioso do projeto e do alcance de ganhos em saúde. Atividades que em conjunto com a realização de um artigo de revisão sistemática, permitiram o desenvolvimento de competências conducentes à obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem regulado pelo Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro.

O caminho percorrido foi envolto de motivação, empenho, trabalho autónomo e em parceria essenciais para a consolidação e aquisição de competências de Mestre em Enfermagem e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional para a elaboração de futuros projetos de intervenção.

Todo o desenvolvimento do projeto e redação deste relatório foram balizados por momentos de reflexão. A transposição de todas as etapas do planeamento em saúde para o papel permitiu a revisão de todo o percurso. Esta análise retrospectiva originou novos momentos de pesquisa e reflexão. Com o término deste percurso o olhar sobre as práticas e a enfermagem é substancialmente diferente, não apenas pelos conhecimentos adquiridos, mas especialmente pela reflexão que implicou.

5. BIBLIOGRAFIA

- Administração Central de Sistemas de Saúde [ACSS]. (2019, fevereiro). Organizar Recursos - Gerar Eficiência. In *Administração Central do Sistema de Saúde, IP*. Disponível em <http://www2.acss.minsaude.pt/DepartamentoseUnidades/>
- Aparco, J., Bautista-Olórtegui, W., & Pillaca, J. (2017, julho-setembro). Evaluación Del Impacto de la Intervención Educativa-Motivacional “Como Jugando” Para Prevenir la Obesidad en Escolares Del Cercado De Lima: Resultados Al Primer Año. *Revista Peruana Medicina Experimental y Salud Pública*, 34 (3), 386-394. doi:10.17843/rpmesp.2017.343.2472
- Baptista, M;.(2006). *Educação Alimentar em Meio Escolar. Referencial para uma Oferta Alimentar Saudável* (1ª edição). Lisboa, Portugal: Ministerio da Educação.
- Bree, M. B., Eaves, L. J., & Dwyer, J. T. (1999, outubro). Genetic and environmental - Influences on eating patterns os twins aged >50. *American Journal of Clinical Nutricion*, 4 (70), 456-65. <https://doi.org/10.1093/ajcn/70.4.456>
- Brown, E., Buchan, D., Baker, J, Frank B. & Kilgore, L. (2016). A Systematised Review of Primary School Whole Class Child Obesity Interventions: Effectiveness, Characteristics, and Strategies. *BioMed Research International*, (2016), 1-15. <http://dx.doi.org/10.1155/2016/4902714>
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2012). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (6ª ed.). Riverport lane, United States of America: Elsevier.
- Camolas, J., Gregório, M. J., Sousa, S. M., & Graça, P. (2017). *Obesidade: otimização da abordagem terapêutica no serviço nacional de saúde, 2017*. Lisboa, Portugal: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção-Geral da Saúde.

Carvalho, Á., Matos, C., Minderico, C., Almeida, C. T., Abrantes, E., Mota, E. A., . . . Durval, M. (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. Lisboa, Portugal: Ministério da Educação, Direção-Geral da Educação e Direção-Geral da Saúde.

Circular nº3/DSEEAS/DGE, (2013, agosto 2). *Orientações sobre ementas e refeitórios escolares-2013/2014*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral de Educação.

Damiani, D., Carvalho, D. P., & Oliveira, R. G. (2000). Obesidade na infância um grande desafio! *Pediatria moderna*. 36(8),489-523. Disponível em http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=462&fase=imprime

Decreto Lei nº 48/90 (1990, agosto 24). Lei de Bases da Saúde. *Diário da República nº195/1990, 1ª Série*. Portugal: Assembleia da República. Disponível em https://dre.pt/pesquisa/-/search/574127/details/normal?p_p_auth=zt2dAYbd

Decreto-Lei n.º 55/2009 (2009, março 2). Regime jurídico aplicável da atribuição e funcionamento dos apoios, no âmbito da ação social escolar. *Diário da República*, n.º 42/2009, 1.ª série. Portugal: Ministério da Educação. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/55/2009/03/02/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei n.º 63/2016 (2016 setembro 13). Quadro de qualificações a adotar no espaço europeu do ensino superior. *Diário da República*, n.º 176/2016, 1ª Série. Portugal: Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/63/2016/09/13/p/dre/pt/html>

Despacho n.º 6401/2016 de 16 de maio. Determina o desenvolvimento, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, de programas de saúde prioritários nas áreas de Prevenção e Controlo do Tabagismo, Promoção da Alimentação Saudável, Promoção da Atividade Física, Diabetes, Doenças Cérebro-cardiovasculares, Doenças Oncológicas, Doenças Respiratórias, Hepatites Virais, Infecção VIH/Sida e Tuberculose, Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos e Saúde Mental *Diário da República n.º 94/2016, 2ª Série*. Portugal: Saúde- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/74443131>

- Dietz, W. (2010, dezembro 16). Adiposity rebound”: reality or epiphenomenon? *The Lancet*, (356), 2027-2028. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)03396-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)03396-1)
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2016). *A saúde dos portugueses 2016*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2016a). *Plataforma Contra a Obesidade*. Disponível em <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/conteudo.aspx?menuid=115&exmenuid=113&SelMenuId=115>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2016b). *Portugal – Alimentação Saudável em números – 2015. Programa Nacional para a Promoção da alimentação saudável*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (s.d.). *Plataforma contra a Obesidade*. Disponível em [http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/Institucional/O%20que%20deve%20saber%20sobre%20a%20obesidade/Carta%20Europeia%20de%20luta%20contra%20a%20obesidade%20final_2.GHA\[1\].pdf](http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/Institucional/O%20que%20deve%20saber%20sobre%20a%20obesidade/Carta%20Europeia%20de%20luta%20contra%20a%20obesidade%20final_2.GHA[1].pdf)
- Direção-Geral da Saúde. [DGS] (2015). *Plano nacional de saúde, revisão e extensão a 2020*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations/World Health Organization/ United Nations University [FAO/WHO/UNU]. (2001). *Human energy requirements - Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation*. Roma, Italia: FAO. Disponível em <http://www.fao.org/3/a-y5686e.pdf>
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Portugal: Lusociência.

- Gabinete de Organização e Sistemas de Informação - Observatório Económico e Social [GOSI-OES]. (2018). *Anuário Estatístico: o retrato do concelho em números – 2016*. Portugal: Câmara Municipal.
- Gearhardt, A., Bragg, M., Pearl, R., Schvey, N., Roberto, C., & Brownell, K.. (2012, janeiro 3). Obesity and Public Policy. *Annual Review of Clinical Psychology*, (8), 405-430. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143129>.
- Graça, P., & Vaz, C. S. (2016). *Processo assistencial integrado da pré-obesidade no adulto* (2ª edição). Lisboa, Portugal: Direção-Geral da saúde, Departamento da Qualidade na Saúde.
- Graça, P., Gregório, M., Santos, A.& Sousa, S.(2015) *Redução do Consumo de Açúcar em Portugal: Evidência que Justifica Ação, 2016*, Lisboa, Portugal: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.
- Graziose, M., Pamela A., Koch P., Wang, Y., Gray, L., & Contento, I. (2017, setembro). Cost-effectiveness of a Nutrition Education Curriculum Intervention in Elementary Schools. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 8 (49), 684 - 691.
- Grupo de Trabalho do Plano Nacional de Saúde (2017). Modelo De Governança A 2020 . *Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde Prioritários*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Lisboa, Portugal: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Kelsey, M., Zaepfel, A., Bjornstad, P.& Nadeau K. (2014). Age-related consequences of childhood obesity. *Gerontology*. 60(3), 222-8. doi:<https://doi.org/10.1159/000356023>
- Klish, W. (1998, março). Childhood obesity: Pathophysiology and treatment. *Acta paediatrica Japonica*, 1 (37),1-6. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1442-200X.1995.tb03675.x>

- LaChausse, R. (2017, outubro). A clustered randomized controlled trial to determine impacts of the Harvest of the Month program. *Health Education Research*, 5 (32), 375-383. <https://doi.org/10.1093/her/cyx056>
- Ladeiras, L., Lima, R., & Lopes A (2012). *Bufetes Escolares – Orientações*. Lisboa, Portugal: Ministerio da Educação e Ciencia – Direção-Geral da Educação.
- Lloyd, J., Creanor, S., Logan, S., Green, C., Dean, S. G., Hillsdon, M., . . . Wyatt, K. (2018, janeiro 1). Effectiveness of the Healthy Lifestyles Programme (HeLP) to prevent obesity in UK primary-school children: a cluster randomised controlled trial. *Lancet Child and Adolescent Health*. 1 (2), 35–45. doi:[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(17\)30151-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(17)30151-7)
- Lobstein T., Jackson-Leach, R. (2009). Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 2. Numbers of children with indicators of obesity-related disease. *International Journal of Pediatric Obesity*. 1 (1), 33-41.
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., . . . al, e. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF, 2015-2016*. Porto, Portugal: Universidade do Porto.
- Menezes, B., Oliveira, D., Sasseti, L., & Prazeres, V. (Coord.), (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*, Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saude.
- Merrotsy, A., McCarthy, A., Flack, J., & Coppinger, T. (2018, julho). Obesity Prevention Programs in Children: The Most Effective Settings and Components. A Literature Review. *Journal of Obesity and Chronic Diseases*. 2 (2), 62-75. doi:<https://doi.org/10.17756/jocd.2018-020>
- Miller, A., Lee, H., Lumeng, J. (2015). Obesity-associated biomarkers and executive function in children. *Pediatric Research*. (77),143–7.
- Ministerio da Saúde [MS]. (2019, fevereiro). BI Self-Service. In *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primário*. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biselfservice/Paginas/problemasativos.aspx?isdlg=1>

Nunes, E., & Breda, J. (s.d). *Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância*. Lisboa, Portugal: DGS.

Ogden, J. (2010). *The psychology of eating: From healthy to disordered behaviour* (2ª ed.). Wiley-Blackwell . Disponível em http://www.ikiu.ac.ir/public-files/profiles/items/090ad_1446739747.pdf

OMS. (s.d.). *Promovendo o consumo de frutas e vegetais em todo o mundo*. Obtido em 24 de outubro de 2018, de Estratégia Global em Dieta, Atividade Física e Saúde: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/en/index2.html>

Ordem dos Enfermeiros (2009). Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>

Padrão, P., Lopes, A., Lima, R., Graça, G., & Pereira, F., (2014). *Hidratação adequada em meio escolar*. Lisboa, Portugal: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6ª ed.). New Jersey: Pearson Education.

Piaget, J. (1964). *Seis Estudos de Psicologia*. Rio de Janeiro, Brazil: Forense.

Póinhos, R. (2010). A influencia dos pares nos hábitos alimentares de crianças e jovens. *Alimentação Humana*. 2 (16), 19-30.

Programa Nacional de Saúde Escolar [PNSE]. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar, 2015*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável [PNPAS]. (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2017*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde.

Rama, P., Breda, J., & Rito, A. (Maio de 2010). Estatuto socio-económico e o excesso de peso numa população escolar infantil em Portugal. *Nutricias*(10)

Redman, B. K. (2002). *Prática de educação para a saúde* (nova edição). Loures, Portugal: Lusociência.

Regulamento da União Europeia nº679/2016 (2016, maio 4). Proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses. *Jornal Oficial da União Europeia*, n 59, L119. Disponível em <https://protecao-dados.pt/wp-content/uploads/2017/07/Regulamento-Geral-Prote%C3%A7%C3%A3o-Dados.pdf>

Regulamento de Funcionamento do Mestrado de Enfermagem (2017). Associação das escolas Superiores de Enfermagem e Saúde. Setubal, Portugal: Instituto Politecnico de Setubal.

Regulamento n.º 348/2015 (2015, julho, 19). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, nº 118/2015, 2ª Série. Portugal: Ordem dos Enfermeiros <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.10.006>

Regulamento nº140/2019 (2019, fevereiro 6). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* nº26/2019, 2ªSérie. Portugal: Ordem dos Enfermeiros Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento nº428/2018 (2018, julho 16). 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* nº 135, 2ª série. Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Resolução da Assembleia da República n.º 24/2009 (2009, abril 23). A Assembleia da República Recomenda ao Governo a distribuição gratuita de frutas e legumes nas escolas e outras medidas dirigidas à prevenção e combate à obesidade infantil. *Diário da República*

nº64/2009, 1ª série. Portugal: Presidência da República Disponível em <http://data.dre.pt/eli/resolassrep/24/2009/04/01/p/dre/pt/html>

Resolução da Assembleia da Republica nº 1/2001 (2001, janeiro 3). Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. *Diário da República nº2, 1ª série – A*. Portugal: Assembleia da República. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/235068>

Rito, A., Sousa, R. C., Mendes, S., & Graça, P. (2017). *Childhood Obesity _Surveillance Initiative - _COSI Portugal 2016*. Lisboa, Portugal: INSA, IP.

Sérgio, A., Correia, F., Breda, J., Carvalheiro, M., Almeida, M. & Dias, T. (2005). *Progama Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa, Portugal: DGS. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.

Singh, A., Mulder, C., Twisk, J., Mechelen, W. V., & Chinapaw, M. (2008, setembro). Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*. 9 (5), 474-488. DOI:[10.1111/j.1467-789X.2008.00475.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2008.00475.x)

Stewart-Brown. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and specifically, what is the effectiveness of health promoting school approach?*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe Health Evidence Network report.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Portugal: Ministerio da Saúde.

União Europeia. (2014). *EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020*. Disponível em https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf

Viana, V., Candeias, L., Rego, C., & Silva, D. (2009). Comportamento Alimentar em Crianças e Controlo Parenteral: Uma Revisão da Bibliografia. *Alimentação Humana*. 15(1), 9-16.

- Viana, V., Franco, T., & Morais, C. (2011). O estado ponderal e o comportamento alimentar de crianças e jovens: influência do peso e das atitudes de controlo da mãe. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 267-279.
- Viana, V., Sinde, S., & Saxton, J. (2011). Questionario do comportamento alimentar da criança. Em M. C, G. M, A. L, & S. M, *Instrumentos e contextos de Avaliação Psicológica* (pp. 145-157). Coimbra: Almedia.
- Victor, J. F., Lopes, M. V., & Ximenes, L. B. (2015). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 3 (18), 235-40.
- Visscher, T., Feunekes, G., & Rito, A. (2017). *Global leaders meet to address childhood obesity epidemic. Highlights COSI 2017*. International Conference On Childhood Obesity, Lisboa, Portugal. Disponível em http://cioi2017.com/wp-content/uploads/2017/09/REPORT-2_CIOI2017-Ana-Rito.pdf
- Viveiro, C., Brito, S., & Moleiro, P. (2016). Sobrepeso e obesidade pediátrica: a realidade portuguesa. *Revista Portuguesa de saúde pública*. (34), 30-37.
- Wang, Y., Ca, L., Wu, Y., Wilson, R., Weston, C., Fawole, O., . . . Segal, J. (2015, julho). What childhood obesity prevention programmes work? A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*. (16), 547-565. doi:https://doi.org/10.1111/obr.12277
- Warkentina, S., Mais, L. A., Latorre, M. d., Carnell, S., & Taddei, J. A. (2018, abril). Factors associated with parental underestimation of child's weight status. *Jornal de Pediatria*. 94(2), 162-169.
- Waters, E., Gibbs, L., Tadic, M., Ukoumunne, O., Magarey, A., Okely, A., . . . Ouro, L. (2018). Cluster randomised trial of a schoolcommunity child health promotion and obesity prevention intervention: findings from the evaluation of fun 'n healthy in Moreland! *BMC Public Health*. 18 (1), 1-16. Doi:10.1186/s12889-017-4625-9

World Health Organization [Who]. (1986). *1ª conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Disponível em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx>

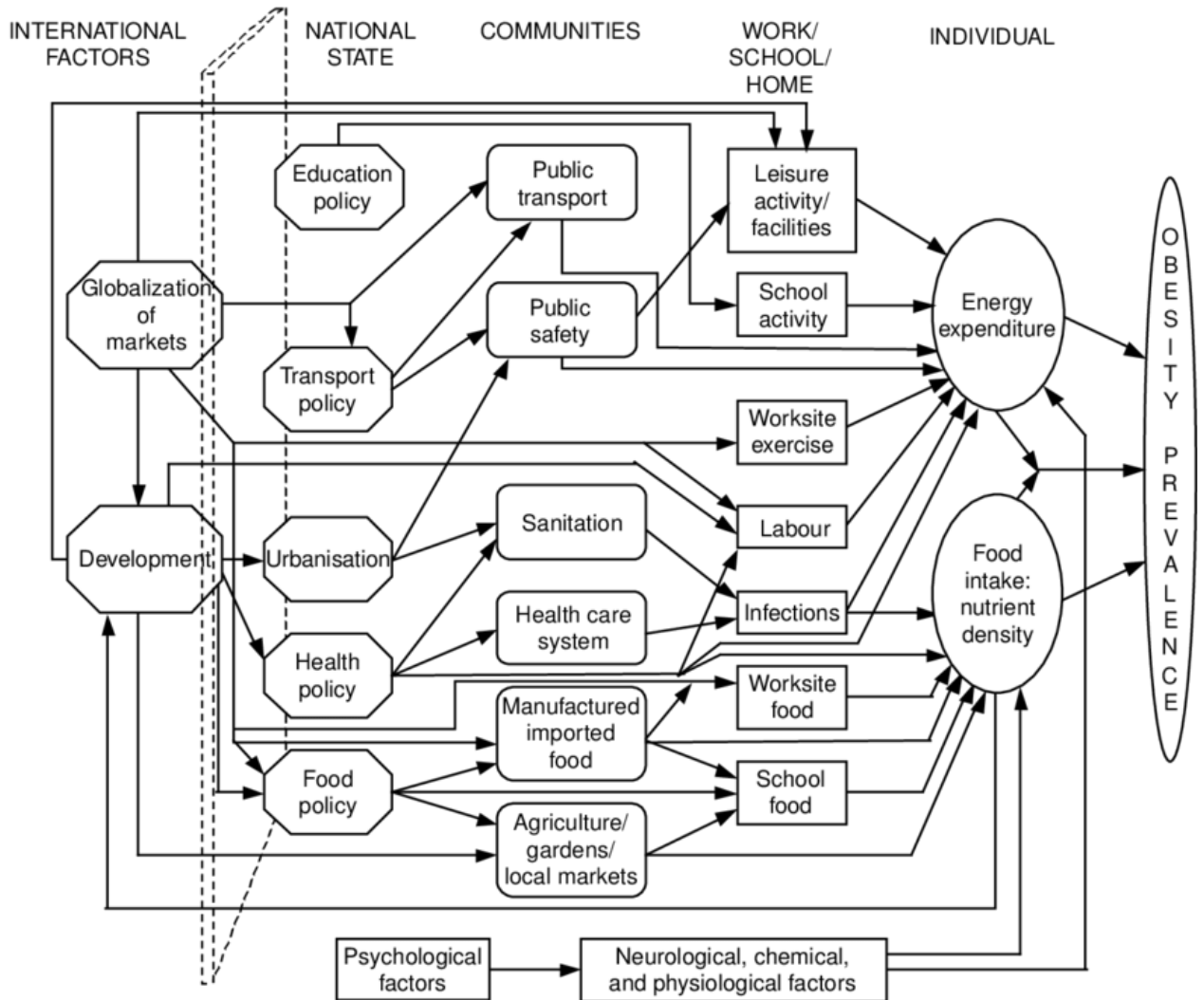
World Health Organization [Who]. (2006). Carta Europeia de luta contra a obesidade. *In Plataforma Contra a Obesidade*. Disponível em [http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/Institucional/O%20que%20deve%20saber%20sobre%20a%20obesidade/Carta%20Europeia%20de%20luta%20contra%20a%20obesidade%20final_2.GHA\[1\].pdf](http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/Institucional/O%20que%20deve%20saber%20sobre%20a%20obesidade/Carta%20Europeia%20de%20luta%20contra%20a%20obesidade%20final_2.GHA[1].pdf)

World Health Organization [Who]. (2016). *Report of the commission on ending childhood obesity*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization [Who]. (2018, junho 16). Obesity and overweight. *In obesity-and-overweight, World Health Organization*. Disponível em www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

ANEXOS

ANEXO 1 - Fatores influentes da obesidade infantil: esquema da IOFT



APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Solicitação de autorização ao Coordenador da USF

Sobre a utilização de dados
6/6/19

Exmo. Srº Coordenador da USF [REDACTED]
do ACES Arrábida, Drº [REDACTED]

Assunto: Autorização para utilização de dados e realização do projeto "CRESCER, Forte, Saudável e Feliz"

Eu, Susana Isabel Silva de Oliveira Mendes, Enfermeira, inscrita na Ordem dos Enfermeiros com o nº 5-E49637, a exercer funções na UCSP [REDACTED] Atualmente a frequentar o 2º Mestrado Em Enfermagem, em Associação, área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública no Instituto Politécnico de Setúbal.

Venho por este meio solicitar a Vossa Exª, no âmbito do desenvolvimento do projeto de intervenção na comunidade, inserido na USF [REDACTED] em parceria com a Saúde Escolar de no âmbito do Programa da Saúde Escolar [REDACTED] sob orientação da Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária [REDACTED] e da docente Professora Doutora Ana Pires, autorização para realização do mesmo, para consulta e utilização dos dados da USF [REDACTED], para a aplicação de instrumentos de recolha de dados e realização de intervenções no âmbito da promoção de hábitos alimentares na USF [REDACTED], e para a sua divulgação e identificação, unicamente para fins académicos.

O projeto que se pretende desenvolver, incide na temática da promoção de hábitos de alimentação saudável em crianças do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas do Parque Escolar [REDACTED]

Agradeço a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos, peço deferimento

Susana Isabel Silva Oliveira Mendes
[REDACTED]

APÊNDICE 2 - Solicitação de autorização ao Coordenador do Programa de Saúde Escolar

[REDACTED]@arslvt.min-saude.pt>
Para: Susana Mendes <susanaomendes@gmail.com>
[REDACTED]

4 de junho de 2018 08:42

Exmª Srª Enfermeira Susana Mendes

Por mim, na qualidade de Coordenador de Saúde Escolar do ACESA pode realizar o trabalho pretendido. Deve articular com a Equipa de Saúde escolar concelhia e em particular com a Enfermeira [REDACTED] Gestora Local dos Agrupamentos de Escolas e Escolas não Agrupadas do concelho [REDACTED]. Os dados a que se refere penso que serão apenas a identificação das turmas e dos alunos que as compõem e essa informação é já a corrente da atividade de saúde escolar, pelo que não carece de nenhuma outra autorização particular.

Com os melhores cumprimentos e bom trabalho

[REDACTED]
Médico

Unidade de Saúde Pública - [REDACTED]

Chefe de Serviço de Saúde Pública



APÊNDICE 3 - Solicitação de autorização ao Diretor Executivo do ACeSA

Exma. Sr^a Diretora Executiva do ACES Arrábida

Dr^a [REDACTED]

Assunto: Autorização para utilização de dados e desenvolvimento do projeto “CRESCER, Forte, Saudável e Feliz”.

Eu, Susana Isabel Silva de Oliveira Mendes, Enfermeira, inscrita na Ordem dos Enfermeiros com o nº 5-E49637, a exercer funções na UCSP [REDACTED]. Atualmente a frequentar o 2º Mestrado em Associação, área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública no Instituto Politécnico de Setúbal.

Venho por este meio solicitar a Vossa Ex^a, no âmbito do desenvolvimento do projeto de intervenção na comunidade inserido na USF [REDACTED] em parceria com a Equipa de Saúde Escolar de [REDACTED], no âmbito do programa da Saúde Escolar [REDACTED], do ACES da Arrábida, sob supervisão da Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária [REDACTED] e da docente Professora Doutora Ana Pires, autorização para realização do mesmo, para aplicação de instrumentos de recolha de dados no ACES da Arrábida, e para a sua divulgação e identificação do ACES, unicamente para fins académicos. Informo que solicitarei também parecer a comissão de Ética para a Saúde da AERLVT.

O projeto que se pretende desenvolver, intitulado “CRESCER, Forte, Saudável e Feliz” incide na temática da promoção de hábitos de alimentação saudável em crianças do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas do Parque Escolar [REDACTED]. Este projeto assenta na metodologia de planeamento em saúde e todos os dados obtido serão unicamente utilizados e divulgados no âmbito académico. No entanto, vão ao encontro dos objetivos delineados quer pela saúde escolar em particular, como dos ACES da Arrábida em geral.

Agradeço a atenção dispensada.

Peço deferimento

Com os melhores cumprimentos, peço deferimento

Susana Isabel Silva Oliveira Mendes

APÊNDICE 4 - Solicitação de autorização a Professora Coordenadora do Agrupamento de Escolas

Exma. Srª Diretora do Agrupamento de Escolas [REDACTED]

Professora [REDACTED]

Assunto: Autorização para realização do projeto "CRESCER, Forte, Saudável e Feliz" e para divulgação de dados.

Eu, Suzana Isabel Silva de Oliveira Mendes, Enfermeira, inscrita na Ordem dos Enfermeiros com o nº 5-010137. Atualmente a frequentar o 2º Mestrado em Associação, área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública no Instituto Politécnico de Setúbal.

Verho por este meio solicitar a Vossa Exª, no âmbito do desenvolvimento do projeto de intervenção na comunidade inserido na USF [REDACTED] em parceria com a Saúde Escolar de no âmbito do Programa da Saúde Escolar [REDACTED] sob orientação da Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária [REDACTED] e da docente Professora Doutora Ana Pires, autorização para realização do mesmo, para aplicação de instrumentos de recolha de dados na Escola Básica [REDACTED] Agrupamento de Escolas [REDACTED] e a sua divulgação, unicamente para fins académicos.

O projeto que se pretende desenvolver, intitulado "CRESCER, Forte, Saudável e Feliz" incide na temática da promoção de hábitos de alimentação saudável em crianças do 1º em ambiente escolar. Este projeto assenta na metodologia de Planeamento em Saúde, desenvolvida em duas fases, a primeira a desenvolver ao longo do mês de junho, em que se avaliará antropometricamente as crianças das turmas de 1º ano e aplicação de questionários aos encarregados de educação. A segunda fase decorrerá entre setembro e dezembro de 2018 e consistirá num conjunto de atividades lúdico pedagógicas sobre o temática às mesmas crianças, que se encontram a frequentar o 2º ano.

Todos os dados recolhidos serão unicamente utilizados e divulgados no âmbito académico. É garantido o anonimato de todos os participantes, em todas as fases do projeto e nenhuma criança será observada sem possuir consentimento informado, devidamente assinado pelo encarregado de educação. Neste sentido, solicito o seu parecer e de Srª Professora Coordenadora da escola supracitada, para realização do referido projeto.

Na expectativa de um parecer favorável, agradeço a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos, peço delevimento

Suzana Isabel Silva Oliveira Mendes

suzanamendes@onaf.com

Tel: 928050814

Setúbal, 30 de maio de 2018

*A direção de o
pode fixar o
desenvolvimento do
projeto acima
descrito.
- diretora*

APÊNDICE 5 - Solicitação de autorização para utilização do Questionário Alimentar para Crianças

30/03/2019

Gmail - Solicitação de Autorização para utilização do questionar do comportamento alimentar da Criança (CEBQ)



Susana Mendes <susanaomendes@gmail.com>

Solicitação de Autorização para utilização do questionar do comportamento alimentar da Criança (CEBQ)

3 mensagens

Susana Mendes <susanaomendes@gmail.com>
Para: victorviana@fona.up.pt

5 de junho de 2018 09:31

Exmo. Doutor Victor Viana

Eu, Susana Isabel Silva Oliveira Mendes, Enfermeira Licenciada, aluna do 2º Mestrado em Enfermagem, em Associação, Área de Especialização em enfermagem Comunitária e de Saúde Pública a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal.

No âmbito do Estágio académico, do curso supra referido, que preconiza o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária. Encontro-me, a desenvolver um projeto na área temática da Promoção de Hábitos Alimentares Saudáveis em crianças do ensino básico. A ser desenvolvido em ambiente escolar, inserido na USF [REDACTED] em parceria com a Saúde Escolar de no âmbito do Programa da Saúde [REDACTED] sob orientação da Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária [REDACTED] e da docente Professora Doutora Ana Pires.

O Questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ), representa uma importante ferramenta na avaliação dos hábitos alimentares, fundamental para a definição de estratégias de intervenção individual, familiar e comunitária.

Assim, venho por este meio solicitar autorização para utilizar o referido questionário.

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Susana Isabel Silva Oliveira Mendes

susanaomendes@gmail.com,

Tel: 928050814

Victor M C Viana <victorviana@fona.up.pt>
Para: Susana Mendes <susanaomendes@gmail.com>

5 de junho de 2018 09:52

Cara Susana Mendes

O CEBQ não se destina a avaliar hábitos alimentares (para isso necessitará de um questionário de hábitos alimentares) mas sim a perceção da mãe do comportamento alimentar dos seus filhos (uma avaliação indirecta, portanto, do comportamento alimentar das crianças).

Envio aqui o CEBQ e um artigo onde poderá ver os procedimentos de cotação dos resultados, o que é muito importante pois há itens cotados na escala inversa dos restantes.

Tomo a liberdade de enviar um outro questionário sobre as estratégias de controlo alimentar das mães (ou cuidadores) o CFQ (Child Feeding Questionnaire) e um artigo sobre o mesmo instrumentos. Um outro artigo sobre as estratégias das mães e implicações no comportamento alimentar e no peso dos filhos.

Fico ao dispor para qualquer questão,

cumprimentos e votos de bom trabalho

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=8abbe5f0e2&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ammial-3219612338012524734&siml=msg-a%3Aa...> 1/3

30/03/2019






Gmail - Solicitação de Autorização para utilização do questionar de comportamento alimentar da Criança (CEBQ)

Victor Viana PhD, MSc, MA
Psychologist
CHS Joao - Pediatric Center

Associate Professor
FCNAUP
Porto, Portugal

30/03/2019

Gmail - Solicitação de Autorização para utilização do questionar do comportamento alimentar da Criança (CEBQ)

-  **CEBQ Questionário do Comportamento Alimentar.pdf**
79K
-  **CEBQ Apresentação.pdf**
282K
-  **Questionário Alimentar para Crianças.pdf**
58K
-  **CFQ - CONTROLO ALIMENTAR MATERNO E ESTADO PONDERAL.pdf**
237K
-  **Comportamento alimentar em crianças e controlo parental.pdf**
200K

Susana Mendes <susanaomendes@gmail.com>
Para: Victor M C Viana <victorviana@fona.up.pt>

5 de junho de 2018 11:09

Exmo. Doutor Victor Viana

Grata pela resposta rápida.

Na realidade era ao questionário da preceção dos pais do comportamento alimentar do seu filho a que me referia. Dado que, para podermos delinear as melhores estratégias de intervenção temos que considerar a preceção dos pais.

Relativamente aos hábitos alimentares, solicitei autorização a ARSA, para utilização do questionário utilizado no projeto ESPIGA, que contempla um tópico de avaliação da frequência alimentar de determinados alimentos, ao qual aguardo resposta.

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Susana Mendes

[Texto das mensagens anteriores oculto]
[Texto das mensagens anteriores oculto]
[Texto das mensagens anteriores oculto]

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=8abbef5ce2&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ammla-c3219612338012524734&siml=msg-a%3Aa...> 3/3

APÊNDICE 6 - Solicitação de parecer à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

Exmo. Senhor Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT

Pedido de Apreciação pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Lisboa e Vale do Tejo

Assunto: Solicitação de parecer para desenvolvimento do projeto “**CRESCER, Forte, Saudável e Feliz**” este projeto tem como objetivo a promoção de hábitos alimentares saudáveis em crianças do 1º ciclo, de um Agrupamento de Escolas, pertencente ao parque escolar da Saúde Escolar [REDACTED];

1. Projeto de Intervenção Comunitária:

a) Título do projeto:

CRESCER, Forte, Saudável e Feliz

b) Identificação completa das investigadoras responsáveis e entidades de origem,

Responsável do projeto: Susana Isabel Silva de Oliveira Mendes, Enfermeira, inscrita na Ordem dos Enfermeiros com o nº OE49637, a exercer funções na UCSP [REDACTED], ACES da Arrábida. No âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem, em Associação, área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública no Instituto Politécnico de Setúbal, a desenvolver projeto de intervenção na comunidade, inserido na USF [REDACTED] em parceria com a Saúde Escolar [REDACTED], sob orientação da Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária [REDACTED] e docente Professora Doutora Ana Pires.

c) Curriculum vitae da responsável do projeto - formato curto

Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian; Pós-graduação em Doenças Infecciosas Emergentes; Pós-graduação em Tuberculose; Pós-graduação em Gestão e Liderança de Serviços de Saúde; Assistente do Triénio em 2008 e 2009 da Escola

Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian. Exercício de funções no Hospital Curry Cabral de 2005 a 2016 e na UCSP [REDACTED] do ACES Arrábida de 2016 á atualidade.

d) Introdução:

Trata-se de um projeto de intervenção comunitária, a decorrer no período de junho de 2018 a fevereiro de 2018.

As evidências científicas revelam que os hábitos alimentares inadequados, constituem um fator determinante para a saúde e bem-estar das crianças e para o desenvolvimento de excesso de peso (pré-obesidade + obesidade). De acordo com o estudo COSI (*Childhood Obesity Surveillance Initiative*) em 2016, a prevalência de excesso de peso (30,7%) e de obesidade (11,7%), a nível nacional, em crianças dos 6 aos 8 anos, assumia valores preocupantes, próximos valores identificados nos pais. Relativamente aos hábitos alimentares, revelou baixa ingestão de frutas e legumes frescos diariamente, contrapondo com o consumo elevado de alimentos ricos em açúcar e/ou gordura, revelando hábitos alimentares inadequados nas crianças desta faixa etária (Rito, Sousa, Mendes, & Graça, 2017).

O excesso de peso nas crianças afeta negativamente a sua saúde e bem-estar, aumentando o risco de desenvolvimento de co morbilidades e de obesidade na idade adulta (W.Klish, 1998). O impacto do excesso de peso, ultrapassa o individuo, atinge a família, a comunidade e a sociedade. Contribui para o desenvolvimento de inúmeras doenças crónicas, para o aumento dos anos de vida perdidos e para elevados custos económicos diretos e indiretos. O excesso de peso é de difícil resolução, as abordagens tendem a não ter os resultados esperados (José Camolas, 2017), pelo que a melhor forma de tratar o excesso de peso no adulto, é prevenindo o excesso de peso durante infância. De acordo com o estudo sobre custo-eficácia de um programa de prevenção da obesidade infantil, realizado em escolas públicas de Nova Iorque, durante um ano letivo, resultou na não progressão para a obesidade de 0,8% dos alunos e traduzindo-se no aumento da esperança média de vida em 1,6 dias e na redução dos custos médicos diretos a longo prazo (Graziose, Pamela, Wang, Gray & Contento 2017).

O presente projeto vai ao encontro dos desígnios do Plano Nacional de Saúde, extensão 2020, que propõe a *“redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, especificamente a obesidade infantil ..., tendo em vista a obtenção de Mais Valor em Saúde”*

(DGS, 2015, p. 5). Contribuindo para a redução dos fatores de risco relacionados com a obesidade infantil, concorrendo para o alcance da meta: controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020 (DGS, 2015).

A promoção dos hábitos alimentares saudáveis, principal objetivo deste projeto, constitui um importante determinante para a redução da incidência e prevalência do excesso de peso infantil. Assente, nos desígnios do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, programa prioritário do XXI Governo Constitucional (Diário da República n.º 94/2016, 2016). A desenvolver em contexto escolar, de acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar, que assume a alimentação Saudável como uma área de intervenção que carece de intervenção desde idades precoces, contribuindo para um dos seus objetivos: aumentar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa sobre alimentação saudável e aumentar a percentagem de crianças /alunos/as que referem ter adotado uma alimentação mais saudável (Programa Nacional de Saúde Escolar [PNSE], 2015). O referido projeto, concorre para os objetivos da USF [REDACTED] e da Saúde Escolar [REDACTED].

e) Metodologia: Utilização da Metodologia de Planeamento em Saúde.

Este projeto compreende duas fases, uma primeira, em que se realiza um diagnóstico de situação, através da aplicação de questionários aos pais/encarregados de educação e avaliação de dados antropométrico das crianças, que nos permitam conhecer a sua situação de saúde. Numa fase seguinte corresponde a intervenção dirigida as crianças e famílias, promotoras de hábitos alimentares saudáveis.

Recurso ao “Questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ)” validado para a população escolar portuguesa, utilizado no projeto ESPIGA, desenvolvido pelo Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade, a ser preenchido pelos pais.

Recurso a avaliação de dados antropométricos das crianças do 1º ciclo de um Agrupamento de Escolas do parque escolar da Saúde Escolar [REDACTED].

De referir que serão respeitados os princípios éticos ao anonimato e confidencialidade e a privacidade dos participantes e pedida a respetivo consentimento informado de participação aos encarregados de educação.

Declaração de autorização de uma escola do 1º ciclo, do Agrupamento de escolas do parque escolar, da Saúde Escolar [REDACTED]

O tratamento dos dados obtidos, será efetuada através de análise estatística, com apresentação de dados agregados.

f) Recursos / orçamento / protocolo financeiro e origem de eventuais financiamentos.

Não aplicável.

g) Cronograma:

Data e início de recolha de dados: 11-06-2018.

h) Declaração do responsável da unidade de saúde, relativo à disponibilidade para a realização do estudo, o acordo quanto às condições estruturais e de logísticas para a sua realização nomeadamente no que concerne à equipa de investigação a envolver no estudo.

A aguardar declaração do Coordenador da USF Santiago, Drº [REDACTED] (Anexo I)

A aguardar declaração do Coordenador do Programa de Saúde Escolar [REDACTED] (Anexo II);

2. Os formulários, escalas (com declaração das respetivas validações para a população portuguesa, se houver, ou justificação, no caso contrário) ou documentos de recolha de dados a utilizar, se aplicável.

O questionário a aplicar às famílias é o questionário utilizado pelo Núcleo Regional do Alentejo no projeto ESPIGA, validado e aplicado na população infantil escolar portuguesa. Constituído por 107 questões fechadas e uma questão aberta para comentários, constituído por 35 itens, classificados em 8 subescalas. Cada resposta é assinalada numa escala de Likert de 1 a 5, em que

1 corresponde a “Nunca” e 5 corresponde a “Sempre” (Viana, Sinde, & Saxton, Questionário do comportamento alimentar da criança, 2011).

A aguardar declaração de autorização para utilização do “Questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ)” (Anexo III);

3. O modelo de Consentimento Informado:

Anexo IV.

4. Modelo de declaração de compromisso para outros investigadores ou colaboradores na investigação, se aplicável, destinada a documentar o seu envolvimento nas garantias de confidencialidade dadas pelo investigador principal.

Não se aplica.

5. Modelo de declaração a assinar por profissionais de saúde que referenciem participantes aos investigadores, onde se garanta que essa referenciação foi feita com autorização, ainda que verbal, dos participantes, ultrapassando assim o problema da revelação de diagnósticos a terceiros, mas não isentando os investigadores de informar claramente cada participante e de recolher o respetivo consentimento informado, livre e esclarecido.

Não se aplica.

6. Identificação do “Elo de ligação” (para as investigações que sejam da responsabilidade de profissionais exteriores à instituição) - profissional da equipa de saúde do doente, nomeadamente seu médico ou seu enfermeiro, conhecedor, pela inerência das suas funções assistenciais, dos dados pessoais do doente que acompanha.

Não se aplica.

7. Declaração do orientador científico ou pedagógico, caso se trate de estudo realizado em ambiente académico.

Declaração do orientador pedagógico Professora Doutora Ana Pires (Anexo V);

8. Declaração do Diretor de Serviço/Diretor Executivo do ACES sobre as condições logísticas e humanas que assegurem a realização da investigação em condições éticas adequadas.

A aguardar declaração do Diretor Executivo do ACES da Arrábida [REDACTED]
(Anexo VI);

A aguardar declaração de autorização do Agrupamento de Escolas [REDACTED], professora [REDACTED] (Anexo VII).

9. Cópia da notificação à Comissão Nacional de Proteção de Dados sobre criação de bases de dados, especialmente em estudos de coorte, e compromisso de só dar início ao estudo depois de resposta favorável dessa entidade.

Não se aplica.

10. Declaração do investigador sobre a propriedade de dados e resultados do estudo e sobre a disponibilidade de publicação dos resultados finais, em especial quando haja, para além do investigador, a figura do promotor.

Não se aplica.

11. Declaração de compromisso do investigador para a entrega à CES do Relatório final e de relatórios anuais da evolução da investigação, devendo a CES notificar a instituição onde decorre o estudo (e a escola, se aplicável) na eventualidade do não cumprimento.

Eu, abaixo assinado, na qualidade responsável pelo projeto, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo os momentos serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação e que me comprometo enviar relatório final a esta Comissão de Ética.

Data: 30-06-2018

O responsável:

Susana Isabel Silva Oliveira Mendes

Título do projeto de intervenção: CRESCER Forte, Saudável e Feliz

Esclarecimento ao parecer intermedio Proc. 044/CES/INV/2018

Estudante de Mestrado:

Susana Isabel Silva Oliveira Mendes

Experiência Profissional:

Exercício de funções no Hospital Curry Cabral 2005 a 2016, na UCSP [REDACTED] de novembro de 2016 a julho de 2018 e na UCSP [REDACTED], do ACES Arrábida até à atualidade

Introdução:

No âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem, em Associação, área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública no Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, pretendo desenvolver o projeto de intervenção na comunidade intitulado: CRESCER Forte, saudável e Feliz, inserido na USF [REDACTED] em parceria com a Saúde Escolar de [REDACTED] A ser implementado na Escola Básica [REDACTED] de Escolas [REDACTED], no âmbito do Programa de Saúde Escolar, de 14 de maio de 2018 a janeiro de 2019.

A área de intervenção foi selecionada pela sua importância e influência na saúde/doença, nomeadamente no desenvolvimento e manutenção da obesidade infantil. A obesidade infantil representa um problema de saúde pública nacional e mundial, podendo ser amplamente evitável através de hábitos alimentares saudáveis.

Este projeto insere-se no âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, baseia-se na metodologia do planeamento em saúde, partindo da avaliação do estado de saúde de uma comunidade, pretendendo contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Neste sentido, definiu-se como objetivo geral: promover hábitos alimentares saudáveis em crianças dos 6 aos 8 anos, que frequentem o 1º Ciclo do Ensino Básico na Escola Básica com [REDACTED] no período decorrido entre 18 de setembro de 2018 e janeiro de 2019.

Metodologia:

Para a elaboração deste projeto de intervenção recorreu-se a metodologia do planeamento em saúde que representa um processo dinâmico, constituído por diferentes fases interdependentes que permite o diagnóstico de situação, a identificação das necessidades e/ou problemas de saúde da população, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de projetos ou programas, preparação da execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1982).

A primeira etapa do planeamento em saúde é o diagnóstico da situação, que permite identificar os problemas de saúde da população em estudo e determinar as suas necessidades. Esta primeira etapa permite identificar e priorizar os problemas e necessidades de saúde da população e identificar as intervenções prioritárias promotoras de ganhos potenciais em saúde (Portugal, Nunes, & Andrade, 2017).

Nesta etapa, para a avaliação das atitudes dos pais face a alimentação dos seus filhos e correlacioná-los com os dados antropométricos dos seus filhos, dados que permitem a compreensão do problema e delimitação de estratégias de intervenção, será aplicado um questionário² (Apêndice I) traduzido e adaptado para a população Portuguesa por Viana (2008), que cedeu e autorizou a sua utilização (Apêndice II).

Na aplicação de questionário, são focados dados do desenvolvimento infantil, antecedentes familiares, frequência alimentar da criança e as preocupação e atitudes da mãe face a alimentação da criança, dados específicos que contribuem para o conhecimento sobre fatores de risco para o desenvolvimento de excesso de peso. Dados complementados pela avaliação antropométrica das crianças (peso e altura) e da tensão arterial. Para a avaliação do peso será utilizada uma balança digital da marca Becken modelo musa e para medição da altura uma fita métrica (cartonada) fixa à parede. A tensão arterial é avaliada com a criança sentada com um aparelho digital. As crianças são avaliadas individualmente com a sua roupa. Apenas serão

² O questionário que constava no 1º pedido de parecer para a Comissão de Ética da ARSLVT foi substituído (pelo constante no apêndice I) por ausência de resposta ao pedido de autorização para sua utilização por parte da ARSA. IP, Ex Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade.

avaliadas as crianças que possuem consentimento informado devidamente assinado autorizado a participação. A entrega dos questionários e avaliação das crianças é efetuada em ambiente escolar.

População a envolver: A amostra é uma amostra de conveniência, constituída pelas crianças que em setembro frequentaram o 2º ano do 1º ciclo. A escola foi selecionada com base no critério de maior número de crianças inscritas na USF [REDACTED], com idades entre os 6 e 8 anos a frequentar o 1º ano do 1º ciclo em maio. A população será constituída por 3 turmas de 2º ano compreendendo 67 crianças e respetivos pais/encarregados de educação. No sentido de assegurar os princípios éticos e no cumprimento do respeito pelos direitos fundamentais dos participantes do estudo, foi disponibilizado, em suporte de papel um **consentimento informado entregue aos pais das crianças**, (apêndice III), onde estão mencionados os objetivos do estudo, a participação esperada, assegurando o anonimato e a confidencialidade dos dados, bem como a possibilidade de desistir do estudo sem qualquer prejuízo. Este documento elaborado em duplicado possibilitando a disponibilização de uma cópia para os pais.

O **caderno de recolha de dados** (Apêndice IV) elaborado em suporte de papel para anotação dos valores avaliados (peso, altura e tensão arterial) e dos lanches escolares a serem observados durante 5 dias, isento de qualquer menção que permita a identificação da criança. O **tratamento dos dados** irá ser realizado através de análise estatística com recurso ao programa informático Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Qualquer dado será de imediato eliminado por solicitação dos pais ou encarregado de educação da criança. Todos os dados recolhidos em suporte de papel serão destruídos (trituradora de papel) após discussão pública da tese e atribuição de avaliação.

A **divulgação dos resultados** será efetuada, através do relatório académico, com defesa pública da tese de Mestrado. Os resultados dos questionários serão também divulgados e apresentados de forma agregada, na unidade na USF [REDACTED] na Saúde Escolar [REDACTED] para os profissionais. Será também entregue no ACE da Arrábida o relatório final deste projeto.

Após a identificação das atitudes dos pais face a alimentação dos seus filhos e correlação com os dados antropométricos, serão definidas intervenções na área da promoção de hábitos alimentares saudáveis.

Previsão de custos financeiros para os ACES: trata-se de um projeto de caráter voluntário, sem acarretar custos adicionais, para as instituições.

Cronograma:

	Ano 2018							Janeiro 2019
	Mai	Junho	Julho	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	
Identificação da amostra								
Aplicação dos questionários								
Análise dos resultados								
Definição de estratégias para operacionalização do projeto								
Operacionalização do projeto								
Divulgação de resultados								

Em ficheiro anexo;

Declaração da orientadora pedagógica

Declaração das Unidades de Saúde

Declaração do Diretor Executivo do ACES

Autorização do Responsável de Dados da ARS

Frequência Alimentar

16. A sua criança toma o pequeno almoço?

_____ Nunca _____ 1 a 3 vezes na semana _____ 4 a 6 vezes na semana _____ Todos os dias

Numa semana normal, registre a frequência com que a sua criança come/bebe os seguintes alimentos/bebidas: (Assinale uma opção em cada linha)

	Nunca ou raramente	Menos de 1 vez na semana	1-3 dias da semana	4-6 dias da semana	Todos os dias
17. Fruta fresca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Vegetais ¹ (excepto batata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sumos 100% fruta ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Bebidas contendo açúcar ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Bebidas light ou de dieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Leite Magro ou meio gordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Leite gordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Leite aromatizado ⁴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Queijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Iogurte, pudim de leite, creme de queijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Peixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Lanches salgados, como batatas fritas, salgadinhos de milho, pipoca ou amendoim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Doces, como barra doces ou de chocolate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Biscoitos, queques, donuts, tartes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Alimentos como pizza, batatas fritas caseiras ou de pacote, hambúrgues, salsichas ou rolos de carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Hortalças

² Considere apenas os sumos de fruta fresca naturais

³ Considere sumos de pacote como por exemplo: Ice Tea, CocaCola,

⁴ Achocolatado, com aroma de baunilha ou outro

Usando a escala em baixo, assinale como classificaria o peso da sua criança em cada um dos períodos de tempo apresentados em baixo (por favor circule apenas um número para cada período de tempo).

	Baixo peso acentuado	Baixo peso	Na média	Excesso de peso	Excesso de peso acentuado
A sua criança durante o primeiro ano de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A sua criança na infância (1 aos 3 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A sua criança no Jardim-de-infância (dos 3 aos 4 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A sua criança da pré-escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A sua criança na atualidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Usando a escala em baixo, por favor indique para cada questão o número que melhor corresponde à sua resposta. Por favor responda apenas acerca do seu filho que está no nosso estudo.

	Totalmente des preocupada	Ligeiramente des preocupada	Neutro	Ligeiramente preocupada	Preocupada
Até que ponto a preocupa que a sua criança coma demais quando não está perto de si?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Até que ponto a preocupa que a sua criança tenha que fazer dieta para manter um peso desejável?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Até que ponto a preocupa que a sua criança fique com excesso de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Usando a escala em baixo, por favor indique para cada questão o número que melhor corresponde à sua resposta. Por favor responda apenas acerca do seu filho que está no nosso estudo.

	D discordo	D discordo ligeiramente	Neutro	C concordo ligeiramente	C concordo
Eu preciso de ter a certeza de que a minha criança não come demasiados doces (rebuçados, gelados, bolos ou pastéis).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu preciso de ter a certeza de que a minha criança não come demasiados alimentos com elevado teor de gordura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu mantenho propositadamente alguns alimentos fora do alcance da minha criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu ofereço doces (rebuçados, gelados, bolos ou pastéis) à minha criança como recompensa por bom comportamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se eu não guiasse ou regulasse a ingestão da minha criança, ela comeria demasiada "comida de plástico".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se eu não guiasse ou regulasse a ingestão da minha criança, ela comeria demasiados alimentos preferidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha criança deverá comer sempre toda a comida que tem no prato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho que ter cuidado especial para ter a certeza que a minha criança come o suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se a minha criança diz "eu não tenho fome", eu tento que ela coma mesmo assim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se eu não guiasse ou regulasse a ingestão da minha criança, ela comeria muito menos do que deveria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Usando a escala em baixo, por favor indique para cada questão o número que melhor corresponde à sua resposta. Por favor responda apenas acerca do seu filho que está no nosso estudo

	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre
Quantas vezes está atenta aos doces (rebuçados, gelados, bolos ou pastéis) que a sua criança come?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantas vezes está atenta aos salgadinhos (batatas fritas, aperitivos, Doritos, Chexos, etc.) que a sua criança come?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantas vezes está atenta aos alimentos com elevado teor de gordura que a sua criança come?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questões/Comentários/opinião

**Grata pela atenção dispensada
Muito obrigado pela participação
Susana Mendes**

Título do projeto de intervenção: CRESCER Forte, Saudável e Feliz

ESCLARECIMENTO AO OFÍCIO 10732 / REFERENCIA 10732/CES/2018

Emitido pela Comissão de Ética para a saúde da ASVT no dia 9.11.2018

Investigadora: Susana Isabel Silva de Oliveira Mendes

A metodologia para o recrutamento dos participantes

Esclarecimento: *O procedimento de entrega do consentimento informado pressupõe explicação do projeto e esclarecimento de dúvidas, período para reflexão. Consta ainda o nº de telemóvel da investigadora no documento entregue para eventuais dúvidas que possam surgir posteriormente.*

As variáveis do estudo

Esclarecimento: *Os dados da criança (peso à nascença, comprimento, duração da gravidez, data de nascimento) são exclusivamente para correlação com a percepções dos pais face ao estado ponderal das crianças, sendo que nenhum destes dados será apresentado. Por se tratarem de crianças quando se determinam os percentis de crescimento e peso é fundamental o conhecimento da idade (ano e meses) razão pela qual se utiliza a data de nascimento, sendo que este dados também não será apresentado no relatório. Pelo que não existe nenhuma possibilidade de identificação ou quebra de anonimato.*

O Plano de análise que se pretende realizar

Esclarecimento: *O plano de análise estatística será uma estatística descritiva proporcionando informações sobre a tendência central e a dispersão dos dados, evidenciando: valor mínimo, valor máximo, soma dos valores, contagens, média, moda, mediana, variância e desvio padrão.*

Modalidade de obtenção do consentimento informado

Esclarecimento: *A obtenção do consentimento informado dos pais das crianças é efetuada através da devolução do consentimento devidamente preenchido e assinado autorizado ou não autorizando a participação da criança.*

A obtenção do assentimento das crianças é obtida através da vontade expressa de participar emitida pela criança após receber informação simples e clara de acordo com a sua capacidade de compreensão

sobre os objetivos e os procedimentos. Apenas serra convidadas a participar as crianças com consentimento assinado pelo representante legal autorizando a sua participação.

APÊNDICE 7 - Consentimento livre e informado

CONSENTIMENTO INFORMADO¹², LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NO PROJETO

Projeto: “CRESCER, FORTE, SAUDÁVEL E FELIZ”

Enquadramento: Projeto que visa a promoção de hábitos alimentares saudáveis, a ser desenvolvido em ambiente escolar, inserido na USF [REDACTED], em parceria com a Saúde Escolar [REDACTED], do ACES da Arrábida, sob a responsabilidade da Enfermeira Susana Mendes, Mestranda em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no IPS, sob orientação da Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária [REDACTED] e docente Professora Doutora Ana Pires.

Explicação do Projeto: Promoção de hábitos alimentares saudáveis em ambiente escolar, através da participação das crianças em atividades lúdico didáticas e avaliação dos dados antropométricos (Peso e altura) e da tensão arterial da criança, isenta de causar dano à criança.

Preenchimento de questionário, pelos pais/encarregado de educação.

Condições e financiamento: Projeto não financiado. A participação é de caráter voluntária e sem qualquer tipo de prejuízo caso recuse participar. Projeto com pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT.

Confidencialidade e anonimato: Todos os dados recolhidos são para uso exclusivo do presente projeto. É garantido o anonimato de todos os participantes, em todas as fases do projeto.

Nenhuma criança será observada sem consentimento informado, devidamente assinado pelo encarregado de educação. Uma criança que possua consentimento informado pode, em qualquer momento, decidir que não quer ser avaliada. Os dados de avaliação antropométrica, apenas serão revelados aos pais da criança.

As crianças serão observadas uma a uma e não serão informadas do seu peso, estatura e tensão arterial por forma a não estabelecerem comparações;

Agradeço a atenção dispensada e a vossa colaboração

Susana Mendes, Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no Instituto Politécnico de Setúbal.

A exercer Funções na UCSP Praça da República do ACES Arrábida, susanaomendes@gmail.com, tel. [REDACTED]

Assinatura/s:

¹² de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, e esclarecidas as dúvidas por mi colocadas. 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 este projeto e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela responsável.

Nome: Encarregado de educação do aluno da turmanº

Autorizo a participação do meu educando no projeto “CRESCER, Forte, Saudável e Feliz.”

Assinatura: Data: /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD Nº: DATA OU VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

Nome: Encarregado de educação do aluno da turmanº

Não Autorizo a participação do meu educando no projeto “CRESCER, Forte, Saudável e Feliz.”

Assinatura: Data: /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD Nº: DATA OU VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE ... PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

APÊNDICE 8 - Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT



Parecer Intermédio

Proc. 044/CES/INV/2018

Título: Crescer, forte, saudável e feliz

Enquadramento institucional do proponente: Académico – Mestranda de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, ESSIPSetúbal

Investigadores: Susana Isabel Silva de Oliveira Mendes

Co-Investigadores:

Orientador Pedagógico: Ana Pires

Consultor Externo: Não aplicável

Âmbito: Academia e CSPrimários

Financiamento: Não aplicável

Apreciação:

Trata-se de um programa de investigação com potencial valor social que procura identificar o conhecimento dos pais e encarregados de educação sobre comportamento alimentar e correlacioná-los com os dados antropométricos dos seus filhos, alunos do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas [REDACTED]

Trata-se aparentemente de um estudo com as seguintes características:

- 1.- envolve profissionais de Saúde da ARSLVT;
- 2.- que ainda não foi realizado;
- 3.- é uma investigação sistemática e pretender gerar um novo conhecimento;
- 4.- que envolve seres humanos;
- 5.- Implica a interação com utentes;
- 6.- Tendo em conta os pressupostos anteriores cumpre critérios de apreciação por esta Comissão de Ética

Relativamente à metodologia, interessaria que se clarificassem alguns aspectos metodológicos:

- a população a envolver;
- a dimensão amostral da população a envolver;
- a metodologia para o recrutamento dos participantes;



- as variáveis do estudo;
- a autorização para a utilização da escala proposta;
- o plano de análise estatística que se pretende realizar.

Apreciação Ética

Respeito pela dignidade da pessoa humana

Autonomia

Modalidade de obtenção do consentimento informado

Não definida

Folha(s) de Informação e formulário(s) de consentimento informado

Não definida

Privacidade e Confidencialidade de Dados

Não é perceptível a forma como serão geridos, arquivados, tratados e destruídos os dados da investigação.

Beneficência

Os potenciais benefícios do estudo face aos seus riscos permitem-nos afirmar que os potenciais benefícios podem superar os riscos que este estudo pode acarretar.

Justiça

No que concerne ao cumprimento do princípio da justiça nas suas duas dimensões, discriminação e exploração, diríamos que não se identificam nenhum procedimento que possa "obrigar" ou coagir os utentes a envolverem-se no estudo

Não maleficência

Os riscos previsíveis de um estudo desta natureza poderão ser menores que os mínimos.

Cronograma: presente- necessita de actualização

CV dos Investigadores: presentes

Declaração dos Orientadores Pedagógicos: em falta

Declaração dos responsáveis das Unidades de saúde: em falta

Declaração do Director Executivo do ACES: em falta

Caderno de Recolha de Dados: não presente

Autorização do Responsável de Dados da ARS: Não presente

Monitorização da investigação: Não prevista

Previsão de custos financeiros para os ACES: não estimados

Divulgação dos resultados: não explícita

Propriedade dos dados: não explícita

Compromisso de entrega de relatório final: não explícito

Conclusão:

O estudo cumpre critérios de pertinência científica e clínica.

Foram identificadas um conjunto de questões a serem enviadas à investigadora para serem esclarecidas.

08 de Junho de 2018

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar



Exma. Senhora

Dr.ª Susana Mendes

susanamendes@gmail.com

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		10732/CES/2018	15.11.2018

Assunto: Crescer, forte, saudável e feliz.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na reunião da secção de investigação, no dia 9.11.2018, emitiu um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar.

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

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo

Luís PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, L.P.

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 496 723
geral@arslt.nin-saude.pt | www.arslt.nin-saude.pt

14/03/2019

Gmail - Comissão de Ética da ARSLVT - PROCESSO 044/CES/INV/2018



Susana Mendes <susanaomendes@gmail.com>

Comissão de Ética da ARSLVT - PROCESSO 044/CES/INV/2018

1 mensagem

Paula Monteiro | Assessoria <paula.monteiro@arslvt.min-saude.pt>
Para: 'susanaomendes@gmail.com' <susanaomendes@gmail.com>
Cc: ACES XI - Arrábida <aces.arrabida@arslvt.min-saude.pt>

13 de dezembro de 2018 15:56

Dr.ª Susana Mendes,

Foram analisados os esclarecimentos prestados e considerados satisfatórios, pelo que a Comissão mantém o parecer favorável.

Com os melhores Cumprimentos

Paula Monteiro

Secretariado

Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

Comissão de Farmácia e Terapêutica da ARSLVT

Núcleo Apoio à Investigação clínica



Av. Estados Unidos da América, 75-77 - 1749-096 Lisboa | Portugal
Tel : 21 842 52 03

www.arslvt.min-saude.pt

De: Paula Monteiro | Assessoria

Enviada: segunda-feira, 26 de Novembro de 2018 16:50

Para: 'susanaomendes@gmail.com'

Assunto: Comissão de Ética da ARSLVT - PROCESSO 044/CES/INV/2018

Dr.ª Susana Mendes,

Solicita-me a Comissão de Ética da ARSLVT de enviar a V.ª Ex.ª o parecer em anexo emitido pela secção de investigação, desta Comissão.

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=8abbe5fca2&view=pt&search=all&permthid=thread-f%3A1619752768053842954&siml=msg-f%3A16197527...> 1/2

APÊNDICE 9 -Grelha de registo da observação dos lanches escolares

	Observação 1	Observação2	Observação3	Observação4	Observação5	Observação6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						

Os alunos são convidados individualmente a abrirem a lancheira para observação e contabilização dos alimentos incluídos.

APÊNDICE 10 - Questionário aplicado

Caros Pais/Encarregados de Educação:

Este questionário destina-se à recolha de informação para desenvolver projetos de promoção da saúde e bem-estar de crianças, nomeadamente da alimentação saudável.

Não existem respostas corretas ou erradas, o importante é a sua opinião, tendo em conta a realidade e o momento atual do seu educando.

As suas respostas são anónimas e confidenciais e destinam-se meramente a tratamento estatístico.

Para qualquer informação contacte: En^h Susana Mendes, susanaomendes@gmail.com, tel 938058014

Dados da Criança

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

3. Duração da gravidez (em semanas): _____ semanas

4. Data de nascimento: ____/____/____

5. Sexo : ___ Feminino ___ Masculino

6. Foi amamentada ao peito? ___ Até que idade _____ meses

7. Bebeu "leite das latas"? _____ Com que idade (meses) iniciou _____

8. Com que idade (meses) iniciou a introdução de outros alimentos _____

9. Qual o primeiro alimento ___ Papa ___ Sopa Outro _____

10. A sua criança tem atualmente algum problema de saúde?

Não Sim Qual: _____

11. Antecedentes Familiares

12. Dados referentes aos pais da criança:

	Pai			Mãe		
	Sim	Não	Não sabe	Sim	Não	Não sabe
11. Peso Kg						
12. Estatura atual (Altura)						
13. Diabetes	Sim	Não	Não sabe	Sim	Não	Não sabe
14. Hipertensão Arterial (Tensão Alta)	Sim	Não	Não sabe	Sim	Não	Não sabe
15. Hipercolesterolemia (Colesterol Alto)	Sim	Não	Não sabe	Sim	Não	Não sabe

Frequência Alimentar

16. A sua criança toma o pequeno almoço?

____ Nunca ____ 1 a 3 vezes na semana ____ 4 a 6 vezes na semana ____ Todos os dias

Numa semana normal, registre a frequência com que a sua criança come/bebe os seguintes alimentos/bebidas: **(Assinale uma opção em cada linha)**

	Nunca ou raramente	Menos de 1 vez na semana	1-3 dias da semana	4-6 dias da semana	Todos os dias
17. Fruta fresca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Vegetais ¹ (excepto batata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sumos 100% fruta ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Bebidas contendo açúcar ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Bebidas light ou de dieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Leite Magro ou meio gordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Leite gordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Leite aromatizado ⁴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Queijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Iogurte, pudim de leite, creme de queijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Peixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Lanches salgados, como batatas fritas, salgadinhos de milho, pipoca ou amendoim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Doces, como barra doces ou de chocolate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Biscoitos, queques, donuts, tartes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Alimentos como pizza, batatas fritas caseiras ou de pacote, hambúrgueres, salsichas ou rolos de carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Hortaliças

² Considere apenas os sumos de fruta fresca naturais

³ Considere sumos de pacote como por exemplo: Ice Tea, CocaCola,

⁴ Açocolatado, com aroma de baunilha ou outro

Usando a escala em baixo, assinale como classificaria o peso da sua criança em cada um dos períodos de tempo apresentados em baixo (por favor circule apenas um número para cada período de tempo).

	Baixo peso acentuado	Baixo peso	Na média	Excesso de peso	Excesso de peso acentuado
A sua criança durante o primeiro ano de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A sua criança na infância (1 aos 3 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A sua criança no Jardim-de-infância (dos 3 aos 4 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A sua criança da pré-escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A sua criança na atualidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Usando a escala em baixo, por favor indique para cada questão o número que melhor corresponde à sua resposta. Por favor responda apenas acerca do seu filho que está no nosso estado.

	Totalmente des preocupada	Ligeiramente des preocupada	Neutro	Ligeiramente preocupada	Preocupada
Até que ponto a preocupa que a sua criança coma demais quando não está perto de si?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Até que ponto a preocupa que a sua criança tenha que fazer dieta para manter um peso desejável?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Até que ponto a preocupa que a sua criança fique com excesso de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Usando a escala em baixo, por favor indique para cada questão o número que melhor corresponde à sua resposta. Por favor responda apenas acerca do seu filho que está no nosso estado.

	Discordo	Discordo ligeiramente	Neutro	Concordo ligeiramente	Concordo
Eu preciso de ter a certeza de que a minha criança não come demasiados doces (rebuçados, gelados, bolos ou pastéis).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu preciso de ter a certeza de que a minha criança não come demasiados alimentos com elevado teor de gordura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu mantenho propositadamente alguns alimentos fora do alcance da minha criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu ofereço doces (rebuçados, gelados, bolos ou pastéis) à minha criança como recompensa por bom comportamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se eu não guiasse ou regulasse a ingestão da minha criança, ela comerá demasiada "comida de plástico".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se eu não guiasse ou regulasse a ingestão da minha criança, ela comerá demasiados alimentos preferidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha criança deverá comer sempre toda a comida que tem no prato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho que ter cuidado especial para ter a certeza que a minha criança come o suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se a minha criança diz "eu não tenho fome", eu tento que ela coma mesmo assim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se eu não guiasse ou regulasse a ingestão da minha criança, ela comerá muito menos do que deveria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Usando a escala em baixo, por favor indique para cada questão o número que melhor corresponde à sua resposta. Por favor responda apenas acerca do seu filho que está no nosso estado

	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre
Quantas vezes está atenta aos doces (rebuçados, gelados, bolos ou pastéis) que a sua criança come?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantas vezes está atenta aos salgadinhos (batatas fritas, aperitivos, Doritos, Cheetos, etc.) que a sua criança come?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantas vezes está atenta aos alimentos com elevado teor de gordura que a sua criança come?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questões/Comentários/opinião

**Grata pela atenção dispensada
Muito obrigado pela participação
Susana Mendes**

APÊNDICE 11 - Grelha de registos das avaliações de antropometria e tensão arterial

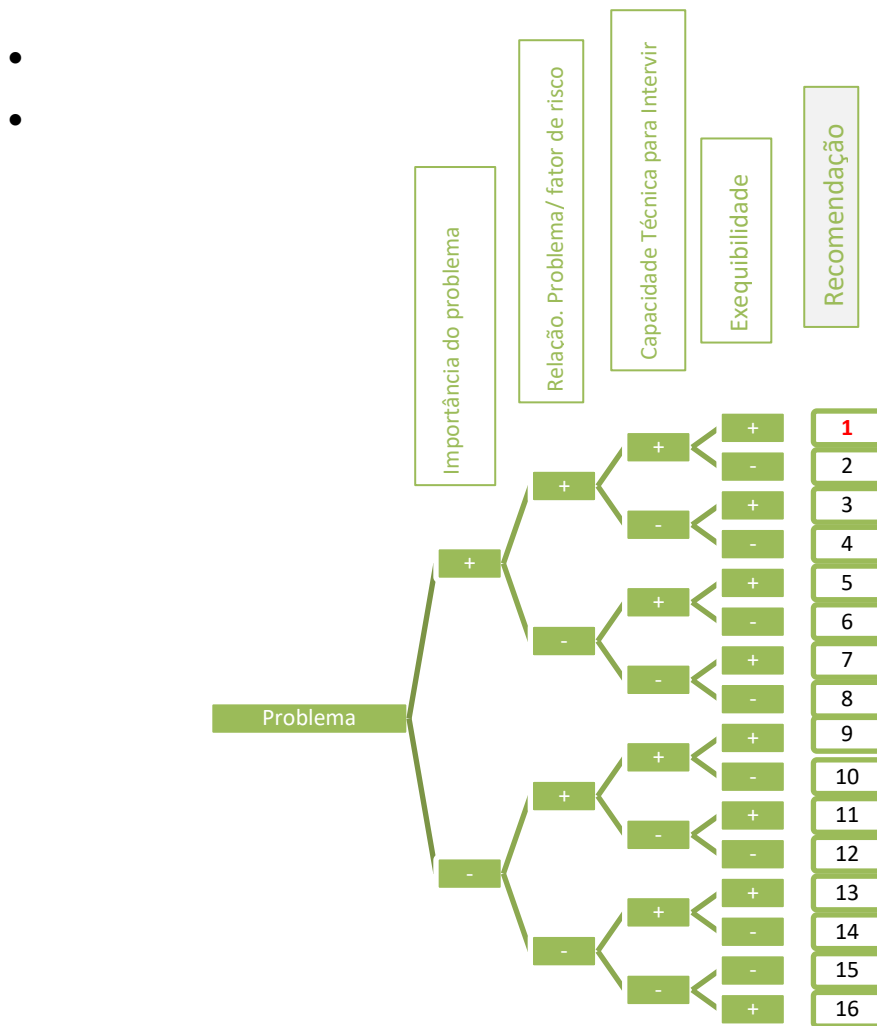
	Idade	sexo	Altura	Peso	TA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					

APÊNDICE 12 - Determinação de prioridades: Grelha de análises

Principais problemas identificados:

- Elevada prevalência de excesso de peso, com relação estatisticamente significativa com o perfil tensional elevado e com a presença de excesso de peso nos pais.
- Consumo de frutas e legumes inferior ao recomendado pela OMS.
- Elevado consumo de alimentos processados ricos em gordura, açúcar e sal, nos lanches escolares.

Figura1: Grelha de Análise, para determinação de prioridades.



Fonte: adaptado de (Tavares, 1990)

- Tabela 1 : Grelha de análise para o problema 1: Elevada prevalência de excesso de peso, com relação estatisticamente significativa com o perfil tensional elevado e com a presença de excesso de peso nos pais.

Importância do Problema	+
Relação: problema / fatores de Risco	+
Capacidade técnica para intervir	-
Exequibilidade	-
Recomendação	4

- Tabela 2 : Grelha de análise para o problema 2: Consumo de frutas e legumes inferior ao recomendado pela OMS.

Importância do Problema	+
Relação: problema / fatores de Risco	+
Capacidade técnica para intervir	+
Exequibilidade	+
Recomendação	1

- Tabela 3 : Grelha de análise para o problema 3: Elevado consumo de alimentos processados ricos em gordura, açúcar e sal, nos lanches escolares.

Importância do Problema	+
Relação: problema / fatores de Risco	+
Capacidade técnica para intervir	+
Exequibilidade	+
Recomendação	1

Os problemas 2 e 3 após aplicação da grelha de análises obtiveram o valor final de 1 sendo atribuída prioridade máxima a estes problemas. Dado que a capacidade técnica de intervir e a exequibilidade resultam do mesmo tipo de intervenção e que ambos os problemas se enquadram nos hábitos alimentares inadequados, foram agregados estes dois problemas e atribuída prioridade máxima aos hábitos alimentares inadequados.

APÊNDICE 13 - Descrição das atividades “Como, Onde, Quando e Quem”

Atividade	Duração	Recursos	Onde	Quando	Quem	Avaliação
Solicitação das autorizações necessárias	2h	Computador, impressora 4 folhas impressas. Intermete	Gabinete Saúde escolar	Maio	Mestranda	Obter todas as autorizações
Solicitação de parecer à comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT	5h	Computador Intermete Impressora	Gabinete Saúde escolar	Maio a setembro	Mestrada Centro de Formação do ACeSA	Obter favorecer favorável
Reunião com os parceiros	30min	Questionário e consentimento informado;	Gabinete da professora coordenadora	Maio	Mestranda Professora coordenadora	Realizar a reunião
Reunião com os parceiros	30min	Questionário e consentimento informado;	Gabinete da professora coordenadora	Maio	Mestranda Professora coordenadora e professoras titulares de turma	Realizar a reunião
Aplicação dos questionários	3h	65 questionários e 130 consentimentos informado	Escola (Sala de aula)	Julho	Mestranda professor	60% das crianças devolva o questionário devidamente preenchido
Recolha de dados antropométricos e de TA.	4h	Balança Fita métrica Esfigmomanómetro digital 3 Folhas de registo e caneta	Escola (Sala anexa à sala de aula)	julho	Mestranda	Avaliação de 90% das crianças.
Reunião com os parceiros	1h	Cronograma e descrição das atividades	Escola	Setembro	Mestranda Professora coordenadora e professoras titulares de turma	Realização de 1 reunião
Elaboração de pasta arquivadora de turma	30min	3 pastas de elásticos lombada rígida 3 folhas Computador e impressora	Gabinete da saúde escolar	Setembro	Mestranda	Elaboração de 3 pastas

Atividade	Duração	Recursos	Local	Quando	Quem	Avaliação
Reunião com os parceiros	2h	Fichas das atividades	Sala de aula	Out., Nov., Dez., Jan.	Mestranda Professoras titulares de turma	Realização de 4 reuniões
Realização de sessões de educação para a saúde, no âmbito da alimentação saudável	15h (3hx4sessões)	Material descritos nas atividades	Escola (Sala de aula e refeitório)	Setembro a janeiro	Mestranda professoras titulares de turma	Que 90% das crianças, participe nas atividades desenvolvidas
Observação dos lanches escolares	9h	18 folhas de registo e caneta	Escola	Setembro e dezembro	Mestranda	Que sejam observados 80% dos lanches escolares
Reunião com a Higienista oral	30min	Cronograma Fichas e plano de sessão das atividades.	Gabinete de higiene oral do ACeSA	Dezembro	Mestranda Higienista oral	Realização de uma reunião
Realização de sessões de educação para a saúde, no âmbito da saúde oral	3h	Material descrito na atividade	Escola (Sala de aula)	janeiro	Mestranda professoras titulares de turma e higienista oral	Que 90% das crianças, participe na sessão
Exposição dos trabalhos realizados pelas crianças	1h	Trabalhos Realizados pelos alunos	Escola	Ao longo do ano	Mestranda Professores	Exposição de 1 trabalho por sessão
Elaboração de um folheto sobre lanches saudáveis	1h	Folhetos	Gabinete da saúde escolar	Dezembro	Mestranda Professores	Que 100% das crianças receba o folheto
Elaboração de um livro de receitas saudáveis do 2º ano	1h	Receitas realizadas pelos alunos, computador	Gabinete da saúde escolar	Novembro	Mestranda	Elaboração de um livro de receitas do 2º ano
Elaboração de um artigo científico	4 meses	Computador internete	Residência da mestranda	Outubro a janeiro	Mestranda	Entrega de um artigo científico até 15 de janeiro

APÊNDICE 14 – Resumo do artigo científico

Quais as estratégias utilizadas na prevenção da obesidade infantil na escola

Quais as estratégias utilizadas na prevenção da obesidade infantil na escola:

Revisão sistemática da literatura

RESUMO

A obesidade infantil, resultado do desequilíbrio entre a energia ingerida e gasta é a doença mais prevalente na idade pediátrica. Influenciada por vários fatores etiológicos, onde se destacam os hábitos alimentares e os níveis de atividade física. A sua difícil resolução e consequências atuais e futuras, requerem a necessidade de intervenções dirigidas á sua prevenção. A escola é reconhecida como um local privilegiado para a implementação de programas de prevenção, pelo número de crianças e variedade de estratos socioeconómicos que permite alcançar.

Objetivo: Identificar e analisar as estratégias e intervenções desenvolvidas em ambiente escolar na prevenção da obesidade infantil. **Método:** Revisão sistemática da literatura através de pesquisa de artigos originais nas bases de dados eletrônicas EBSCO e PubMed, para estudos desenvolvidos em ambiente escolar publicados entre 2013 e 2018. **Resultados:** Encontrados 3501 artigos, 7 preencheram todos os critérios de inclusão. Dois estudos obtiveram resultados estatisticamente significativo na progressão do excesso de peso. Um dos quais com impacto positivo nos hábitos alimentares e o outro comprovou a relação custo-eficácia do programa na prevenção da obesidade infantil. Efeitos positivos da intervenção ao nível dos hábitos alimentares foram obtidos em dois estudos e um obteve efeito positivo ao nível dos hábitos alimentares e dos níveis de atividade física. A ausência de impacto na progressão do excesso de peso foi reportada por 2 estudos. **Conclusões:** Existem evidências que o ambiente escolar constitui um local privilegiado para a prevenção da obesidade infantil. As estratégias e intervenções que revelaram ser mais eficazes foram as baseadas em metodologias ativas, que permitem a participação da criança, dirigidas á alimentação saudável. Estes programas revelam-se eficazes na prevenção da obesidade infantil e com boa relação custo-eficácia. **Descritores:** *school health services, school nursing, schools, obesity, body mass index, overweight, body weight, pediatric obesity, weight gain, obesity management, nutritional status* Pediatric Obesity, children, school.

APÊNDICE 15 - Cronograma das atividades

Atividade	Mai	Ju	Ju-	Set	Out	Nov	Dez	Ja	Fev/ Mar
	o	n	lho					n	Mar
Solicitação de autorizações									
Solicitação de parecer à Comissão de Ética para a saúde da ARSLVT									
Reunião com os parceiros									
Aplicação de questionários									
Avaliação de dados antropométricos e de tensão arterial									
Apresentação dos dados do diagnóstico									
Participação na atividade do dia mundial da alimentação									
Observação dos lanches escolares									
Elaboração de pasta arquivador de turma									
Sessão 1									
Sessão 2									
Sessão 3									
Sessão 4									
Reunião com a Higienista Oral									
Sessão 5									
Elaboração de livro de receitas									
Exposição de trabalhos									
Avaliação e acompanhamento									
Elaboração de artigo científico									
Redação do Relatório									
Divulgação dos resultados aos parceiros									

APÊNDICE 15 – Previsão de recursos

Recursos materiais e físicos	Recursos humanos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gabinete de enfermagem da saúde escolar da UCC de Palmela; ▪ Computador, Internet e impressora; ▪ Gabinete da professora coordenadora da escola do 1º Ciclo do ensino básico; ▪ Refeitório da escola; ▪ Sala de aula ▪ Recursos descritos por atividade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mestranda; ▪ Professora coordenadora e professoras titulares ▪ Higienista Oral ▪ Auxiliares de ação educativa

Alíneas	Especificação	Valor	Entidade
Recursos Humanos	Mestranda	2500€	ARSLVT/ACeSA
	Professores	1097€	Ministério da Educação
	Higienista Oral	120€	ACeSA
	Auxiliar de ação educativa	60€	Ministério da Educação
Consumíveis	Luz, telefone, internete	100€	ACeSA
Material de Consumo	3 tinteiros de impressora	75€	Próprio
	Folhas	10€	Próprio
Material de apoio	Material para sessões	100€	Próprio
	Placards	40€	Próprio
	Pastas de arquivo	20€	Próprio
	Consumíveis e limpeza	5€	Escola
	Balança,	20€	Próprio
	Fita métrica	2€	ACeSA
	Esfigmomanómetro digital	20€	ACeSA
	Retroprojektor	500€	Ministério da educação
	Computador	400€	Próprio
	Sala de aula	250€	Ministério da educação
	Refeitório da escola	150€	Ministério da Educação
	Computador	400€	Próprio
Deslocações		150€	Próprio
Custo total		5 997€	

APÊNDICE 16- Sessão 1: A alimentação saudável e a roda dos alimentos

PLANO DE SESSÃO

Sessão 1 – A alimentação e a roda dos alimentos

População Alvo: Crianças do 2º ano do 1º ciclo do ensino básico, turmas A, B e C

Local: Salas de aulas das turmas

Data: outu-

Hora: 9h15; 11h;

bro

Objetivo geral: Conhecer os princípios da alimentação saudável

Objetivos específicos:

Conhecer o que influencia o crescimento saudável

Descobrir a importância da alimentação no crescimento;

Conhecer os princípios da Dieta Mediterrânica;

Conhecer a Roda dos Alimentos;

Conhecer a importância dos diferentes grupos da roda dos alimentos

Identificar alimentos que não pertencem à roda dos alimentos

	Conteúdos programáticos	Métodos e técnicas	Recursos didáticos	Tempo	Formador (es)
Introdução	Apresentação da mestranda e do projeto	Expositivo		5 Min	Mestranda
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> O crescimento; Fatores que influenciam o crescimento; A Roda dos alimentos; Princípios da alimentação saudável; Realização da atividade: construção da roda dos alimentos; 	Expositivo Participativo	Placard “O que Precisamos para Crescer...” e a “Roda dos Alimentos” Ficha “A Roda dos Alimentos mágicos”	70 Min	Mestranda
Conclusão	Resumo dos principais conteúdos; Entrega da Ficha “Receita Mágica”	Expositivo	Ficha “Receita Mágica”	15 min	Mestranda
Avaliação	Participação de 80% das crianças na atividade; Roda dos alimentos adequadamente preenchida em 60% dos trabalhos; Entrega por 30% das crianças da receita Mágica				

DESCRIÇÃO DETALHADA DA ATIVIDADE

Desenvolvimento

Introdução ao tema do crescimento levado os alunos a perceberem o seu próprio crescimento
“*Quem reparou que a roupa ou os sapatos já não servem?*”

Apresentação do placard 1 com o título “O que Precisamos para... CRESCER Fortes, saudáveis e Felizes” disponível no apêndice 23.

Questionar as crianças sobre o que contribui para o crescimento saudável e feliz.

À medida que cada criança identifica um dos fatores (Alimentação saudável, Higiene, Proteção e segurança; Sono e repouso, atividade física e lazer, amor e amizade) é incentivada a explicar porque é que influencia o crescimento e é convidada a colar no placar o respetivo dígito. As restantes crianças são incentivadas a dar exemplos de comportamentos e atividades relacionadas com o fator identificado.

Introdução do tema da alimentação

Apresentação da roda dos alimentos através do placar presente no apêndice 24.

Questionar o que sabem sobre a rodas dos alimentos.

Explicitação dos grupos da roda dos alimentos e incentivar as crianças a identificar cada grupo recorrendo aos Reinos dos desenhos animados Nutriventurs. A criança que identifica o grupo coloca o dígito de identificação no placard e as restantes são incentivadas a nomear os alimentos pertencentes.

Abordagem da alimentação completa, equilibrada e variada.

Solicitar às crianças para identificarem alimentos que não pertencem a Roda.

Solicitar às crianças que com base na roda dos alimentos identifiquem os alimentos que devem ser consumidos em maior e menor quantidade.

Realização da atividade com recurso a ficha “A Roda do Alimentos Mágicos” através de colagem de recortes

Conclusão:

Resumo da importância da alimentação no crescimento e das principais características da alimentação saudável.

Entrega do guia orientador para elaboração de uma receita saudável em casa a ser devolvida dentro de uma semana

Duração: 1h30 cada atividade – Total de 4h30

- Turma A das 9h15 às 10h45.
- Turma B das 11h às 12h30
- Turma C das 9h15 às 10h45 (2º dia)

Recursos:

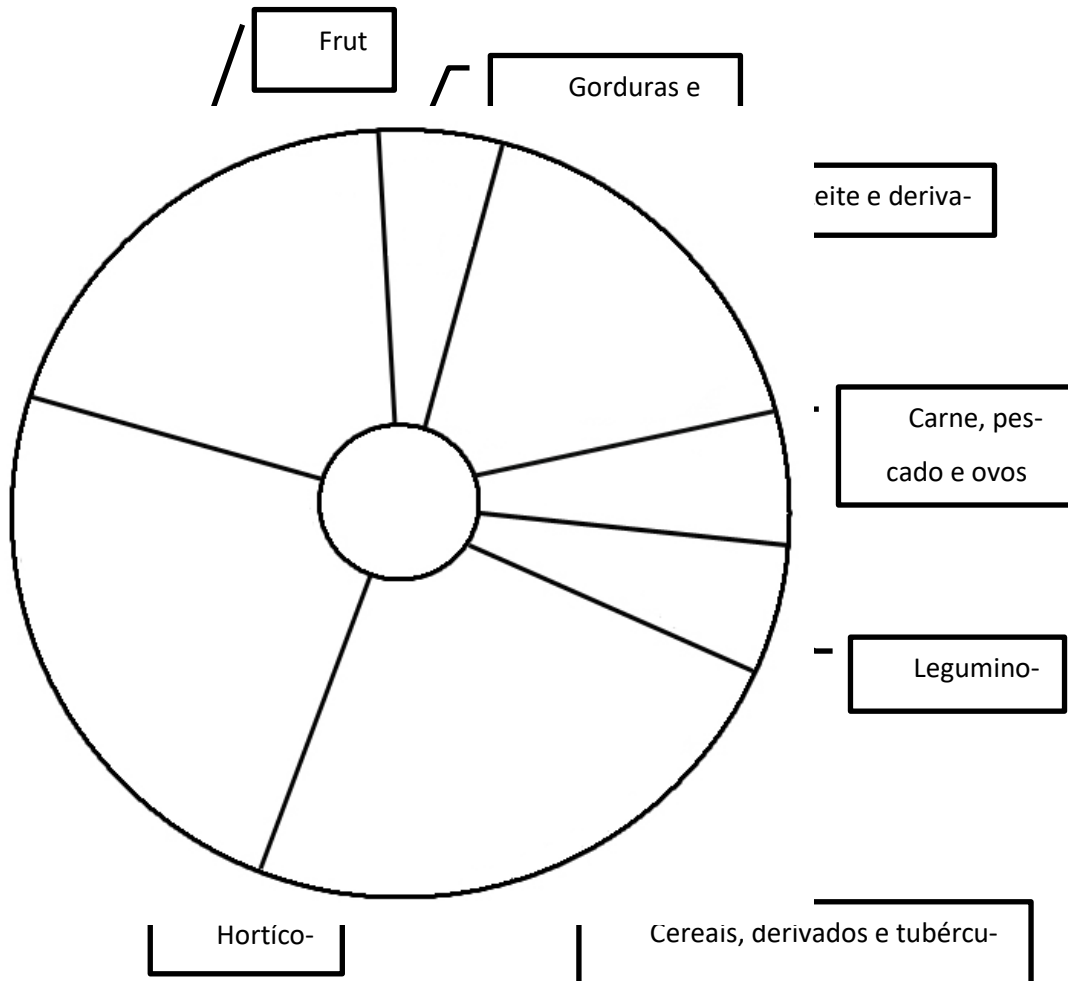
Placard “O que necessitamos para Crescer Fortes, Saudáveis e Felizes”
Placard “A roda dos alimentos;
10 +10 + 12 folhas A3 com a roda dos alimentos;
64 folha com o guia orientador para elaboração de uma receita saudável;
Folhetos de publicidade com Imagens de alimentos;
Lápis, canetas, tesoura e cola de batom;
Computador e impressora.

Atividade: Preenchimento da roda dos alimentos

Às crianças divididas em grupos de dois é fornecida uma roda dos alimentos em folha A3 onde têm que colar os diferentes alimentos de acordo com o grupo a que pertencem. Os alimentos são selecionados pelas crianças partir de folhetos de publicidade.

A roda dos alimentos Mágicos

.Agora que já conheces a roda dos alimentos, preenche a tua com desenhos, recortes, imagens.



Nome: _____

Atividade: Elaboração de uma receita saudável em casa. Para garantir a variedade de alimentos incluída na receita foi selecionado um alimento para cada criança.

Olá pais e encarregados de educação...

A nossa turma está a elaborar um livro "Receitas Mágicas para nos fazer CRESCER Fortes, Saudáveis e Felizes".

A sua elaboração será realizada a partir das receitas trazidas de casa pelos alunos da turma. Para garantirmos a variedade do nosso livro, cada um tirou á sorte um alimento, que deverá fazer parte da receita.

O meu alimento:

Cola aqui uma imagem ou desenho do teu alimento

O que acho do meu alimento:

Gosto muito
gosto

Não

Gosto mais ou menos

Nunca provei

Intuições e dicas para a minha receita:

Nome

Ingredientes

Preparação, passo a passo

Quem deu a receita, era a receita da/o

História da receita

Bom apetite!

APÊNDICE 17 -Sessão 2: Conhecer novos sabores: frutas, hortícolas e leguminosa

PLANO DE SESSÃO

Sessão 2 - Conhecer novos sabores: frutas, hortícolas e leguminosa

População Alvo: Crianças do 2º ano do 1º ciclo do ensino básico, turmas A, B e C

Local: Salas de aulas das turmas Data: novembro Hora: 9h15; 10h15 e 11h30;

Objetivo geral: Descobrir o papel dos 5 sentidos na alimentação

Objetivos específicos:

Estimular a degustação

Estimular a prova de novos alimentos

Identificar diferentes alimentos

Identificar a que grupo pertencem os alimentos apresentados

	Conteúdos programáticos	Métodos e técnicas	Recursos didáticos	Tempo	Formador (es)
Introdução	Apresentação dos conteúdos da sessão	Expositivo		5 Min	Mestranda
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Os 5 sentidos Conhecer diferentes frutas, legumes e leguminosas Porque são importantes na alimentação Os grupos da Rodas dos Alimentos Realização da atividade: "Gosto muito pouco ou nada" 	Expositivo Participativo	Frutas, Hortícolas e leguminosas Placard "Roda dos Alimentos" Ficha "Gosto muito pouco ou nada"	50 Min	Mestranda
Conclusão	Resumo dos principais conteúdos Entrega da ficha "Vamos descobrir novos sabores e novos poderes"	Expositivo	Ficha "Vamos descobrir novos sabores e novos poderes"	10 min	Mestranda
Avaliação	Participação de 80% das crianças nas atividades. Que 50% das crianças identifique corretamente a que pertence cada alimento; Que 80% das crianças preencha corretamente a ficha "vamos provar novos sabores" Que 30% das crianças realize a prova de novos alimentos na atividade realizada em casa "Vamos descobrir novos sabores e novos poderes";				

DESCRIÇÃO DETALHADA DA ATIVIDADE

Introdução:

Apresentação da atividade de degustação

Desenvolvimento:

A partir dos trabalhos da receita mágica entregues pelos alunos perguntar se conheceram algum alimento novo, se o provaram e se gostaram.

Exposição do placard a roda dos alimentos apenas com os grupos a serem abordados.

Apresentação de frutas, legumes, tubérculos e leguminosas a partir de um cabaz de alimentos em que cada criança tem oportunidade de tocar e cheirar cada alimento. São incentivadas a identificar o alimento e o grupo pertencente.

Os alunos são convidados a provar uma variedade de alimentos (n=5) (feijão, grão, ervilhas, manga, papaia, ananás, nabo, brócolos e feijão verde) devidamente confeccionados e descascados. É fornecido um alimento de cada vez à criança com os olhos fechados e incentivada a identificar o alimento.

A cada aluno é entregue uma folha para expressarem o que sentiram.

Perguntar o que acharam da atividade, se existiram alimentos novos que ainda não tinham provado, qual o que mais gostaram e o que não gostaram nada.

Explicação da atividade a realizar em casa “vamos descobrir novos sabores e novos poderes!”.

Conclusão:

A importância da variedade alimentar e de provar novos alimentos









Duração: 60min cada atividade – Total de 180min

- Turma B das 9h15 às 10h15.
- Turma C das 10h15 às 11h15.
- Turma A das 11h30 às 12h30

Recursos:

Placard: “A roda dos alimentos”;
65 folhas “Gosto muito pouco ou nada”;
65 folhas “Vamos descobrir novos sabores e novos poderes!”
Computador e impressora.
Cesto
Frutas, hortícolas e leguminosas
9 copos de plástico.
325 palitos
Lápis e canetas

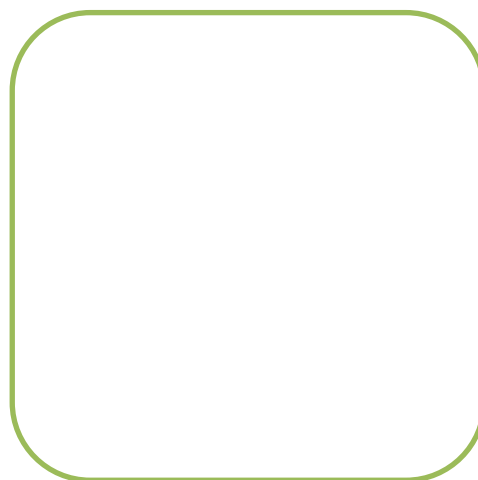
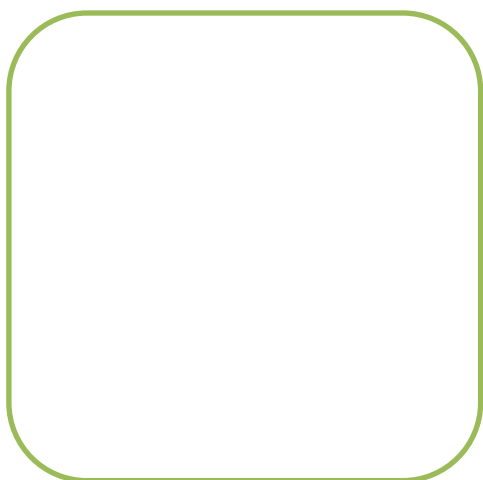
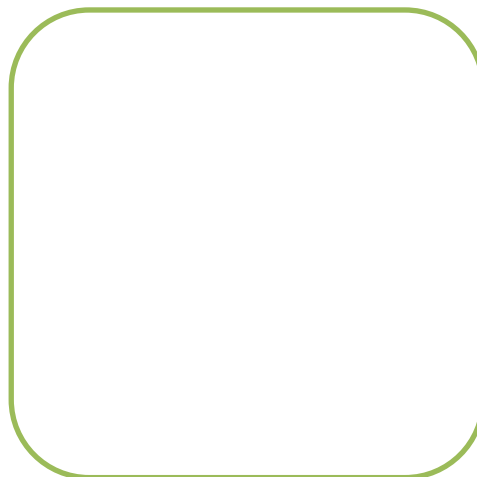
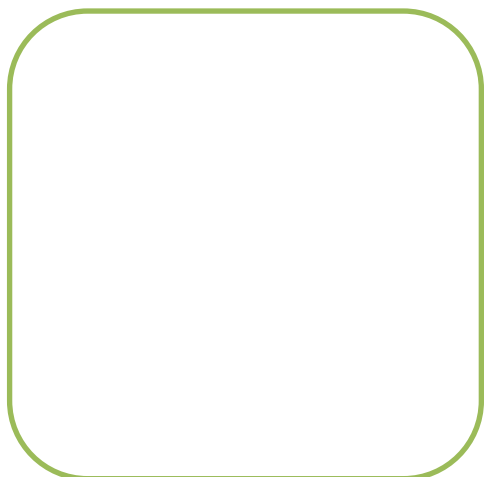
Gosto muito, pouco ou nada

	Olfato 	Visão 	Textura 	Paladar 	Audição 	Gosto muito  pouco  ou nada 
Alimento 1 _____						
Alimento 2 _____						
Alimento 3 _____						
Alimento 4 _____						
Alimento 5 _____						

Nome: _____

Vamos descobrir novos sabores e novos poderes!

Este é o teu desafio: até a próxima 3ª feira prova 4 alimentos novos. Tenta incluir pelo menos um do grupo das frutas, hortícolas e leguminosas. Desenha cada um deles. Força!



APÊNDICE 18 - Sessão 3: A lancheira dos heróis

PLANO DE SESSÃO

Sessão 1 – A Lancheira dos Heróis

População Alvo: Crianças do 2º ano do 1º ciclo do ensino básico, turmas A, B e C

Local: Salas de aulas das turmas

Data: novembro Hora: 9h15; 10h15;11h30

Objetivo geral: Promover escolhas alimentares saudáveis para os lanches escolares

Objetivos específicos:

Identificar alimentos saudáveis e menos saudáveis;

Identificar alimentos que não pertencem á roda dos alimentos;

Identificar alimentos que devem fazer parte do lanche.

	Conteúdos programáticos	Métodos e técnicas	Recursos didáticos	Tempo	Formador (es)
Introdução	Apresentação dos conteúdos	Expositivo		5 Min	Mestranda
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Alimentos que não pertencem a roda dos alimentos A importância de um lanche saudável Desenvolvimento da atividade “A lancheira dos Super-heróis – STOP aos alimentos processados: Riscos em gordura, açúcar e sal” 	Expositivo Participativo	Placard “Roda dos Alimentos” Ficha “A lancheira dos Super-heróis – STOP aos alimentos processados: Riscos em gordura, açúcar e sal”	50 Min	Mestranda
Conclusão	Resumo dos principais conteúdos; Entrega da Ficha “A Lancheira do Herói ...”	Expositivo	Ficha “A Lancheira do Herói ...”	10 Min	Mestranda
Avaliação	Que 80% das crianças participe na atividade; Que 80% das crianças identifique os alimentos corretamente que devem fazer parte da lancheira; Entrega por 30% das crianças da ficha “A Lancheira do Herói ...” realizada em casa				

Introdução:

Apresentação do tema

Desenvolvimento:

A partir da atividade “vamos descobrir novos sabores e novos poderes!” perguntar como correu a prova de novos alimentos e se algum passou a fazer parte da alimentação ou da lancheira.

Pedir às crianças que pensem no que trazem para o lanche naquele dia e que identifiquem quais os alimentos que não fazem parte da roda dos alimentos. Explicar por que se devem evitar alguns desses alimentos.

Recorrer ao placard “A Roda dos Alimentos”

Abordar a importância de lanches saudáveis e variados e com a ajuda das crianças identificar alimentos que devem fazer parte da lancheira.

Apresentar a atividade “A lancheira dos super-heróis - STOP aos alimentos Processados: Ricos em gordura, açúcar e sal”

Conclusão:

Reforçar a importância de um lanche saudável e alimentos a evitar

Explicar a atividade a desenvolver em casa “A lancheira dos Herói”

Duração: 60min cada atividade – Total de 180min

- Turma B das 9h15 às 10h15.
- Turma C das 10h15 às 11h15.
- Turma A das 11h30 às 12h30

Recursos:

3 cartolinas brancas

Recortes de alimentos

65 folhas “A lancheira do herói”

Impressora e computador

Lápis e canetas

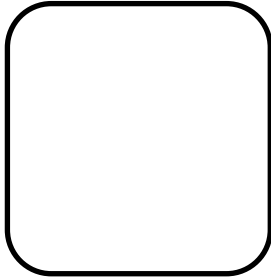
Cola e tesoura

A Atividade A lancheira dos super-heróis - STOP aos alimentos Processados: Ricos em gordura, açúcar e sal”

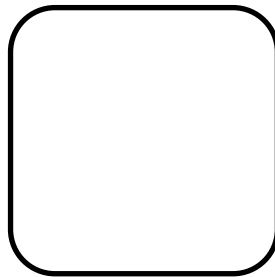
Os alunos em grupos de 3 são convidados a preenchem uma cartolina que se encontra dividida em duas partes (Alimentos saudáveis e alimentos não saudáveis) com recorte de alimentos que devem fazer parte do lanche saudável e os alimentos que devem ser evitados.

A Lancheira do Herói: _____

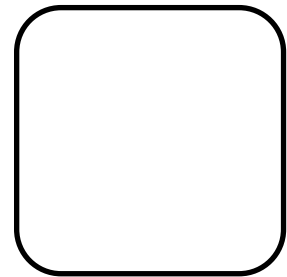
Em conjunto com a tua família descobre os alimentos escondidos, desenha-os ou cola-os e dá-lhe um nome. Não te esqueças de os trazer sempre na lancheira. No centro coloca a tua lancheira, a tua fotografia, ou o teu desenho de herói.



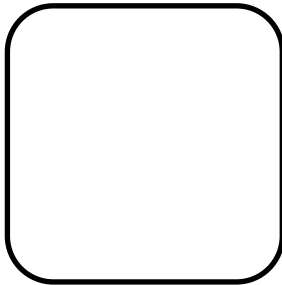
Integral ou de mistura,
não digas que não,
faço bem ao coração



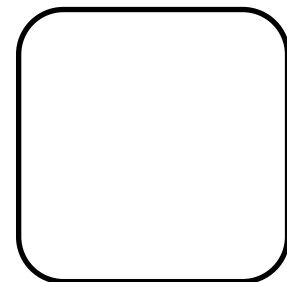
Branco sou, mas ovo não sou.
Sou para beber e ajudo os ossos
a crescer e os dentes a ficarem fortes a valer



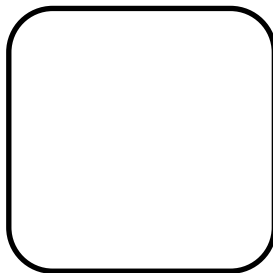
Somos ricas em fibras,
vitaminas e minerais.
5 por dia não sabes o bem que fazia



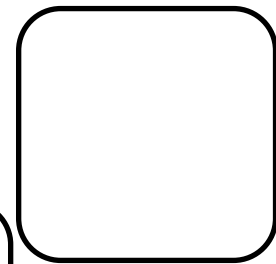
De leite sou, mas para beber não sou.
Sou quadrado, redondo,
fino ou ralado. O que importa é que saboroso sou.



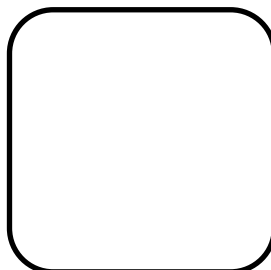
Sou rica em vitaminas,
Protejo-te das doenças,
também me podes encontrar na cantina



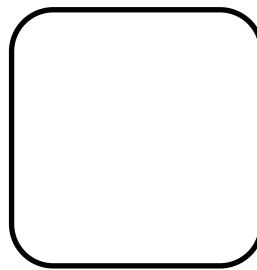
Cheias de poderes mágicos.
Vencemos nas cores e nos sabores.



Gosto de estar bem acompanhado.
Sou rico em energia e do teu agrado.



De Aroma ou Natural
Líquido ou sólido
Sou fenomenal



Para o teu corpo hidratar,
não te esqueças de me levar.

APÊNDICE 19 - Sessão 4: Os hidratos de carbono: um prato cheio de energia

PLANO DE SESSÃO

Sessão 4 – Hidratos de carbono: um prato cheio de energia

População Alvo: Crianças do 2º ano do 1º ciclo do ensino básico, turmas A, B e C

Local: Refeitório

Data: dezembro

Hora: 9h15

Objetivo geral: Conhecer a importância dos cereais, derivados e tubérculos na alimentação saudável

Objetivos específicos:

Compreender o papel dos hidratos de carbono no corpo humano;

Identificar alimentos pertencentes aos diferentes grupos da roda dos alimentos.

Informar que é possível confeccionar bolos saudáveis

	Conteúdos programáticos	Métodos e técnicas	Recursos didáticos	Tempo	Formador(es)
Introdução	Apresentação dos conteúdos	Expositivo		5 Min	Mestranda
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar os ingredientes da receita; • Os grupos da roda dos alimentos; • Realização da atividade “Confeção de Broas de Batata” • Preenchimento do cartão com a receita 	Expositivo Participativo Experimental	Ingredientes da receita. Cartão de identificação	105 Min	Mestranda
Conclusão	Resumo dos principais conteúdos; Entrega dos saquinhos com as broas	Expositivo		10 min	Mestranda
Avaliação	Participação de 80% das crianças na atividade; Que 80% das crianças identifique o grupo da roda dos alimentos a que pertencem os ingredientes utilizados				

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Introdução:

Explicação da atividade

Desenvolvimento:

A partir da atividade “A Lancheira do Herói” pedir às crianças para identificarem quais os alimentos pertencentes ao grupo dos cereais.

Apresentar os ingredientes para confecção das broas e pedir às crianças que identifiquem o grupo da roda dos alimentos a que pertencem.

Pedir aos alunos que relacionem a quantidade de cada ingrediente com as porções recomendadas pela Roda dos alimentos.

Incentivar as crianças a manipularem e cheirarem os diferentes ingredientes.

Confeção e embalamento das broas

Identificação e decoração do cartão da embalagem das broas pelas crianças.

Conclusão:

Resumo dos conteúdos.

Relembrar que é possível confeccionar bolos saudáveis

Duração: 120 min

- Turma A, B e C das 9h15 às 12h15.

Recursos:

- 64 Cartões de identificação colocar no saquinho das bolachas (Anexo 1);
- 64 Fitas de 20 cm;
- 64 laços
- 64 sacos de plástico para bolos
- 3 Kg de batata
- 700g de açúcar amarelo
- 3Kg de farinha
- 4+6 ovos
- 1 colher de sopa de fermento
- 1 colher de sopa de canela
- 1 colher de sopa de erva doce
- 100gr de margarina
- 500g de nozes
- 6 tabuleiros
- 3 pinceis
- 3 taças pequenas e 3 grandes
- Forno

Que 80% das crianças participe na atividade

Confeção das broas:

Divisão dos alunos por turma

A receita é explicada por turma e a sua confecção é realizada com apoio da professora titular de turma.

Durante a adição de cada ingrediente são abordadas algumas das suas características.

Cada aluno amassa 4 broas que após irem ao forno são colocadas em saquinhos que serão identificados com o cartão realizado pela criança.

APÊNDICE 20 - Sessão 5: O SRº Dentolas

PLANO DE SESSÃO

Sessão 5 – O Srº Dentolas

População Alvo: Crianças do 2º ano do 1º ciclo do ensino básico, turmas A, B e C

Local: Salas de aulas das turmas

Data: janeiro

Hora: 9h15; 10h30;

Objetivo geral: Capacitar as crianças para a adoção de cuidados com os dentes relacionados com a alimentação e com a higiene oral;

Objetivos específicos:

Compreender o papel da alimentação na saúde oral;

Conhecer os cuidados a ter com os dentes;

Identificar os alimentos prejudiciais para os dentes;

Identificar os princípios da higiene oral

	Conteúdos programáticos	Métodos e técnicas	Recursos didáticos	Tempo	Formador (es)
Introdução	Apresentação do tema e da Higiênista Oral	Expositivo		5 Min	Mestranda
Desenvolvi-	Introdução ao tema Filme	Expositivo	Computador e videoprojector Filme: Drº. Dentolas e a lenda do reino dos dentes ¹³	60 Min	Higienista oral
Conclusão	Resumo dos principais conteúdos	Expositivo		15 min	Mestranda Higienista oral
Avaliação	Da responsabilidade da Higienista Oral				
	Após o término da sessão será realizado o rastreio da Saúde Oral das crianças individualmente em sala própria de acordo com a Norma da Direção Geral da Saúde nº009/20013				

¹³ File: “ Dr. Dentolas e a lenda do reino dos dentes” Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=rdjb-UnT_g0

APÊNDICE 21 - Avaliação das Atividades

Atividade	Avaliação
Solicitação das autorizações necessárias	Todas as autorizações foram concedidas
Solicitação de parecer à comissão de Ética e para a Saúde da ARSLVT	Concedido parecer favorável
Reunião com a professora coordenadora	Atingido: Realizada 1 reunião
Reuniões com a professora coordenadora e professoras titulares de turma	Atingido: Realizada 1 reunião
Aplicação dos questionários	Atingido: devolvidos 70,1% dos questionários devidamente preenchidos
Recolha de dados antropométricos e de TA.	Atingido: avaliadas 95,8% das crianças com autorização
Reunião com a professora coordenadora e professoras titulares de turma	Atingido: realizada 1 reunião
Elaboração de pasta arquivador de turma	Atingido: elaboradas 3 pastas
	Avaliação
Realização de sessões de educação para a saúde, no âmbito da alimentação saudável	Atingido: realizadas 100% das sessões previstas
Observação dos lanches escolares	Atingido: no diagnóstico foram observados 88,9% dos lanches. Na avaliação foram observados 92,3% dos lanches
Reunião com a Higienista oral	Atingido: realizada 1 reunião
Realização de sessões de educação para a saúde, no âmbito da alimentação saudável	Atingido: Taxa de participação das crianças entre 100 e 96,9%
Exposição dos trabalhos realizados pelas crianças	Atingido: Exposto 1 trabalho por sessão
Elaboração de um folheto sobre lanches saudáveis	Atingido: elaborado 1 folheto e entregue a todos os alunos
Elaboração de um livro de receitas saudáveis do 2º ano	Atingido
Elaboração de um artigo científico	Atingido

AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Sessão 1 - A alimentação saudável e a roda dos alimentos

Meta	Avaliação
Participação de 80% das crianças na atividade	Participaram 92,2% crianças
Roda dos alimentos adequadamente preenchida em 60% dos trabalhos	98,3% das rodas dos alimentos estavam bem preenchidas
Que 60% das crianças identifique 3 princípios da alimentação saudável	84,6% das crianças identificaram 3 princípios da alimentação saudável

Sessão 2 - Conhecer novos sabores: Frutas, hortícolas e leguminosas

Meta	Avaliação
Participação de 80% das crianças nas atividades.	Participaram 90,1% crianças na atividade
Que 50% das crianças identifique corretamente a que pertence cada alimento;	94,8% identificaram corretamente a que grupo pertenciam os alimentos
Que 80% das crianças preencha corretamente a ficha "Gosto muito pouco ou nada"	94,8% das crianças preencheu corretamente a ficha
Que 80% das crianças prove pelo menos 3 alimentos	98,3% das crianças provou pelo menos 3 alimentos novos

Sessão 3 - A lancheira dos heróis

Meta	Avaliação
Participação de 80% das crianças na atividade	Participaram 92,2% crianças
Que 80% das crianças identifique os alimentos corretamente que devem fazer parte da lancheira	98% das crianças identificaram corretamente os alimentos

Sessão 4 - Os hidratos de carbono: um prato cheio de energia

Meta	Avaliação
Que 80% das crianças participe na atividade	90,1% das crianças participaram na atividade
Que 80% das crianças identifique o grupo da roda dos alimentos a que pertencem os ingredientes utilizados.	86,2% das crianças identificaram corretamente o grupo a que pertenciam os ingredientes.

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES A SEREM REALIZADAS EM CASA COM OS PAIS/FAMILIA

Atividade	Meta	Avaliação
Receita mágica	Que 30% das crianças realize a atividade	56% das crianças elaborou uma receita saudável
Vamos descobrir novos sabores e novos poderes	Que 30% das crianças realize a atividade	44,6% das crianças realizaram a atividade e provaram 4 alimentos.
A lancheira do Herói	Que 30% das crianças realize a atividade	35,4 das crianças realizou a atividade

APÊNDICE 22 – Placard "O que precisamos para crescer..."



APÊNDICE 23 - Placard - " A Roda dos Alimentos"



APÊNDICE 24 - Formação "Teste de mantoux"



Certificado

Primeiras Jornadas de Formação do ACeSA

Certifica-se que Susana Isabel Silva O. Fernandes
participou nas *Primeiras Jornadas de Formação do
Agrupamento dos Centros de Saúde da Arrábida*, realizadas no
dia 21 de setembro de 2018, no Instituto Politécnico de Setúbal,
com a duração de quatro horas.

O Núcleo de Formação do ACeSA,


Ministério de Saúde
ARS|LVT, IP
Núcleo de Formação
ACES da Arrábida



Programa

Primeiras Jornadas de Formação do ACeSA

Instituto Politécnico de Setúbal
21 de setembro de 2018

9h00 | **Abertura do secretariado**

9h30-9h55 | **Sessão de abertura**

10h00-10h40 | **Prova de Mantoux**

Moderação: Sónia Silva (NFACeSA)

Vitor Santos (CDP de Setúbal) - Enquadramento

Ana Paula Jesus (CDP de Setúbal) - Aspectos práticos

10h45-11h10 | **Café**

11h15-12h25 | **Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)**

Moderação: Sónia Dias (NFACeSA)

Lucília Nunes (CNECV, IPS) - Enquadramento

Miguel Marques (Gabinete do Cidadão do ACeSA) - Aspectos práticos

12h30-13h00 | **Encerramento**

Gianfranco Ricchini (NFACeSA)

Sónia Dias (NFACeSA)