



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

CURSO DE PÓS LICENCIATURA E MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

HÁBITOS ALIMENTARES DE CRIANÇAS DE 3 ANOS

DO AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE SANTIAGO DO CACÉM

Custódia Maria Sobral da Silva Mancinhos Malveiro Matias

LISBOA
2013



CURSO DE PÓS LICENCIATURA E MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

HÁBITOS ALIMENTARES DE CRIANÇAS DE 3 ANOS
DO AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE SANTIAGO DO CACÉM

Custódia Maria Sobral da Silva Mancinhos Malveiro Matias

Dissertação relatório de estágio

Orientadora:

Professora Doutora Maria Manuel Quintela

LISBOA

2013



RESUMO

A evolução das ciências, a realidade contemporânea, trouxeram desafios aos profissionais de saúde.

Adequar comportamentos aos ambientes mutáveis da sociedade de consumo tornou-se uma exigência humana diária. Uma alimentação equilibrada como necessidade humana básica previne doenças, como a obesidade. Políticas de saúde direcionadas nesse sentido, no plano nacional de saúde, no programa de saúde escolar, legislação e diretrizes alimentares para crianças escolarizadas.

A enfermagem comunitária desempenha um papel essencial na área da saúde a nível primordial e na prevenção primária, desenvolvendo projetos de promoção da saúde, consciencializando os indivíduos sobre riscos para a saúde aliados aos hábitos alimentares, promovendo a sua capacitação na tomada de decisão de alimentação saudável.

Este relatório apresenta o trabalho desenvolvido em contexto comunitário sobre este tema, no Agrupamento de Escolas de Santiago do Cacém, com 26 crianças e respetivas famílias. O objetivo foi promover hábitos alimentares saudáveis em dois terços das crianças nascidas em 2008. Foi adotada a metodologia de planeamento em saúde de Imperatori e Giraldes (1986) e Tavares (1990), utilizando como referencial teórico de enfermagem o modelo de promoção da saúde de Nola Pender (2011). Efetuou-se um diagnóstico da situação, utilizando como instrumentos o questionário de hábitos /frequência alimentar do projeto ESPIGA e a entrevista semiestruturada.

A análise dos dados revelou que a frequência alimentar dessas crianças é diferente das recomendações propostas na roda dos alimentos. Assim, sendo os hábitos alimentares passíveis de modificação ao longo do ciclo da vida, as intervenções de enfermagem desenvolvidas através deste projeto de promoção da saúde, tiveram como finalidade contribuir para a promoção de alimentação saudável e equilibrada motivada por um comportamento promotor de saúde.

O percurso realizado revelou que o processo de planeamento em saúde e a utilização do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender favorece o desenvolvimento das competências do especialista em enfermagem comunitária.

Palavras-chave: Hábitos Alimentares; Promoção da Saúde; Enfermagem Comunitária; Idade Pré-escolar.

ABSTRACT

The evolution of science, a contemporary reality, brought new challenges to health professionals.

Adapting behaviour to changing environments of a consumer society has become a daily human requirement. A balanced diet, as a basic human need, prevents diseases such as obesity. Health policies are directed accordingly through the national health plan, the school health program, legislation and dietary guidelines for children in school.

Community nursing plays a vital role in healthcare and in primary prevention, developing projects to promote health, making individuals aware of health risks associated to dietary habits, promoting their empowerment in decision-making.

This report presents the work done in a community context on this topic, in Agrupamento de Escolas de Santiago do Cacém, with 26 children and their families. The goal was to promote healthy eating habits in two thirds of children born in 2008.

We adopted the methodology of health planning Imperatori and Giraldes (1986) and Tavares (1990), using as a theoretical basis Nola Pender's (2011) nursing model of health promotion.

We conducted a diagnosis of the situation, using the questionnaire about habits / food frequency of project ESPIGA and the semi structured interview.

The data showed food frequency from those children is different from the recommendations of the food wheel.

Eating habits can change throughout the life cycle, and the nursing interventions developed through the health promotion project, are intended to contribute to the promotion of healthy, balanced eating motivated by health promotive behaviour.

The journey undertaken revealed that the process of health planning and the use of Nola Pender's Health Promotion Model favour the development of the specialist of community nursing skills.

Keywords: Eating Habits; Health Promotion; Community Nursing; Preschool

LISTA DE ABREVIATURA E/OU SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACESAL - Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral

AESC - Agrupamento de Escolas de Santiago do Cacém

ARSA, IP - Administração Regional de Saúde do Alentejo, Instituto Público

BSIJ - Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

DGS - Direção Geral de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Dr.^a - Doutora

DREA - Direção Regional de Educação do Alentejo

COSI - *Childhood Obesity Surveillance Initiative*

EA – Estados Unidos

ESPIGA - Estudo de Saúde da População Infantil da região Alentejo

HACCP - *Hazard Analysis and Critical Control Points*

IMC - Índice de Massa Corporal

Kg - Quilograma

m - metro

MS - Ministério da Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - A Organização Mundial de Saúde

P - Percentil

PNAAS - Plano Nacional para a Ação Ambiente e Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PS - Planeamento em Saúde

SC – Santiago do Cacém

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade de Santiago do Cacém

USP - Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	9
2. HÁBITOS ALIMENTARES E SAÚDE: ALGUMAS PERSPETIVAS TEÓRICAS	15
2.1. Alimentação e Nutrição	15
2.2. Desenvolvimento e Padrões de Alimentação na Infância	18
2.3. Promoção da Saúde e Alimentação	21
3. METODOLOGIA: PLANEAMENTO EM SAÚDE	25
4. OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	27
4.1. Diagnóstico de Situação	27
4.1.1. Resultados Obtidos e Problemas Identificados	29
4.1.1.1. Apresentação dos Resultados	30
4.1.1.2. Problemas Identificados	33
4.2. Determinação de Prioridades	34
4.3. Fixação de Objetivos	35
4.4. Estabelecer Estratégias	35
4.5. Preparação Operacional	39
4.6. Avaliação	43
5. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS: UMA REFLEXÃO	47
6. CONCLUSÃO	50
BIBLIOGRAFIA	52
ANEXOS	56
APÊNDICES	

ÍNDICE DE QUADROS

- Quadro nº 3 • Frequência alimentar das crianças

ÍNDICE DE ANEXOS

- Anexo I • Resposta ao pedido de autorização para aplicação do Questionário no Agrupamento de Escolas Santiago do Cacém.
- Anexo II • Carta de localização geográfica das escolas do Agrupamento de Escolas Santiago do Cacém.
- Anexo III Instrumento de colheita de dados – Questionário
- Anexo IV • Autorização de utilização do questionário, concedida pela coordenadora do Núcleo Dra. Cristina Miranda
- Anexo V • Protocolo – Administração Regional de Saúde do Alentejo/Direção Regional de Educação do Alentejo
- Anexo VI • Estratos do Projeto – ESPIGA
- Anexo VII • Modelo de registo de atividades orientações técnicas
- Anexo VIII • Documento de informação sobre a realização do rastreio
- Anexo IX • Documento de informação sobre o rastreio encaminhamento
- Anexo X • Ementa para o *workshop* e seu valor calórico
- Anexo XI • Folheto “A Nova Roda dos Alimentos
- Anexo XII • Folheto “Recomendações para uma alimentação diária mais saudável”
- Anexo XIII • Lista de porções de vários nutrientes sugeridos por Carmo (2007) para as crianças de três anos de idade

ÍNDICE DE ANEXOS

- Apêndice I • Pedido de autorização para aplicação do Questionário aos pré-escolares do Agrupamento de Escolas Santiago do Cacém.
- Apêndice II • Cronograma

- Apêndice III • Resultados obtidos - antecedentes pessoais das crianças
- Apêndice IV • Resultados obtidos - antecedentes familiares das crianças
- Apêndice V • Guia de entrevistas semiestruturadas
- Apêndice VI • Análise de conteúdo das entrevistas
- Apêndice VII • Resultados obtidos - frequência alimentar das crianças
- Apêndice VIII • Resultados obtidos - características gerais da família
- Apêndice IX • Apresentação dos dados de avaliação do IMC e Percentil
- Apêndice X • Grelha de análise para determinação de prioridades
- Apêndice XI • Inter-relação atividades/objetivos
- Apêndice XII • Planificação global das atividades por escola/destinatários
- Apêndice XIII • Planificação das atividades na sala de Jardim-de-infância: A
- Apêndice XIV • Planificação das atividades na sala de Jardim-de-infância: B
- Apêndice XV • Planificação das atividades na sala de Jardim-de-infância: C
- Apêndice XVI • Planificação das atividades na sala de Jardim-de-infância: D
- Apêndice XVII • Planificação das atividades na sala de Jardim-de-infância: E
- Apêndice XVIII • Planificação das atividades na sala de Jardim-de-infância: F
- Apêndice XIX • Imagens da atividade 1 – “Mostra de Produtos”
- Apêndice XX • História interativa – “Sopa de inverno”
- Apêndice XXI • Imagens da atividade 2 – História interativa – “Sopa de inverno”
- Apêndice XXII • Imagens da atividade 3 – “A arte com frutos e hortícolas”
- Apêndice XXIII • Imagens da atividade 4 – “Degustação”
- Apêndice XXIV • Folheto da atividade 5 – “Estratégias para alimentar crianças de dois e três anos”, segundo ‘*O Método Brazelton*’
- Apêndice XXV • Convite para a atividade 7
- Apêndice XXVI • Sessão de educação da saúde para pais -Diapositivos
- Apêndice XXVII • Imagens da atividade 7 – “Oficina de cozinha - (...)”
- Apêndice XXVIII • Nova Roda dos Alimento
- Apêndice XXIX • Poster – Hábitos alimentares de crianças de 3 anos

1. INTRODUÇÃO

O conhecimento aprofundado da comunidade, dos seus problemas e dos determinantes de saúde que os possam influenciar, podem melhorar os cuidados que os enfermeiros e a enfermagem prestam aos cidadãos, individualmente ou em grupo. Desta forma, promove-se a qualidade dos cuidados e o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina.

Uma intervenção assertiva na promoção da saúde de uma comunidade, a escolar neste caso, implica uma avaliação, que permite identificar precocemente problemas de saúde. Assim, podem receber rápida e adequada intervenção, minimizando prejuízos diretos na saúde individual, familiar e comunitária, reduzindo não só as repercussões de custos em saúde para a comunidade, como fortalecendo a respetiva qualidade de vida, para obtenção de ganhos em saúde.

O espaço escolar é um ambiente ideal para a educação de comportamentos saudáveis sob o ponto de vista alimentar, contribuindo para a formação de hábitos alimentares saudáveis em idades precoces. É por isso de extrema importância, para a promoção de práticas alimentares saudáveis, a articulação entre os setores da saúde e da educação.

Uma das responsabilidades atribuída aos enfermeiros é a intervenção comunitária, através da implementação de estratégias adequadas, para a resolução de problemas de saúde pública, como é o exemplo da obesidade infantil, dado as repercussões tardias na saúde de cada criança, que se reflete na saúde da família, grupos e comunidade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1974) define comunidade como um grupo social determinado tanto pela área geográfica e valores comuns, com membros que se conhecem e interagem dentro de uma estrutura social, que criam normas, valores e instituições sociais. Foca ainda as dimensões espaciais, pessoal e funcional de uma comunidade.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011, p.8648) define o Enfermeiro Especialista como:

“o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”, (OE Regulamento n.º 122/2011 de 18-02-2011).

No âmbito da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a Ordem dos Enfermeiros refere que o Enfermeiro desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade, e:

“assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde”, (OE Regulamento n.º 128/2011, de 18-02-2011. p. 8667)

Na medida em que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária têm como uma das suas atribuições intervir na comunidade e adotar estratégias de promoção de saúde, capacitando as pessoas, os grupos e a comunidade para a prática de uma alimentação saudável – importa, então conhecer os seus hábitos e recursos.

Assim, com o objetivo de obter o título de Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, foi dada continuidade ao projeto de intervenção comunitária elaborado no âmbito da Unidade Curricular – Opção II, com a realização do estágio, que é objeto deste relatório. O relatório de estágio foi realizado no âmbito da Unidade Curricular “Estágio de Enfermagem Comunitária” do 2.º Curso de Mestrado de Enfermagem na Área de Especialidade em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, recorrendo à metodologia do Planeamento em Saúde (PS).

O PS procura modificar o comportamento das populações a nível dos hábitos de saúde ou no uso dos serviços, segundo Imperatori e Giraldes (1986) e acrescentam:

“a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos”, (1986, p.6).

Este projeto e o estágio tiveram como foco de intervenção a avaliação do estado de saúde nutricional da comunidade pré-escolar¹ do Agrupamento de Escolas de Santiago do Cacém (AESC)² no ano letivo 2011/2012, através da identificação dos hábitos / frequência alimentares, das crianças nascidas em 2008. Com o seu conjunto de atividades, aplicado entre outubro de 2011 e fevereiro de 2012, considera-se que foi um contributo importante para a execução do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)³.

¹ A Lei n.º 85/2009 de 27 de Agosto (p.5635, 5636) “consagra a universalidade da educação pré-escolar para todas as crianças a partir do ano em que atinjam os 5 anos de idade”. Mas em escolas com menor número de crianças com esta idade são aceites com idade a partir dos 3 anos de idade. ‘Pré-escolar’ é um nível de educação na escolaridade obrigatória do sistema educativo português. Assim idade pré-escolar corresponde à idade da criança que o frequenta.

² Apêndice I – Pedido de autorização para aplicação do Questionário aos pré-escolares do AESC.

³ Despacho n.º 12 045/2006 de 07-06-2006, o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) que se mantém em vigor, insere-se no Plano Nacional de Saúde 2004/2010 (PNS), e é referenciado na ‘versão discussão’ das estratégias para a saúde do PNS 2011/2016.

A finalidade foi a de contribuir para a promoção da alimentação saudável e equilibrada, motivada por um comportamento promotor e protetor da saúde, das crianças do pré-escolar do AESC, no âmbito da Saúde Escolar. Com isso, poderão ser alcançados o bem-estar e o sucesso educativo. Ao aprofundar este tema, pretendia-se também desenvolver competências ao nível da avaliação do estado de saúde neste grupo, para obter resultados nesta área específica de intervenção de enfermagem.

A opção por esta temática surgiu do cruzamento entre a sugestão da Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral (ACESAL), da importância por mim atribuída, enquanto futura enfermeira especialista, ao conhecimento das necessidades de saúde da comunidade escolar, e ao papel que ações de promoção da saúde e prevenção da doença junto da comunidade escolar podem desempenhar.

O Ministério da Saúde (MS) no Despacho n.º 1916/2004 (28 de janeiro) considera que os estilos de vida são um conjunto de hábitos e comportamentos em reação às conjunturas do dia-a-dia, apreendidos através do sistema de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida e em diferentes ocasiões sociais. Entre os principais fatores determinantes a considerar no PNSE, relativamente às áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis, é de destacar a alimentação saudável. De acordo com o Despacho referido é necessário uma

“abordagem que tenha como objetivo a promoção de estilos de vida saudáveis, importa então ter presente que, para além da capacitação dos cidadãos em matéria de saúde, há que criar condições ambientais, económicas, sociais e culturais que facilitem a adoção de comportamentos saudáveis”, (2004, p.1492)

nomeadamente, no que se refere à prevenção primordial e à prevenção primária.

De acordo com Meireles (2008) o PNSE inscreve-se no âmbito da prevenção primordial que tem por objetivos:

“evitar a emergência e o estabelecimento de estilos de vida que aumentem o risco de doença (...) promove-se a saúde e o bem-estar e diminui-se a probabilidade de ocorrência de doença no futuro, (...) procura-se elaborar e aplicar políticas e programas de promoção de determinantes positivos de saúde”, (p.1).

Pretendendo-se estimular a opção por comportamentos saudáveis, entre os quais os relacionados com a alimentação adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, é possível prevenir práticas alimentares desequilibradas.

Por sua vez, a prevenção primária como refere Meireles (2008) visa:

“evitar ou remover fatores de risco ou causais antes que se desenvolva o mecanismo

patológico que levará à doença (...) espera-se a diminuição da incidência da doença pelo controlo de fatores de risco ou causas associadas, bem como a diminuição do risco médio de doença na população”, (p. 1).

Um exemplo de uma dessas doenças é a obesidade infantil, mais comum nos países ocidentais, e que é considerada a nova síndrome mundial pela Organização Mundial de Saúde (OMS), (Organização Mundial de Saúde, 2000).

O PNSE (MS, 2004, p.3) faz referência a que:

“a escola deve, também educar para valores, promover a saúde, a formação e a participação cívica dos alunos, no processo de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida e promovam a autonomia”.

O PNSE (MS, 2004) e a Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade (OMS, 2006) ajudam a justificar a pertinência deste projeto, no qual os Enfermeiros de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública têm um papel que se considera fulcral neste processo junto das crianças, pais e encarregados de educação e restante comunidade escolar. Este documento (OMS, 2006, p.1) faz referência à obesidade como um problema global de saúde pública e que a sua prevalência aumentou para o triplo na Região Europeia da OMS, nos últimos vinte anos. De tal modo que tenha sido declarado como “compromisso, intensificar a ação dirigida à neutralização da obesidade” (...) e colocado como prioridade na agenda dos governos europeus⁴. Refere esta carta que há necessidade de transformações sociais, económicas, culturais e físicas do meio ambiente, uma vez que “a predisposição genética é insuficiente para explicar a epidemia da obesidade”. Pois alguns fatores considerados determinantes da saúde, como é o caso de fatores associados a estilos de vida, (o sedentarismo e a alimentação desequilibrada em grande parte da população), leva a que se considere a obesidade uma epidemia. Porque além dos países desenvolvidos, a obesidade também se verifica nos países em desenvolvimento e naqueles cuja economia se encontra em fase de transição, sobretudo num contexto de globalização (OMS, 2006). Já em 1997, a OMS referia que a prevalência de obesidade seria de 4,8% nos países em desenvolvimento, 17,1% em economias de transição e 20,4% nos países com economias desenvolvidas. Em 2007, a OMS menciona que mais de 60% das crianças com excesso de peso antes da puberdade terão excesso de peso numa fase mais inicial da idade adulta.

Refere Carmo (2006, p.1) que os principais fatores subjacentes a este fenómeno resultam, em grande parte, da redução da atividade física, da alteração dos hábitos

⁴ A liderança desta causa é assumida pelo Gabinete Regional para a Europa da OMS.

alimentares, e, como consequência, das mudanças no ambiente, nomeadamente, a urbanização, a industrialização, o desenvolvimento económico e o aumento da globalização do mercado de comida e fundamenta que “estão em causa as disponibilidades alimentares nas escolas e a situação da atividade física”, (2006, p.1).

O sistema de vigilância da obesidade infantil designado por ‘COSI – Portugal 2008’⁵ revela que no plano nacional o excesso de peso ($IMC \geq P85$) é de 34% (n=1916) nos rapazes e de 30,3% (n=1896) nas raparigas que frequentavam o 1.º ciclo do Ensino Básico (2007/2008) de 181 escolas, com uma média de idades de 7,03 anos.

Para corrigir esta tendência, é essencial a intervenção precoce nas crianças de idade pré-escolar, podendo-se intervir na promoção da saúde através de uma alimentação saudável e de outras atitudes que visam estilos de vida saudável, para reduzir o risco de obesidade. Nestas idades, consegue-se gerar dois pólos de influência na promoção da saúde: de filhos para pais e de pais para filhos. Logo, na comunidade em geral, é primordial a promoção de uma alimentação saudável a par de exercício físico adequado à idade, entre outras medidas.

Na contribuição dos Cuidados Saúde Primários para o PNS 2011-2016, quanto à melhoria dos comportamentos alimentares, pode ler-se que os cuidados de saúde primários são o meio propício para estimular alterações comportamentais e para prover conselhos sobre nutrição aos responsáveis pela alimentação de crianças e jovens (MS, 2010). Este documento refere ainda a importância das equipas de cuidados de saúde primários atuarem nas consultas de saúde infantil com os pais e famílias, relativamente à educação de hábitos alimentares, funções atribuídas aos enfermeiros e um dos contributos a dar para este Plano. A proposta refere que é importante as equipas de saúde escolar e de saúde pública nos diversos níveis de ensino (MS, 2010), promoverem ações educativas e a identificação precoce de desvios do IMC⁶.

O estado nutricional, como referem Mahan e Escott-Stump (1998, p.373), “expressa o grau no qual as necessidades fisiológicas estão sendo alcançadas”. Referem ainda que a nutrição é um “fator importante na etiologia e tratamento de muitas causas principais de morte e incapacidade na sociedade contemporânea”. Entre as doenças crónicas não

⁵ O COSI inserido no *WHO – European Childhood Obesity Surveillance Initiative*, é coordenado a nível europeu por Portugal. Neste estudo, para a classificação do estado nutricional, foi utilizado o índice de massa corporal (IMC) em relação aos percentis 85 e 95 das tabelas que se encontram no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ). A nível regional no Alentejo segundo o relatório COSI 2008, a prevalência do excesso de peso, foi de 27,5%.

⁶ Refira-se que em estudos epidemiológicos o IMC é um bom indicador para a caracterização do estado nutricional da população (...) pode ser considerado uma boa ferramenta de diagnóstico precoce das situações de malnutrição e em particular de excesso de peso e obesidade, (Ministério da Saúde, 2011, 38).

transmissíveis encontra-se a obesidade, identificando-se os erros alimentares, entre outros, como os principais fatores implicados na origem daquelas doenças, sendo a obesidade potenciadora de algumas delas.

Assim, o Especialista em Enfermagem Comunitária deve contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades em matéria de saúde, intervindo e cooperando na vigilância epidemiológica. Neste caso, direcionando-se para os fatores que determinam aquelas doenças, tendo como objetivo a promoção de estilos de vida saudável. Relativamente à alimentação, as atividades a estabelecer com as crianças devem relacionar o seu mundo real com os alimentos, sendo estas as mais prováveis de produzir resultados positivos (Mahan e Escott-Stump, 1998).

Este relatório⁷ foi organizado em cinco capítulos. O primeiro, referenciado como introdução. No segundo, são abordadas algumas perspetivas teóricas relativas a hábitos alimentares, alimentação e nutrição, aborda-se o desenvolvimento e padrões de alimentação na infância, e a promoção da saúde e alimentação. Nos capítulos três e quatro apresenta-se a metodologia do planeamento em saúde desenvolvida neste projeto, focando as sucessivas fases do mesmo, com o diagnóstico de situação, a determinação das prioridades, a fixação dos objetivos, o estabelecimento das estratégias, a preparação operacional, culminando na avaliação. O quinto capítulo é uma reflexão sobre as competências adquiridas. Por fim, são apresentadas as considerações finais deste relatório.

⁷ A redação deste relatório, segue a norma-estabelecida pelo 'Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Bibliografias e Citações' da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

2. HÁBITOS ALIMENTARES E SAÚDE: ALGUMAS PERSPETIVAS TEÓRICAS

2.1. Alimentação e Nutrição

Do ponto de vista biológico, Almeida e Afonso (2001, p.37), referem que “entende-se por alimento toda a substância utilizada para nutrir os seres vivos” e considera que nutriente “é toda a substância contida nos alimentos que vai fornecer a energia e/ou os materiais necessários para a síntese, manutenção, reparação e funcionamento do organismo de um modo equilibrado entre eles e adequados às necessidades de cada pessoa” (2001, p.252), conseguido o equilíbrio alimentar, propicia-se o equilíbrio nutricional. A nutrição é definida por Woiski (1994, p.37) como “o conjunto de processos pelos quais o organismo utiliza os alimentos que recebe, processos esses representados pela ingestão, digestão, absorção, assimilação e excreção”. Uma outra perspetiva é a noção de comida, afirma Maciel (2001, p.147) “porém, se o homem come de tudo, ele não come tudo. Há uma escolha, uma seleção do que é considerado ‘comida’ e, dentro desta grande classificação, quais as permitidas e as proibidas e em que situação isto se aplica”. Assim, o que é classificado como ‘comida’ numa cultura, não o é necessariamente noutra. Este facto deriva, não do seu valor (ou não) nutritivo ou perigo para a saúde, mas, como justifica o autor (2001), que a cultura tem um forte impacto na alimentação dos povos porque não indica apenas o que é e o que não é comida, estabelece também prescrições como o ‘quando e como’. Estas prescrições abarcam ainda as proibições ao consumo de determinado tipo de alimento, não porque ele não seja benéfico para a saúde, mas porque uma religião ou determinado tabu e hierarquias culturais assim estabeleceram. Nesta perspetiva, a comida marca um território, um lugar, serve como marco de identidade relacionado a uma rede de significados. É assim possível, refere Maciel (2001, p.151), “falar em ‘cozinhas’ de um ponto de vista ‘territorial’, associadas a uma nação, território ou região, tal como a ‘cozinha mediterrânica’, indicando locais de ocorrência de sistemas alimentares delimitados”, ou até a ‘cozinha alentejana’. Afirma Figueroa (2004, p.104) que “a socialização alimentar envolve a familiarização do indivíduo com as categorias alimentares pré-determinadas pela cultura de onde provêm”. No entanto, as diferenças existentes estão condicionadas quanto à estrutura social e ao rendimento da população. A outro nível, no caso da criança, Mahan e Escott-Stump (1998) referem que a

necessidade de energia na sua alimentação deve ser adequada para “assegurar o crescimento e evitar que a proteína de reserva seja usada para energia, sem ser tão excessiva que resulte a obesidade”, (p.262). Segundo Castro (2001), um padrão alimentar saudável apropriado a exigências e gostos dos povos, exige características como: ajustar o valor energético da alimentação às características biológicas, às fases do ciclo de vida, estatura, atividade física e clima; repartir a comida por várias refeições a intervalos de três horas e meia, o jejum noturno não deve ultrapassar dez horas; manter o equilíbrio entre os grupos de alimentos nas proporções sugeridas pela Roda dos Alimentos, e entre fontes alimentares de energia de acordo com esse padrão nutricional. De referir ainda que as calorias devem ser fornecidas na sua maior parte por alimentos hidrocarbonados (fornecedores de amido), a gordura alimentar é usada com precaução, sendo a mais saudável o azeite; os alimentos devem ter boa qualidade higiénica; devem-se adotar preparações culinárias simples e gastronómicas, evitando a sua desnutrição e a alteração de gorduras. As ementas deverão ser agradáveis, respeitando hábitos e tradições. Saldanha (1999, p.10) recomenda também que os alimentos devem ser de bom paladar constituídos em “maior quantidade por frutos, vegetais e grãos de cereais, acompanhados por pequenas quantidades diárias de carne, peixe e ovos”.

Assim, ainda segundo Castro (2001, p.31), “a aceitabilidade dos alimentos e, conseqüentemente, os hábitos alimentares são estabelecidos principalmente no início da infância, cimentando-se com a introdução gradual de novos alimentos e ideias”, o autor justifica com o não cumprir estas práticas e a repetição de maus hábitos alimentares como causa para se adoecer. Marques (2007, p.29) refere que “os hábitos alimentares surgem e mantêm-se pelo facto de serem comportamentos efetivos, práticos e com significado numa determinada cultura”. E aqui é fundamental a importância dada às crianças, como ilustra Castro (2001, p.50) na frase “é preciso salvar as crianças. Porque elas não têm culpa do mundo que nós fomos deixando acontecer”.

Recomenda Carmo (2003) que as crianças que estão em casa tenham livre acesso ao leite, aos iogurtes e à fruta, exceto se estiverem a fazer dieta de emagrecimento, e as bolachas, os gelados, os molhos, os chocolates, os cereais doces e os sumos, devem ser abolidos. Recomenda que se delimitate ou evite que levem dinheiro no bolso para a escola. A proibição é discutível, mas deve saber-se dizer não e informá-las dos malefícios desses consumos. Esta autora recomenda cinco a sete refeições diárias, dando relevância ao pequeno-almoço e almoço. Quanto ao facto da criança engordar, algumas explicações são apontadas, como a disponibilidade imensa de comida hipercalórica

dirigida a todos e aos jovens em particular, bem como a uma passividade física, que várias circunstâncias e sobretudo as novas tecnologias possibilitam, referindo Carmo (2003, p.33) que “mesmo que não aconteça serem obesas no momento presente, podem estar a criar potencialidades, ou seja algum excesso de células adiposas, para virem a sê-lo mais tarde”.

Assim Laverack (2008, p.32) coloca uma questão pertinente: “de que forma é que as experiências individualizadas da saúde plena são afetadas pelas condições sociais e ambientais?”. Na análise do enquadramento analítico para os determinantes da saúde adotado pela OMS com base em Labonte (1992), e citado por Laverack (2008), Labonte (1992) indica que é possível observar que entre as condições de risco, os fatores de risco psicossociais e os fatores de risco comportamentais afetam a mortalidade/morbilidade aumentando-as e diminuindo o bem-estar.

Pode-se assim considerar que, atuando atempadamente nos vários fatores de risco (tipo de alimentação, obesidade), nos determinantes da saúde e capacitando a comunidade ao nível do grupo, das famílias, do indivíduo, se podem melhorar as condições para a intervenção a nível da alimentação saudável. Ora, esta atitude vai muito além das ações de promoção para a saúde, passando por intervenções políticas de base, e intervindo junto das pessoas para gerirem os seus baixos rendimentos económicos e fazerem escolhas conscientes e informadas que conduzam a estilos de vida saudável.

A alimentação, sendo uma necessidade humana básica, é fonte de saúde e de prevenção de doenças e estruturante durante as várias fases de desenvolvimento humano.

Na perspetiva de Marques (2007) o planeamento de uma ementa saudável deve obedecer às Leis de Escudero⁸: as “Leis fundamentais da alimentação”⁹. Estas estabelecem regras constantes e invariáveis, aplicáveis a todos os indivíduos, auxiliando a alcançar uma vida saudável, cujo desconhecimento leva à doença.

Para Saldanha (1999), a alimentação fornece a energia necessária à manutenção do metabolismo basal e permite as atividades relacionadas com o meio ambiente. Assim para uma vida saudável, torna-se necessário a ingestão de alimentos variados e equilibrados entre si no que respeita à composição, de forma ao organismo obter os cerca

⁸ Médico Argentino (Pedro Escudero, fundou o Instituto Nacional de Nutrição em 1926, a Escola Nacional de Dietistas em 1933 e o curso de médicos “dietólogos” da Universidade de Buenos Aires em 1934).

⁹ **Lei da Quantidade** - nutrientes em quantidade suficiente, através de um equilíbrio: eliminação = ingestão;
Lei da Qualidade - nutrientes completos e higiénicos de que o organismo necessita para viver, no regime alimentar;
Lei da Harmonia - proporção dos nutrientes ingeridos; entre hidratos de carbono, proteínas e lípidos;
Lei da Adequação - adaptada às necessidades do organismo de cada indivíduo, condições socioeconómicas, culturais.

de 50 nutrientes que precisa. Como refere Peres (1994), existindo limitações de abastecimento ou dificuldades financeiras para comprar bens alimentares, é essencial conhecer os fundamentos da alimentação nutricionalmente saudável, quer através da escolha conveniente, quer da combinação com equilíbrio, o que depende de opções pessoais, independentemente da quantidade ou qualidade dos alimentos.

Tendo em conta os aspetos referidos, uma das intervenções do Enfermeiro de Saúde Pública, consiste em “fornecer sessões/programas educativos ao público, sobre as componentes de estilos de vida saudáveis”, segundo Stanhope e Lancaster (2011, p.1179), nos quais podemos incluir a alimentação saudável compatível com as condições socioeconómicas e culturais de cada grupo e indivíduo.

2.2. Desenvolvimento e Padrões de Alimentação na Infância

A revisão de literatura apresentada ajuda-nos a compreender e a estabelecer uma relação entre hábitos alimentares e infância, permitindo-nos através desses instrumentos conceptuais adequar e melhorar a intervenção junto da criança.

As necessidades básicas da criança são o sustentáculo do seu desenvolvimento. Segundo Ferland (2006, p.34), existem necessidades que fazem “parte do papel dos pais preenchê-las”, tais como: necessidades físicas (sono, alimentação, higiene); de proteção (acidentes e ferimentos); afetivas (amor dos pais, ser respeitada); de ser guiada e estimulada no plano intelectual, no plano social; de conviver com outras pessoas.

Devemos considerar que, como referem Vayer e Trudelle (1999, 35), “a criança aprende por si própria através das suas ações e interações com o ambiente imediato” e “ao mesmo tempo, aprende a agir e a ser para se adaptar à realidade social que lhe é imposta”. De acordo com a Teoria de Piaget¹⁰, o desenvolvimento infantil na idade dos dois aos sete anos corresponde ao subperíodo designado ‘pré-operações’, em que a criança é egocêntrica em relação às representações, aspeto que se manifesta na área da linguagem e da comunicação; o pensamento pré-operacional é marcado pela tendência em centrar a atenção num único aspeto do objeto sobre o qual incide o raciocínio e a descentração impede-a de levar em conta aspetos que poderiam equilibrar a centração, o que faz com que assimile apenas aspetos superficiais sobre o que tenta raciocinar. Neste período, as crianças acham difícil reconstruir algo que sofra transformações rápidas ou

¹⁰ Piaget (1896-1980) - com uma obra muito vasta e dispersa, a Teoria de Piaget foi organizada por FLAVEL, John H. (1965). Vários autores a abordaram em diversas publicações, mas optamos por esta compilação para a conhecer.

alimentar, os hábitos alimentares e o conhecimento de nutrição, paralelos ao desenvolvimento cognitivo.

Promoção da Saúde e Alimentação

De acordo com a Carta de Ottawa (OMS, 1986) a promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Salienta Nola Pender (2011) que na promoção da saúde está subjacente a motivação para o comportamento da parte de indivíduos, em que a promoção da saúde é um comportamento motivado pelo desejo de aumentar o bem-estar que mantem a saúde humana. Neste contexto, para a autora, promoção da saúde é um processo que permite aos indivíduos, grupos, famílias e comunidades apresentar o controlo sobre os determinantes dos seus comportamentos de saúde e de agir.

A promoção da saúde, mediante investimentos e ações, atua sobre os determinantes da saúde e é um enfoque prático para a obtenção de maior equidade em saúde.

A Declaração de Jacarta (OMS, 1997, p. 5 - 6) menciona que para a promoção da saúde “ser eficaz, é necessário que as pessoas estejam envolvidas na ação de promoção da saúde e no processo de tomada de decisão” pois “a promoção da saúde efetua-se *pelo e com o povo, e não sobre e para o povo*. Ela melhora tanto a habilidade das pessoas para agir como a capacidade de grupos, organizações ou comunidades para exercer influência sobre os determinantes da saúde”.

O Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida em Portugal¹¹ (MS, 2004, p.1493) tal como referimos anteriormente, tem entre outros um objetivo específico, o de “reduzir a prevalência de excesso de peso e obesidade (IMC > 25); aumentar o consumo adequado de frutos, legumes e vegetais (pelo menos 400 g/dia); reduzir o consumo total de gorduras para valores entre 15% a 30% da ingestão calórica diária, (...)”. Este programa, determina ainda que, de forma ativa, “a abordagem central do programa insere-se numa perspetiva de promoção da saúde, enquanto processo que visa criar condições para que as pessoas

¹¹ O Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida em Portugal foi aprovado pelo Ministério da Saúde no Despacho n.º 1916/2004, p. 1493

e as comunidades sejam capazes de agir sobre os fatores determinantes da saúde, no sentido de a melhorar...”, desenvolvendo-se em função do reforço quer da formação dos profissionais, quer da educação para a saúde nas escolas.

O conceito de promoção da saúde assente no paradigma salutogénico (desenvolvido por Antonovsky, 1987) valoriza os fatores que interferem positivamente na saúde. A perspetiva salutogénica veio assim acrescentar mais conhecimento sobre a saúde num sentido positivo, refere Martins (2005). Este modelo, como apresenta Carrondo (2006, p. 38) com base em Antonovsky (1987), “focaliza a atenção nos fatores salutogénicos (que ajudam as pessoas a lidar com o sucesso possível ao longo das suas vidas)”, sendo considerada segundo este autor “a orientação salutogénica como fundamento para a promoção da saúde...”.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), (OE, 2011, p.73) define saúde como um *status*: “processo dinâmico de adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social, não meramente a ausência de doença ou de enfermidade”. O entendimento do que é saúde tem sofrido transformações ao longo dos tempos, e para o enfermeiro é importante conhecer os conceitos que os vários autores produziram, bem como as conceções dos utentes do mesmo, para que assim a resposta aos problemas identificados e o que eles representam seja a mais adequada.

Para Nola Pender (1990), num modelo positivo de saúde, a ênfase é colocada em pontos fortes, resiliência, recursos, potencialidades e capacidades, em vez de estar centrado nas patologias existentes. Acrescenta esta autora (2011) que a saúde está relacionada com a capacidade dos indivíduos manterem o equilíbrio com o ambiente, com relativa ausência de dor, incapacidade ou limitações, inclusive as sociais. Pressupõe que se é capaz de adaptar ao ambiente com sucesso, de crescer, funcionar e prosperar.

O termo saúde é ainda visto sob os aspetos individual, familiar e comunitário, com ênfase na melhoria do bem-estar considerando a idade, a cultura, numa perspetiva holística. Esta autora (2011) entende que, no que se refere ao ambiente, este deve ser compreendido como resultado das relações entre indivíduo e seu acesso a recursos de saúde, sociais e económicos, relatando que esta relação proporciona um ambiente saudável.

Considera a OMS (1986) ser fundamental o abrigo, a paz, a educação, a alimentação, o rendimento, um ecossistema estável, ter recursos sustentáveis, justiça social e equidade para ter a saúde da comunidade saudável. Com base neste conceito Nola Pender (2011) defende que os enfermeiros devem compreender e avaliar todas as dimensões nas suas

intervenções de enfermagem. A informação obtida a partir de uma avaliação espiritual e cultural pode fornecer um conhecimento valioso para criar estratégias no desenvolvimento de intervenções de promoção de saúde visando comunidades mais saudáveis.

Promoção da saúde é considerada por Nola Pender (2011) como um aspecto integral de cuidados de saúde, a ligação entre uma população saudável e produtiva, e bem-estar nacional e a prosperidade económica que os governos vêm assumindo, investindo na promoção da saúde e serviços preventivos. Espera-se eficácia na promoção da mudança de comportamento positivo, diminuindo os custos de saúde. Assim deve-se promover o desenvolvimento saudável e comportamentos saudáveis ao longo do ciclo de vida e aumentar a prevalência de estilos de vida saudáveis na população. As crianças são mais suscetíveis de ser motivadas para comportamentos saudáveis positivos. A autora (2011) refere ainda que a promoção da saúde e prevenção primária são baseados em modelos de comportamento sociopolítico ou de cuidados de saúde que reconhecem os efeitos de vários sistemas em resultados de saúde. O comportamento em saúde pode ser motivado por um desejo de proteger a saúde do indivíduo.,

No conceito de pessoa, Nola Pender (2011) inclui a capacidade de tomar decisões, resolver problemas e potencial para mudar comportamentos de saúde. Os indivíduos de bom grado comprometem-se a atingir os objetivos selecionados ou resultados desejados. A autora (2011) refere ainda que eles têm o poder e a habilidade para mudar comportamentos de saúde ou modificar estilos de vida relacionados com a saúde. O papel do enfermeiro é promover um clima positivo para a mudança, servir como um catalisador, ajudar nas várias etapas do processo e aumentar a capacidade do indivíduo para manter a mudança.

No Modelo de Promoção da Saúde proposto por Nola Pender (2011), o enfermeiro deve estar na vanguarda na informação emergente e no desenvolvimento de aconselhamento, educação interativa programas de saúde e intervenções comportamentais. Os enfermeiros devem servir como modelos de saúde que promovem estilos de vida e como líderes para ativar as comunidades para a promoção da saúde através da implementação e avaliação de ações, bem como a avaliação do comportamento que leva à promoção da saúde, considerando as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento de promoção da saúde desejável e que se quer alcançar.

Para Stanhope e Lancaster (2011, p. 350) “os cuidados de promoção de saúde incluem, similarmente, o encorajamento dos indivíduos para adotarem estilos de vida saudável

ajudando-os a tomar consciência do seu próprio poder para o conseguirem”.

Quando a comunidade é o cliente, Nola Pender (2011), recomenda que o enfermeiro e a comunidade trabalhem juntos para alcançar objetivos mútuos, pois como membros da comunidade estão envolvidos ativamente em todas as etapas do processo. Esta participação é um princípio básico na educação em saúde e tem sido o foco principal da prevenção de doenças crônicas. Da participação da comunidade espera-se como resultado capacitar os indivíduos e comunidades para as decisões em grupo e a gestão de recursos, bem como para a criação de novas redes e oportunidades.

O conceito de capacitação (*empowerment*) refere-se a um processo pelo qual as pessoas e comunidades ganham o domínio sobre as suas vidas. Para Nola Pender (2011) estes princípios são componentes essenciais de pesquisa participativa em promoção da saúde. Contudo, relativamente às crianças, os seus hábitos alimentares são afetados pelo tipo de refeições da família, da preparação e outros comportamentos alimentares refere Nola Pender (2011) citando Ward (2008). E acrescenta, as crenças e práticas de nutrição dos prestadores de cuidados de dia, outros parentes e pessoal do pré-escolar têm uma influência significativa sobre as crianças sob seus cuidados. O pré-escolar é um cenário importante para uma boa nutrição e ensino de comportamentos saudáveis, pelo que importa capacitar estes cuidadores. Salienta a autora (2011) que, os custos não devem interferir no fornecer uma boa nutrição, por parte dos cuidadores. Também é importante que os cuidadores se certifiquem que o alimento fornecido em ambiente pré-escolar e outros, segue orientações nutricionais saudáveis.

3. METODOLOGIA: PLANEAMENTO EM SAÚDE

Foi utilizada como metodologia o Planeamento em Saúde (Imperatori e Giraldes, 1986; Tavares, 1990) para a realização deste estágio e do desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária. O foco de intervenção foi avaliar o estado de saúde nutricional da comunidade pré-escolar através da identificação dos hábitos alimentares.

Este projeto teve como finalidade contribuir para a promoção da alimentação saudável e equilibrada, motivada por um comportamento promotor e protetor da saúde das crianças do pré-escolar do AESC através de promoção e educação para a saúde, como prevenção primordial e primária. Assim, foi definido como objetivo geral conhecer os hábitos/frequência alimentares das crianças de três anos, nascidas em 2008, a frequentarem o AESC, no ano letivo 2011/2012.

O PS, segundo Tavares (1990, p.29), é “um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridades estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) ótima(s) entre várias alternativas”. Importa assim conhecer as etapas de planeamento da saúde, de modo a facilitar as necessárias intervenções nesse domínio.

As etapas no processo de Planeamento em Saúde estão ordenadas para facilitar a elaboração de um projeto. De acordo com Tavares (1990, p.38) elas são: o diagnóstico da situação; a determinação de prioridades; a fixação de objetivos; a seleção de estratégias; a preparação operacional – programação; a avaliação.

Para a realidade em estudo foram desenvolvidas intervenções de enfermagem, recorrendo ao Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (2011).

Foi escolhido como local de estágio o Agrupamento dos Centros de Saúde do Alentejo Litoral (ACESAL) da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. (ARSA, IP), mais propriamente a Unidade de Cuidados na Comunidade de Santiago do Cacém (UCC), sediada em Vila Nova de Santo André.

A operacionalização do projeto decorreu no AESC do Cacém¹² que está na área de influência da Direção Regional de Educação do Alentejo (DREA) e do ACESAL. Como critérios de inclusão, e no âmbito da Saúde Escolar, definiu-se que as escolas abrangidas neste projeto seriam todas aquelas que no Agrupamento tivessem crianças com o perfil acima identificado, num total de trinta e quatro crianças das Escolas de: Relvas Verdes,

¹² O nome de cada escola foi codificado por isso ao longo do relatório surgirão designadas por uma letra cada.

Abela, Aldeia dos Chãos, Roncão, S. Bartolomeu e Santiago do Cacém, sendo esta a única considerada como situada em meio urbano, como se pode ver no, anexo II.

O critério de seleção desta população-alvo baseou-se, tal como tivemos oportunidade de referir na introdução, fundamentalmente na necessidade sentida pela Unidade de Saúde Pública (USP) do ACESAL, no âmbito da Saúde Escolar, em dar resposta às orientações do Programa Nacional de Combate à Obesidade, que por carência de recursos humanos não tem sido possível realizar-se localmente. Este programa, de acordo com o Protocolo entre os Ministérios da Educação e da Saúde, visa também abranger as crianças de três anos. Sendo esta uma meta a atingir, permite realçar a importância que as ações de promoção da saúde e prevenção da doença podem desempenhar junto da comunidade escolar, sendo crucial para isso primeiramente identificar as suas necessidades.

4. OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O estágio, decorreu entre 25 de outubro de 2011 e 10 de fevereiro de 2012. Previamente foram estabelecidos contactos e efetuadas reuniões com a Enfermeira Judite Maria - Coordenadora da UCC, a Enfermeira Teresa Rodrigues - Supervisora do estágio e com a Professora Paula Lopes - Diretora do Agrupamento de Escolas de Santiago do Cacém¹³, para apresentação do projeto.

Com a representante da Direção do Agrupamento, responsável pelo Ensino Pré-Escolar, foi elaborado o cronograma das deslocações às escolas (apêndice II) e ficou previsto que as intervenções seriam planificadas com a Educadora de Infância de cada escola. Dada a dispersão geográfica das mesmas, foi efetuada deslocação escola a escola (em veículo pessoal). Para que as intervenções decorressem de acordo com o cronograma previamente traçado por mim mas tendo em atenção a programação já em curso em cada sala de aula.

Esta abordagem permitiu conhecer as escolas e identificar os respetivos recursos.

A população-alvo aqui definida, tem como particularidade encontrar-se geograficamente dispersa e em reduzido número de crianças por escola, partilhando estas a mesma sala de atividades e a educadora com outras crianças de quatro e cinco anos de idade.

O tratamento de dados foi produzido até ao final de dezembro e a implementação de atividades junto da comunidade escolar ocorreu entre 4 de janeiro e 10 de fevereiro de 2012. Depois de concluído o diagnóstico de situação, realizaram-se novas reuniões para programar as intervenções a implementar.

4.1. Diagnóstico de Situação

Para Imperatori e Giraldes (1986, p.14) o “diagnóstico, caracterizando o nível de saúde da população pretende medir o seu estado de saúde, obtendo-se assim um instrumento para pôr em prática a política de saúde, escolher as prioridades, organizar as atividades e acompanhar e avaliar os resultados”.

O desenvolvimento do estágio, utilizando a metodologia de Planeamento em Saúde, teve como ponto de partida o diagnóstico de situação da população-alvo, pois este “relaciona-se com a etapa de avaliação e com o progressivo melhor conhecimento da situação (...) funcionará como justificação das atividades e como padrão de comparação no momento

¹³ Anexo I – Resposta ao pedido de autorização para aplicação do Questionário no AESC.

da avaliação”, segundo Imperatori e Giraldes (1986, p.14), este, deverá ser suficientemente alargado e aprofundado; sucinto, rápido e claro; e corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento da saúde, de acordo com Tavares (1990, p.53).

Reconhecendo que o estado nutricional da população nos dá indicações sobre a sua situação e o seu nível de saúde foi, nesta etapa, utilizada uma abordagem quantitativa para caracterizar a população, relativamente aos hábitos alimentares das crianças (população-alvo). Foi utilizado como instrumento de colheita de dados o questionário (anexo III) do projeto ESPIGA do Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade da ARSA, IP¹⁴. Este questionário é dirigido a crianças dos 3-7 anos e é autopreenchido pela família. Está validado para a população portuguesa e apresenta sete dimensões: antecedentes pessoais, antecedentes familiares, frequência alimentar, comportamento alimentar, perceção dos encarregados de educação, atividade física e características gerais da família. A autorização de utilização do questionário foi concedida pela coordenadora do Núcleo (anexo IV). O questionário foi aplicado na íntegra, sem adição ou exclusão de questões, apenas se alterou a finalidade e o âmbito na parte introdutória.

Este instrumento foi escolhido por estar anteriormente validado e por, nas suas dimensões, permitir fazer o diagnóstico de situação da população abrangida, a nível da UCC, os dados obtidos com a sua utilização neste estágio, contribuirão para o Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade. O seu uso foi também facilitador no acesso ao AESC, considerando a existência do protocolo – Administração Regional de Saúde do Alentejo/Direção Regional de Educação do Alentejo (ARSA/DREA) (anexo V) – que tem como objetivos: “Avaliação do IMC com base no programa *fitnessgram* e determinação do percentil; encaminhamento dos alunos cuja avaliação se situe no percentil inferior a 5 ou superior ou igual a 95 para a consulta de medicina familiar” (ARSA, p.22) bem como toda a documentação de apoio (anexo VI a VIII), como seja a comunicação com os pais/encarregados de educação, (anexo IX).

Conforme o protocolo referido, foram pesquisados fatores de risco para obesidade infantil através da avaliação do IMC e respetivo percentil nas crianças e do IMC nos pais. Foi utilizado para avaliar a altura, o aparelho de medição Modelo *SECA 207* e o registo fez-se

¹⁴ O Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade da ARSA, IP, para o referido questionário, definiu como principal objetivo “estudar a prevalência de pré-obesidade e obesidade em crianças, através da identificação de fatores de risco como hábitos e comportamentos alimentares, prática de atividade física entre outros”, no Estudo de Saúde da População Infantil da Região Alentejo - o projeto ESPIGA - cuja coordenadora é a Dra. Cristina Miranda.

em centímetros (cm). O peso foi avaliado usando a balança (de chão) *OREGON scientific* Modelo *BWR102* e foi expresso em quilogramas (kg) com aproximação à décima.

O valor do IMC e o percentil (P)¹⁵ foi obtido nas crianças utilizando a calculadora de IMC 20071 em *Excel*. A fórmula $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (m)}$ foi utilizada o cálculo do IMC dos pais, a partir dos dados antropométricos fornecidos por eles no questionário.

Dos dados obtidos relativos às crianças, foi feita a análise considerando a classificação do estado nutricional tendo em conta o percentil IMC¹⁶, apresentado pela Direção Geral de Saúde (DGS).

Paralelamente foram realizadas entrevistas semiestruturadas aos educadores de infância de cada escola, considerados informadores-chave, para complementar dados sobre os hábitos alimentares das crianças, considerando as refeições que fazem na escola. O registo dos dados foi manual e transcrito para um documento em *Word*, posteriormente submetido a análise de conteúdo segundo Bardin (2009).

Foi criada a base de dados no programa informático de tratamento de dados estatísticos *SPSS Statistics 17.0*, foram introduzidas as respostas obtidas através dos questionários. Obteve-se uma estatística descritiva das variáveis apresentando as frequências absolutas para a maioria das variáveis e, para algumas, a média, os valores máximos e mínimos.

4.1.1 Resultados Obtidos e Problemas Identificados

Entre os dias 25 de outubro e 3 de novembro de 2011, foram distribuídos trinta e quatro questionários. O questionário incorporava tal como já foi referido os objetivos, a sua finalidade e o esclarecimento sobre as condições de confidencialidade dos dados e seu processo de tratamento, bem como o seu anonimato. As educadoras colaboraram na sua entrega aos encarregados de educação, ficando estabelecida a data para a sua recolha. Os questionários devolvidos foram vinte e seis, nalgumas escolas houve necessidade de uma dupla deslocação. Os questionários com questões não respondidas, foram considerados no tratamento de dados como *missing*.

O tratamento estatístico dos dados obtidos é apresentado em quadros e gráficos anexos. No desenvolvimento do relatório serão apresentados os resultados cuja análise e

¹⁵ Em Portugal, as curvas de percentis adotadas pela DGS e que constam do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) são as curvas do *Center for Disease Control and Prevention (CDC, 2000)* dos Estados Unidos da América

¹⁶ A classe de IMC baixo peso é relativa ao percentil igual ou inferior a P5. O IMC peso normal é considerado para o percentil entre P5 e P85. O IMC referente a excesso de peso corresponde ao percentil igual ou superior a P85. O IMC de pré-obesidade é para o percentil igual ou superior a P85 e inferior a P95. O IMC de obesidade é indicado pelo percentil igual ou superior a P95. (Ministério da Saúde, 2011, p.38).

discussão conduzirão (ou não) à identificação de problemas na população estudada e à definição do modelo de intervenção nesta comunidade escolar. Contudo, é de salientar que dada a limitação de tempo de estágio para uma intervenção mais aprofundada, há dimensões do questionário que, embora lançados os dados estatísticos não foram sujeitos a análise, como é o caso do comportamento alimentar, da percepção dos encarregados de educação e a atividade física, podendo no entanto ficar disponibilizado para futuras intervenções. É de referir que a totalidade dos questionários foram preenchidos pelas mães, excetuando um, preenchido em conjunto com o pai.

4.1.1.1. Apresentação dos resultados

Com o instrumento de colheita de dados referido, dos vinte e seis recolhidos, foi possível avaliar os antecedentes pessoais das crianças – população-alvo (apêndice III) – e verificar que três nasceram de pré-termo e as restantes de termo, a média do peso ao nascer é de 3,259 kg e o comprimento médio é de 48,9 cm. Vinte e duas crianças foram amamentadas ao peito, em onze destas, a amamentação manteve-se até aos seis meses e mais, a média de idade de introdução de novos alimentos, além do leite, foi aos quatro meses e meio¹⁷.

Quanto à questão se “apresentavam atualmente algum problema de saúde”, segundo os pais, são crianças saudáveis, apenas há referência de dois casos afirmativos, sem identificar o problema, um que não respondeu.

Relativamente aos antecedentes familiares das crianças (apêndice IV), foi identificado que os pais destas apresentam excesso de peso em quinze casos, segundo o cálculo de IMC¹⁸. No que se refere às patologias dos progenitores, das que foram mencionadas, existem três casos de hipertensão arterial, três de hipercolesterolémia e um de diabetes.

A necessidade de complementar os dados obtidos sobre os hábitos alimentares destas crianças, levou-nos a entrevistar as educadoras (apêndice V), a informação obtida deu-nos uma panorâmica geral das escolas no que se refere ao fornecimento das refeições.

Destes relatos (apêndice VI) constata-se que só na escola C e na F há uma criança em cada uma que vão almoçar a casa, todas as outras almoçam nos refeitórios.

¹⁷ No que se refere à duração do aleitamento em exclusivo, não encontramos concordância nas respostas com a questão da idade de introdução de outros alimentos além do leite, pois nas respostas à primeira questão, o período prolongava-se para além do momento referido, face ao início de outra alimentação.

¹⁸ Assim, segundo a classificação em função do IMC, quanto aos pais, dez deles são pré-obesos, três com obesidade I e dois com obesidade II. Quanto às mães, quinze apresentam peso normal e dez com excesso de peso, sendo um dos casos de obesidade II, com base na nomenclatura referida pela DGS (anexo VII)

A ementa, no caso da escola C, é programada pela assistente social do Centro de Dia que também fornece a refeição, como parceiro da autarquia local. Nas restantes escolas a ementa é programada pela nutricionista que trabalha para a Câmara Municipal. A autarquia é a responsável pelo fornecimento das refeições às crianças do pré-escolar. Os alimentos são confeccionados no refeitório de uma escola inativa que fica no centro urbano e distribuída, em contentores térmicos, pelas restantes quatro escolas rurais. Na sede do Agrupamento a refeição do almoço é confeccionada no respetivo refeitório, e a ementa é elaborada pela educadora de infância que pertence à Direção do Agrupamento.

Além do almoço na escola, as crianças ingerem dois lanches. O chamado 'leite escolar'¹⁹ que é fornecido a todas as crianças que o desejem, tendo como prioridade os mais carenciados, só não é consumido pelas crianças da escola C, pois as crianças trazem o lanche de casa. Nas outras escolas a maioria das crianças bebe desse leite, que complementa a sandes ou bolo que trazem de casa, quer no lanche do meio da manhã, e se quiserem, no lanche da tarde. Existe a opção entre 'leite branco' e 'leite achocolatado' com baixo teor de chocolate, cedido conforme a preferência da criança.

As educadoras afirmam que quanto à sua perceção sobre a adequação da composição dos lanches que vêm de casa, no caso da escola A é de que "Por vezes há demasiadas bolachas com chocolate e leite com chocolate. Alguns trazem fruta". No caso da escola B: "Apesar de notar mais cuidados, ainda se verifica que os pais mandam só coisas doces, 'muito doces', e de compra". Na escola C, a educadora refere: "Não é o mais adequado, a maior parte dos alimentos são muito açucarados". Na escola D: "Parecem-me adequados". Na escola E, afirma "A maioria das crianças traz uma lancheira para todo o dia com alimentos saudáveis: sandes, leite, gelatina, biscoitos".

Verificou-se que em algumas escolas as educadoras conseguem ser mais persistentes, dizendo aos pais que não devem enviar determinados produtos (os açucarados) para o lanche, embora refiram que ainda há pais que não aceitam bem estas indicações e outros que têm vindo a corrigir. Numa das escolas está estipulado que semanalmente os pais trazem para o lanche partilhado: fruta, iogurtes e "Bolacha Maria", rodando por todos.

Relativamente à frequência alimentar das crianças, (apêndice VII) abordada no questionário através de uma escala de *Likert*, sugere-nos que a ingestão alimentar é feita, tendo em conta a composição dos vários grupos alimentares da roda dos alimentos, de acordo com a nova roda preconizada pela DGS (2005). No entanto, a frequência de

¹⁹ Despacho n.º 19165/2007 de 24 de Agosto; Artigo 2.º Leite escolar - Programa de 'Leite Escolar'

consumo dentro de alguns dos grupos alimentares é inferior à recomendada, como podemos observar mais detalhadamente no quadro nº 1 (apêndice VII). Destes alimentos salientamos o leite, onze crianças consomem-no no máximo entre 4 a 7 vezes por semana, a sopa e hortícolas o maior número de crianças consomem-nas entre 4 a 7 vezes por semana.

Em relação às características gerais da família, (apêndice VIII) o tipo de agregado familiar que predomina, em 11 casos, é composto por dois adultos, uma criança até aos 18 anos e a criança alvo do estudo; em 9 casos, é constituído por dois adultos e a criança da população-alvo no estudo. No nível de instrução da mãe prevalece a escolaridade acima do 3.º ciclo, situando-se o maior número no secundário seguido do universitário. O pai menciona o 3.º ciclo em maior número, enquanto o 2.º ciclo e o secundário apresentam igual número. Apenas uma mãe não completou o 1.º ciclo e um pai que não sabe ler nem escrever. Nesta população, estão desempregados uma mãe e dois pais.

No que se refere ao rendimento familiar, em 3 casos o rendimento mensal chega aos 500€, sendo que o maior número de situações tem um rendimento entre os 851 a 1500 €.

Relativamente ao tipo de casa em que habitam, a maioria vive em moradia ou apartamento, e no maior número de casos a casa é própria, em aquisição ou já paga.

Considerado o cruzamento de dados (*crosstabs*) entre os hábitos alimentares e os dados da caracterização familiar, os resultados não demonstraram significância estatística.

Numa atividade complementar deste estágio, foi efetuada na própria escola a avaliação antropométrica de trinta e quatro crianças, considerando apenas o peso e a altura²⁰, com o propósito de conhecer o atual IMC e respetivo percentil, (apêndice IX).

Quanto aos resultados obtidos na população-alvo (n=34), de crianças em idade pré-escolar de seis escolas, verifica-se uma prevalência de 76% de crianças com peso normal, 12% com pré-obesidade, 12% com obesidade, correspondendo a 24% com excesso de peso. Estes valores embora obtido de uma amostra diminuta, não terá significância estatística, contudo apresenta uma prevalência inferior aos valores regionais que são de 27,5%, apresentados no relatório COSI – Portugal 2008, como referido.

O Programa Nacional de Combate à Obesidade (DGS, 2005), refere que a OMS define a obesidade como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde. O diagnóstico faz-se através do cálculo do IMC.

²⁰ Seguindo as recomendações de terem roupa leve, e descalço, em ambiente confortável.

4.1.1.2. Problemas Identificados

Constatou-se pelos dados apresentados, que a frequência de consumo de alimentos dentro de alguns dos grupos alimentares é inferior às porções recomendadas pela nova roda dos alimentos, designadamente na variedade e porções dos lacticínios, da sopa e produtos hortícolas, sendo que a distribuição do consumo entre carne, peixe e ovos também sugere algum desequilíbrio. De salientar, pela descrição das educadoras, que em período escolar é sempre disponibilizada diariamente à criança, na hora de almoço, sopa, salada e ao longo da semana alterna a oferta de carne num dia e peixe no outro, o que não está refletido nas respostas dadas nos questionários. Contudo também foi referido que no dia em que a oferta é peixe, a grande maioria das crianças 'deixa quase tudo no prato', situação que foi observada nas deslocações efetuadas às escolas. Foi ainda observado crianças a consumir ao lanche, particularmente no da tarde, bebidas tipo *ice tea*, produtos açucarados e outras, não havendo correspondência deste consumo aos resultados dos questionários. Deve-se ter em atenção que as crianças em idade pré-escolar passam cerca de dez meses no estabelecimento de ensino, fator a ter em conta. Relacionado com os antecedentes familiares, identificamos uma prevalência de 65,5% de pré-obesos e de 24,1% de obesos nos pais das crianças, valores obtidos por autorrelato da altura e peso, cinco não apresentaram os dados.

Do instrumento de colheita de dados utilizado, as dimensões cujos dados foram trabalhados não permitiu estabelecer a causalidade dos problemas identificados, embora, como refere Tavares (1990,) deva ser estabelecida uma rede de causalidade que envolve cada problema. A relação dos rendimentos do agregado familiar ou a escolaridade para estabelecer o diagnóstico de enfermagem nesta fase do planeamento não é relevante.

De acordo com a terminologia CIPE, o diagnóstico de enfermagem consiste no "rótulo atribuído por um Enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de Enfermagem. Um diagnóstico de Enfermagem é composto por conceitos contidos nos sete eixos da Classificação dos Fenómenos" (O.E., 2011, p.16). Esta terminologia "reflete e representa a prática de enfermagem e pode ser utilizada para a documentação dos diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados dos clientes" (O.E., 2011, p.11).

Face ao exposto e de acordo com a metodologia de PS, foram identificados os problemas de saúde da população-alvo. Aplicando a terminologia CIPE, reconhecemos como fenómeno de enfermagem a alimentação. Como diagnósticos de enfermagem definiram-

se: o comportamento alimentar comprometido nas crianças de 3 anos a frequentar o AESC e o peso corporal comprometido dos progenitores dessas crianças.

4.2. Determinação de Prioridades

Do processo de PS, esta fase está condicionada pelo diagnóstico de situação que se efetuou, e atrás referido, identificaram-se os problemas de saúde e definiu-se o diagnóstico de enfermagem. Nesta etapa são hierarquizadas e estabelecidas prioridades, tal como referem Imperatori e Giraldes (1986). De acordo com Tavares (1990) a determinação das prioridades deve ser objetiva, uma vez que se insere num processo de tomada de decisão, usando de critérios específicos, e daí resulta uma lista final de prioridades que pode ser subjetiva por depender de quem planifica.

Para este trabalho, foi escolhida como técnica de determinação de prioridades a grelha de análise sugerida por Tavares (1990). Nesta técnica, é atribuído a cada um dos critérios a classificação de mais (+) ou menos (-) que, de acordo com o valor que lhe está atribuído na grelha de análise, permite a determinação de prioridades (apêndice X).

Nesta classificação o valor um, correspondente à prioridade máxima, ao problema – o comportamento alimentar comprometido nas crianças – permitindo assim identificá-lo como problema prioritário. O outro problema – o peso comprometido dos progenitores das crianças – obteve a pontuação de dois.

Aos três primeiros critérios, para os dois problemas, foi atribuída a classificação de mais (+) e ao segundo problema no último critério foi atribuído o menos (-). Considerando que se pretende um comportamento alimentar equilibrado das crianças e um peso dos progenitores dentro de parâmetros sem obesidade; a relação entre os problemas e fatores de risco, para os dois fenómenos é idêntica, dado que coexiste relação entre comportamento alimentar e peso comprometido; em ambos os problemas é possível intervir; no que se refere à exequibilidade considerou-se abranger as crianças como população-alvo. O tempo de estágio só permite planear a intervenção para o “comportamento alimentar comprometido nas crianças” e, executar o projeto de intervenção específico e conseqüente avaliação.

4.3. Fixação de Objetivos

Fixar objetivos é a etapa que se segue no processo de PS. Para Tavares (1990, p.113), os “objetivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo, pela implementação dos projetos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto, formam os planos”, o objetivo define-se de acordo com o diagnóstico de situação e das prioridades estabelecidas.

Na formulação de objetivos devem estar presentes os seguintes elementos: natureza da situação desejada; os critérios de sucesso ou de fracasso; a população-alvo do projeto; a zona de aplicação do projeto; o tempo em que deverá ser atingido (Tavares,1990).

Para este projeto de intervenção, junto de crianças que frequentam o AESC e quanto ao período de 4 de janeiro a 10 de fevereiro de 2012, fixa-se o seguinte objetivo geral:

- ❖ Promover hábitos alimentares saudáveis em dois terços das crianças nascidas em 2008 do AESC;

E os objetivos operacionais:

- ❖ A) Motivar para a aceitação de uma alimentação saudável, pelo menos metade das crianças nascidas em 2008 do AESC;
- ❖ B) Alertar para a relação que existe entre o tipo de alimentação e a saúde, em mais de metade das famílias de crianças nascidas em 2008 do AESC.

Para a seleção de indicadores do problema considerou-se, indicador de resultado: o número de crianças nascidas em 2008 que frequentam o AESC que se pretendeu abranger com intervenções de promoção de hábitos alimentares saudáveis / o número total de crianças nascidas em 2008 que frequentam o AESC vezes 100.

Como indicador de impacto das intervenções de promoção na vida dessas crianças, apenas a médio prazo se consegue determinar resultados.

4.4. Estabelecer estratégias

A estratégia de saúde é definida, por Imperatori e Giraldes (1986, p.65) como “o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”. Mas o processo de definição de estratégias deve passar por algumas fases conforme Bainbridge e Sapirie (1975), citados por Imperatori e Giraldes (1986) e Tavares (1990) referem, que são: estabelecer os critérios de conceção da estratégia; enumerar as modificações necessárias; esboçar

estratégias potenciais; escolher a estratégia a utilizar; descrevê-la; estimar os seus custos; avaliar a adequação de recursos e sua previsão; rever as estratégias e os objetivos. Nestas as fases, deu-se enfoque à prevenção primordial e primária, e, atendendo aos recursos disponíveis, foram delineadas as estratégias potenciais.

A prevenção primordial e a primária têm grande impacto sobre a saúde das populações. Atuar sobre os determinantes sociais em saúde – as condições em que as pessoas vivem e trabalham – para estabelecer e manter condições que reduzam os riscos para a saúde.

Os Enfermagem Comunitária devem tomar medidas inibitórias do efeito adverso das condições ambientais, económicas, sociais e comportamentais da população-alvo, que pode ser alcançado através de políticas públicas, de programas sobre nutrição, e de promoção e educação para a saúde; ou com ações de proteção da saúde através de esforços pessoais e comunitários, como: melhoria do estado nutricional, imunizações e eliminação de riscos ambientais (Bonita, Beaglehole, e Kjellström 2010, p.104).

A prevenção primordial tem como objetivos evitar a emergência e o estabelecimento de estilos de vida que aumentem o risco de doença, refere Meireles (2008) e acrescenta que em Portugal, o Plano Nacional para a Ação Ambiente e Saúde, (PNAAS) a regulamentação para a segurança alimentar com implementação obrigatória do sistema de análise e gestão do risco, HACCP - "*Hazard Analysis and Critical Control Points*", e o PNSE, estão incluídos neste nível de prevenção. Estes são aspetos que reforçam a escolha da área de intervenção, em contexto de saúde escolar e na abordagem à temática de que resultaram os diagnósticos de enfermagem descritos anteriormente.

A intervenção de Enfermagem em terminologia CIPE (O.E., 2011, p.16) é a “ação tomada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem. Uma intervenção de Enfermagem tem em conta os conceitos definidos nos eixos de Classificação de Ação” e a ação é o “processo intencional aplicado a/ou desempenhado por um cliente” (O.E., 2011, p.93-100), como por exemplo: orientar, educar, ensinar, dar poder, promover, prevenir e planear. Assim, Orientar nesta perspetiva é “dirigir alguém para uma decisão em assuntos relacionados com a saúde”; Ensinar é “dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com saúde”; Educar é “transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém”; Prevenir é “parar ou impedir o acontecimento de alguma coisa”; Promover é “ajudar alguém a começar ou a progredir nalguma coisa”; Dar poder é “permitir às pessoas realizarem a sua capacidade para influenciar a própria saúde”.

Na promoção da saúde as intervenções estratégicas para fazer face à mudança nos padrões alimentares e na alimentação sugeridas por Nola Pender (2011) incluem:

aumento da acessibilidade à informação nutricional, educação, aconselhamento e alimentos saudáveis em todas as configurações e para todos os grupos de população; prevenção de doenças associadas à dieta e peso, começando na primeira infância; informa que nos EU os Serviços Preventivos recomendam quatro estratégias para a escola com base em intervenções voltadas para o controle de peso: 1- incluem nutrição e atividade física; 2 - incorporar tempo adicional para a atividade durante o dia escolar; 3 - incluem desporto não competitivos como a dança, 4 - reduzir atividades sedentárias.

Nas estratégias sobre nutrição recomenda-se: refeições preparadas em casa consistentes com a roda dos alimentos; lanches saudáveis consumidos em casa; conhecimento sobre hábitos alimentares saudáveis compartilhado entre os membros da família; assistência mútua entre os membros da família para a manutenção de pesos prevenindo a obesidade e o baixo peso; os membros da família elogiarem-se um ao outro para uma alimentação saudável; os membros da família encorajarem-se uns aos outros a beber seis a oito copos de água/dia; a família decidir as compras com base nos rótulos nutricionais.

Quanto às refeições, Brazelton e Sparrow (2004, p.79-80), referem que estas “também são horas de brincar, que é a melhor forma de ela conhecer o mundo que a rodeia” e acrescentam “ao chamar a sua atenção para o ‘desenho’ que fez com as cenouras e o feijão-verde, a criança de três anos está a demonstrar as novas palavras e a consciência que tem das cores e da sua combinação. Usa-as para testar as suas novas capacidades”. Por outro lado, recomendam estes autores que, se a criança perde o interesse pela comida e começar a brincar com ela, deve-se retirar o prato dizendo algo como: «já está» ou «já terminaste. Gostaste?» Depois deve-se tirá-la da mesa e deixá-la brincar sozinha. No contexto deste estágio nem toda as estratégias defendidas pelos autores pudemos utilizar, pois a limitação temporal foi um obstáculo, mas serviram de guia aos conteúdos.

As estratégias a aplicar, transversais a toda a comunidade escolar, foram:

- ❖ Educação para a saúde, que, de acordo com a terminologia CIPE, é neste contexto transmitir conhecimentos sobre hábitos alimentares saudáveis às crianças nascidas em 2008 que frequentam o Agrupamento de Escolas de Santiago do Cacém e suas famílias, no período de 4 de janeiro a 10 de fevereiro de 2012.
- ❖ Promoção da saúde, de forma a contribuir para a capacitação das crianças e família da comunidade-alvo, orientando para a decisão de uma ingestão alimentar saudável ao longo do seu ciclo de vida.
- ❖ Elaboração de materiais didáticos (uma história interativa) relativos aos alimentos e à alimentação saudável.

- ❖ Realização de um *workshop* “Oficina de cozinha”, com um chefe de cozinha, colaboração na preparação da ementa e aquisição de produtos.
- ❖ Distribuição informação escrita sobre alimentação saudável às educadoras de infância e aos pais/encarregados de educação
- ❖ Criação de mecanismos de informação para as famílias sobre alimentação saudável, através de informação escrita, lista de *sites* temáticos, encaminhamento para a UCC.
- ❖ Estabelecer parcerias (autarquia, escola, comissão de moradores, pessoa que ajude).
- ❖ Esclarecimento sobre as intervenções, através de reuniões e do parecer favorável da Direção do Agrupamento, de forma a concretizar as estratégias atrás referidas por ser necessário ultrapassar a resistência das educadoras, já que implicava alguma alteração ao decurso da sua programação e planificação. Contudo, dada a dispersão geográfica das escolas e as particularidades de cada uma, as reuniões foram individualizadas e no local, o que, apesar de permitir maior personalização dos contactos e as crianças se irem habituando à presença de um elemento externo às suas rotinas – a enfermeira – foram difíceis de operacionalizar, devido ao maior número de deslocações/quilómetros efetuados em carro próprio.
- ❖ Adaptação da abordagem do tema das intervenções, pois foi necessário ajustar às temáticas que neste período escolar estavam a ser tratadas: o inverno e o carnaval. Desta forma, resultou que o tema alimentação saudável que é apresentado por alguém do exterior, neste caso uma enfermeira, fosse um contributo para o Projeto Educativo. Foi assim possível ter momentos específicos para apresentar o tema, interagir com as crianças, responder às questões por elas colocadas de forma adequada ao seu desenvolvimento cognitivo e o envolvimento estreito das educadoras no dia das respetivas intervenções.
- ❖ A estratégia de educação para a saúde direcionada aos pais e encarregados de educação foi a mais complexa de se implementar, pois foi necessário desenvolver e complementar com outras estratégias. A forma de contacto foi sempre estabelecida através das educadoras e das crianças, tendo sido a escassez/gestão de tempo o maior impedimento.

Podem ser aqui apontados alguns constrangimentos como seja o não fornecimento dos ingredientes para a realização do *workshop* por parte da autarquia, parceira desta atividade; o não comparecimento de um operacional de cozinha que pudesse auxiliar o chefe de cozinha, o ter que estabelecer vários contactos a fim de se encontrar um chefe de cozinha e, voltar a fazê-lo para substituir o primeiro que aceitou, (que sofreu acidente).

Pelo referido, e por limitação de tempo, porque os convites para a sessão já tinham sido enviados, a estratégia para ultrapassar estes imprevistos foi adquirir os produtos por conta própria (também aquando das atividades de mostra de produtos), pois, a calendarização das atividades não permitia estabelecer outra parceria ou procurar patrocínios, foi necessário ajudar o chefe na preparação dos alimentos para o *workshop*. Por outro lado, para reforçar e complementar a sessão de educação para a saúde, foi ainda realizado um documento escrito para disponibilizar aos pais, com o objetivo principal de fazer chegar até eles conteúdos que os ajudassem a promover hábitos de uma alimentação saudável nas crianças e suas famílias. A nutricionista da autarquia, que foi interlocutora para alguns dos temas, forneceu também folhetos informativos²¹ sobre a temática, que foram entregues aos pais.

4.5. Preparação Operacional

Definidas as estratégias a utilizar, procedeu-se à operacionalização das atividades, consideradas as mais assertivas para atingir os objetivos definidos, tendo como referência o diagnóstico de enfermagem efetuado da população-alvo, que indicava comportamento alimentar comprometido com destaque para o consumo de hortícolas e fruta (abaixo das porções diárias recomendadas na nova roda dos alimentos da DGS).

As intervenções de enfermagem desenvolvidas no campo de estágio tiveram em conta a inter-relação dos objetivos da intervenção de enfermagem/atividade, (Apêndice XI) em função dos recursos, características de cada escola e da resposta à participação que cada educadora solicitou aos seus educandos, pelo que o decurso das atividades assumiu características diferentes em cada escola.

A planificação global das atividades por escola/destinatários é apresentado no Apêndice XII. De referir que das seis escolas do Agrupamento, a educadora da escola C recusou a realização de atividades com as crianças, justificando com o facto de já ter abordado a temática no dia internacional da alimentação, embora tenha colaborado na entrega da documentação informativa aos pais na distribuição do convite para o *workshop*.

Tiveram igualmente acesso às atividades – repartidas pelo período da manhã e da tarde – crianças de 4 e 5 anos das turmas em referência, por estas abrangerem a faixa etária três aos cinco anos, embora não tenham sido incluídas na avaliação final.

²¹ Folhetos fornecidos: “Comer bem, Crescer melhor!” e “Regras do Almoço Saudável”, anexo XXXII.

Para responder aos objetivos operacionais previamente definidos (A e B) foram desenvolvidas as atividades abaixo designadas e os objetivos traçados para as sessões de educação para a saúde:

A) “Mostra de produtos”; “Sopa de inverno”; “A arte com frutos, legumes e hortícolas” e “Degustação”; os objetivos traçados foram: a) sensibilizar mais de metade das crianças para a importância de ingerirem sopa, fruta, hortícolas diariamente; b) envolver pelo menos dois terços das crianças na confeção dos alimentos para melhorar a aceitação dos mesmos na sua alimentação diária; c) promover o conhecimento sobre alimentos saudáveis, identificando-os e enumerando-os, pelo menos metade das crianças.

B) Realização e distribuição do folheto “Estratégias para alimentar crianças de dois e três anos”, segundo “*O Método Brazelton*”²²; “Roda dos alimentos”; “Oficina de cozinha - Alimentação saudável em idade pré-escolar”; Distribuição do folheto “A Nova Roda dos Alimentos, com as recomendações para uma Alimentação Diária mais Saudável”; Elaboração do Poster para divulgação do tratamento de dados do questionário; os objetivos traçados foram: a) sensibilizar pelo menos metade dos pais e encarregados de educação para a importância da ingestão diária de sopa, fruta e hortícolas; b) promover o conhecimento sobre hábitos alimentares saudáveis em pelo menos dois terços dos pais/encarregados de educação das crianças abrangidas pela intervenção de enfermagem na comunidade escolar do AESC; c) alertar para a relação existente entre a alimentação e a saúde ao longo do ciclo de vida, pelo menos em metade dos pais/encarregados de educação das crianças alvo.

Salientamos que em cada uma das atividades foi reforçada a ideia de como é importante ter hábitos alimentares saudáveis, regulares/diários, motivando para a capacitação na tomada de decisão da ingestão de alimentos, como é proposto na roda dos alimentos.

A planificação e avaliação de cada atividade em cada escola são demonstradas nos apêndices XIII a XVIII.

As particularidades das sessões de educação para a saúde são a seguir descritas:

Atividade 1 – Consistiu na realização de uma sessão de educação para a saúde intitulada “Mostra de produtos” como ilustra o apêndice XIX, na qual foram apresentados diversos frutos e produtos hortícolas²³, de modo a explicar os grupos constituintes dos vários

²² “*O Método Brazelton*” consiste numa coleção de livros temáticos, em que o autor procura dar sugestões práticas acerca da forma como os pais/educadores possam entender melhor o comportamento da criança e a possam ajudar a ultrapassar as dificuldades encontradas em diversas áreas do seu desenvolvimento.

²³ Esclarece dúvida colocada por educadoras sobre a diferença entre legume e hortícolas, assim:

produtos na roda dos alimentos. Foi dada relevância ao consumo de fruta e hortícolas, aos nutrientes que os enriquecem, e à sua importância para a saúde. Permitiu-se que as crianças sentissem o cheiro, a textura, dos alimentos através da sua manipulação e os procurassem identificar. Nos casos de desconhecimento destes, as respostas corretas foram transmitidas, bem como a informação sobre a importância de comer salada e fruta todos os dias, incluindo a sopa. (maioria com recursos pessoais)

Atividade 2 – Nesta sessão de educação para a saúde foi apresentada uma história interativa denominada “Sopa de inverno” (apêndice XX) construída para o efeito, que ia sendo complementada pelas crianças, através da identificação dos legumes (levados e/ou que as crianças trouxeram), com o propósito de dar relevância à sopa e aos nutrientes que a enriquecem, (apêndice XXI).

A atividade 3 – “A arte com frutos e hortícolas” teve o intuito de complementar as atividades anteriores. Por isso após a mostra de produtos, sua manipulação e identificação pelas crianças, bem como a interação na apresentação da história, solicitou-se que aqueles fossem utilizados como modelo pelas crianças, através de moldagem de massa pão, desenho e/ou pintura, cartaz com recortes de imagens, (apêndice XXII).

A atividade 4 – “Degustação”, ocorreu aquando da confeção da sopa, na preparação da salada e espetadas de fruta, onde foi solicitado às crianças que escolhessem os produtos adequados para cada situação da mostra de produtos colocados na mesa. Para alguns, como nova experiência, mas a todos foi dado a experimentar o sabor dos vários produtos em cru e o produto final da confeção culinária (apêndice XXIII) (maioria recurso pessoal).

A atividade 5 – Consistiu na elaboração e distribuição do folheto “Estratégias para alimentar crianças de dois e três anos”, segundo ‘O Método Brazelton’ (apêndice XXIV), dirigido a pais/encarregados de educação. Este folheto é uma adaptação do livro deste autor e apresenta estratégias para ajudar os pais a ultrapassar algumas dificuldades relativas à alimentação que surgem nas crianças desta idade. O folheto passará a estar disponível nas unidades de saúde locais, no âmbito do Programa da Saúde Infantil.

Legume - nome masculino - Planta ou parte de planta leguminosa ou herbácea, usada na alimentação humana na forma de folhas, bolbos, talos, grão, etc., especialmente em saladas, na sopa ou como acompanhamento das refeições; verdura; semente das vagens. <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/legume>
Hortícolas - adjetivo - Referente a horta ou à horticultura. <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/horticola>

A atividade 6 – “Roda dos Alimentos” foi direcionada às crianças e também para os pais/encarregados. Na sessão de educação para a saúde que antecedeu o início da confecção dos alimentos no *workshop*, foram apresentados, por meio de diapositivos, (apêndice XXVI) os dados estatísticos e o diagnóstico de enfermagem, obtidos através do questionário que os pais preencheram no início do estágio e que levaram a que se planificassem as diversas atividades. Fez-se a seguir a apresentação da Nova Roda dos Alimentos (imagem em quadro exposto. Foi explicada a importância dos nutrientes de cada grupo alimentar e a relevância das porções de cada um para manter o equilíbrio nutricional, em particular nas crianças. Foram os presentes informados como a alimentação saudável está relacionada com a saúde ao longo do ciclo de vida. Houve interação entre os participantes e a enfermeira através de pergunta/resposta.

Na atividade 7 – “Oficina de cozinha - Alimentação saudável em idade pré-escolar” – para este *workshop* foi enviado um convite (apêndice XXV) dirigido a todos os pais/encarregados de educação, educadores de infância e assistentes operacionais da população-alvo. Esta atividade decorreu no refeitório de uma escola de ensino básico desativada, no centro urbano, numa manhã de sábado como ilustra o apêndice XXVII.

Antes da hora marcada com os pais, procedeu-se à preparação dos ingredientes. A confecção da ementa (anexo X) esteve a cargo de um chefe de cozinha que a sugeriu e em que privilegiou o consumo de hortícolas para acompanhar quer o prato de peixe quer o de carne, o que funcionou também como mostra de produtos. Foram transmitidas sugestões para utilização de vários produtos hortícolas disponíveis no mercado e mostradas alternativas saudáveis para a confecção de alimentos, através da redução do consumo de gorduras e tipo de confecção. No final, os presentes tiveram oportunidade não só de degustar a ementa que viram confeccionar, como de colocar questões e esclarecer dúvidas. Este esclarecimento esteve a cargo do chefe de cozinha, da enfermeira (eu) e da nutricionista da autarquia que colaborou, reforçando a informação do valor nutritivo dos alimentos. (os ingredientes adquiridos com recursos pessoais)

A atividade 8 – Consistiu na distribuição do folheto “A Nova Roda dos Alimentos, com as recomendações para uma alimentação diária mais saudável” (anexo XI e XII), através das educadoras, a trinta e quatro crianças, para levarem até aos pais/encarregados de educação. (cópias efetuadas com recursos da autarquia)

A Atividade 9 – Foi a criação do Poster “Hábitos alimentares de crianças de 3 anos” (apêndice XXVIII), elaborado a partir do tratamento de dados do questionário que permitiu fazer o diagnóstico da situação relativamente à temática, apresentando também as intervenções de enfermagem realizadas junto da população-alvo. Visou dar à comunidade escolar do AESC, conhecimento e visibilidade das intervenções realizadas no âmbito da Enfermagem Comunitária. (recursos pessoais)

4.6. Avaliação

A avaliação é considerada por Imperatori e Giraldes (1986, p.131) um “processo contínuo, aplicado na gestão corrente de um serviço (...) a maior parte dos elementos utilizados na avaliação são indicadores. É através deles que conhecemos a realidade e medimos os avanços alcançados”. A avaliação do projeto de intervenção é a etapa final do processo de planeamento em saúde. No entanto, por permitir a introdução de medidas corretivas leva-nos de novo à fase inicial de definição/reajuste de objetivos.

Refere Nola Pender (2011) que a informação da avaliação pode ser usada para melhorar e implementar programas de promoção da saúde que fornecem resultados mais favoráveis para os clientes e comunidades. A avaliação permite aos enfermeiros tomar decisões sobre alocação de recursos, melhorar ou eliminar e substituir programas ineficazes com custo-benefício para aqueles que mostraram promover a mudança. Ajuda a fazer escolhas entre as atividades de promoção da saúde e para testar se uma nova intervenção com eficácia documentada irá traduzir-se para a prática.

São classificados como indicadores: os de atividade ou de execução e os de impacto ou resultado. Estes são segundo Imperatori e Giraldes (1986, p.132) uma “sistematização ligada àquela que divide as avaliações em externas e internas”.

No processo de PS, relativamente à avaliação das atividades, o indicador utilizado foi a percentagem de atividades realizadas e a percentagem de pessoas abrangidas pelas mesmas. Não foi possível obter resultados para indicadores de impacto, porque o tempo decorrido entre as intervenções e o final do estágio não o permitiu. A avaliação da correção dos hábitos alimentares comprometidos, IMC dos progenitores e IMC das crianças, só será possível obter a médio prazo, após a replicação das atividades e do questionário e posterior análise.

De ressaltar que na escola C não houve intervenções dirigidas diretamente às crianças, por não adesão da educadora. Na escola E no dia da intervenção, não estiveram

presentes três crianças. Não se planeou abranger na escola F quatro crianças, de duas turmas diferentes, por questões operacionais. A receptividade das educadoras foi menor para o agendamento de atividades e, dado, o tempo do estágio.

Durante a fase de operacionalização, foi-se avaliando com as crianças os resultados das atividades recorrendo às respostas no momento e à interação que as crianças estabeleciam com os produtos, no jogo de perguntas e respostas verbais e através da atividade “A arte com frutos e hortícolas”. Esta permitiu avaliar a interiorização que é possível fazer através do contacto visual e da expressão livre no desenho e pintura, bem como na moldagem, assim como na aceitação e participação na respetiva atividade. Segundo a teoria de Piaget, o pensamento da criança neste período pré-operatório é extremamente concreto, tende a operar mais com imagens concretas e estáticas da realidade do que com sinais abstratos e altamente esquemáticos. A criança representa a realidade e as suas representações estão muito mais próximas das ações explícitas. Uma das formas que esta concentricidade assume é o realismo, as coisas são o que parecem na perceção imediata, egocêntrica.

Foram realizadas todas as atividades programadas sendo as mesmas agendadas, em cada escola para o mesmo dia, respeitando os respetivos intervalos letivos previstos.

Os resultados finais, em especial para dar resposta ao objetivo específico definido para este estágio: motivar para a aceitação de uma alimentação saudável, não abrangeu todas as crianças mas a maioria destas estiveram envolvidas e participaram, considera-se assim positivo o resultado final.

As atividades “Mostra de produtos”; “Sopa de inverno”; “Roda dos alimentos” e “A arte com frutos e hortícolas” realizaram-se de acordo com o planificado e enunciado. Cada atividade encadeava na anterior e na subsequente, complementando-se e permitindo dinâmicas diferentes em cada momento, resultando numa interação positiva das crianças. As atividades contaram com a participação da maioria das crianças abrangidas pela intervenção (vinte seis), valor superior ao esperado, se estimarmos que todas essas crianças ficaram motivadas para a aceitação de uma alimentação saudável após a sessão de promoção da saúde em que participaram. Face ao número total das crianças alvo do estudo (trinta e quatro) os valores baixam, para menos de dois terços, pelas razões já referidas, o mesmo supera o valor do objetivo.

Das atividades em que a avaliação é subjetiva, esta efetuou-se no decorrer das mesmas, ou seja, as atividades 1 e a 2. A primeira utilizando o método interrogativo e expositivo com recurso a uma história em que se iam colocando perguntas e de seguida se

explicava o tema e clarificavam as respostas dadas pelas crianças e que a educadora ia anotando, constando da história final; o mesmo aconteceu com a atividade 3, foi-se registrando o que as crianças respondiam sobre o que tinham feito ou desenhado e esclarecia-se quando tinham dificuldade em responder. Na atividade 6 as crianças recordaram o que a educadora lhes tinha ensinado na semana em que se comemorou o dia mundial da alimentação²⁴. A roda que construíram nessa ocasião e ainda exposta na sala, serviu de guia orientador para as crianças, sendo também um elemento motivador.

Na atividade atividade 4 o objetivo ficou aquém do esperado com pouco mais de metade de participação, uma vez que numa das escolas não se chegou a confeccionar a sopa, por opção da educadora, apesar de se terem feito todos os preparativos com interação das crianças. Nas escolas B e D, as crianças degustaram a sopa na confeção da qual participaram. Na escola D, degustaram os alimentos ainda em cru, a aceitação foi boa na maioria das crianças, excetuando algumas mais renitentes com a sopa, embora a presença da professora tivesse motivado para o seu consumo. Foi interessante a forma como se disponibilizaram para experimentar os legumes crus, nomeadamente alguns que não conheciam e outros que usualmente só são ingeridos confeccionados, como é o caso do nabo. A experiência com os alimentos crus ocorreu também na escola A em que os pais estavam presentes, tendo alguns também provado, por exemplo, a batata-doce, que nunca tinham comido crua, inclusivamente a educadora. Na escola E, a degustação incidiu sobre a salada de hortícolas e as espetadas de fruta muito diversificada e aquando da hora do almoço, no momento da ingestão, houve alguma diversão, havendo repetição da sobremesa, sugerindo que apreciaram, o que coincide com a resposta que deram à pergunta se gostaram, registando-se contudo apenas uma criança mais seletiva na fruta que comeu. Embora com subjetividade, pode considerar-se a avaliação positiva no que diz respeito à motivação para a aceitação de uma alimentação saudável da maioria dos participantes. Crianças de outro ciclo de ensino presentes no refeitório desta escola também tiveram oportunidade de participar nesta degustação.

Após a degustação foi sempre reforçado o alerta para a importância da alimentação saudável para a saúde, bem como a necessidade de se comer fruta mais do que uma vez por dia, assim como o consumo de saladas todos os dias.

Motivar para a aceitação de uma alimentação saudável e alertar para a relação que existe entre o tipo de alimentação e a saúde, também foi dirigido aos pais e encarregados de

²⁴ A celebração do dia mundial da alimentação, foi estabelecida em novembro de 1979 para marcar o dia da fundação da Organização das Nações Unidas para a alimentação e a agricultura em 1945. Em 2011 foi a 16 de outubro,

educação, com as atividades 6, 7, “Oficina de cozinha”; “Roda dos alimentos”; e com a distribuição do folheto previstos na atividade 5 e 8. As duas últimas foram efetivadas na totalidade uma vez que a educadora colocou a informação na mochila das crianças, para levarem até aos pais/encarregados de educação. Também as crianças que não foram abrangidas pelas outras atividades levaram essa informação.

Não foram introduzidos outros meios de avaliação das atividades. O nível de adesão não correspondeu às expectativas na atividade 7 que se realizaram sequencialmente num sábado de manhã para todas as escolas. Na escola A, numa tarde de terça-feira, a atividade 6 foi replicada dada a fraca participação aquando da primeira intervenção. Estiveram presentes e intervieram também pais e encarregados de educação de crianças com quatro e cinco anos de idades da mesma educadora. Analisando subjetivamente, a receptividade foi boa e houve oportunidade de partilhar e interagir alguns momentos com as crianças, mesmo enquanto estas ainda estavam a desenvolver a atividade “A arte com frutos, legumes e hortícolas”, apercebendo-se assim dos conceitos de alimentação saudável que são transmitidos às crianças.

O Poster com divulgação dos resultados foi colocado nas seis escolas, após o estágio.

É de referir que além da avaliação da implementação das atividades e dos dados obtidos, foi percebido um impacto positivo a nível dos contributos que a Enfermagem Comunitária pode dar aos educadores e restante comunidade educativa no papel de formar, educar e, sobretudo, capacitar os jovens cidadãos e respetiva família para um controle ativo da sua saúde, com capacidade para, num futuro, serem autónomos na tomada de decisão de comportamentos alimentares saudáveis.

A educadora da escola B desenvolveu com as crianças outras atividades a partir das intervenções realizadas, nomeadamente enviando questões para os pais em relação à nova roda dos alimentos e avaliar o *feedback*. A educadora aproveitou ainda a história “Sopa de inverno” para incluir no dossiê de atividades com as crianças, inserindo-a no seu programa da Área de Conhecimento do Mundo.

Na escola F, a educadora considerou que as atividades foram um reforço positivo para o trabalho que vem desenvolvendo com as crianças em *prol* de uma alimentação saudável designadamente no que se refere à composição dos lanches das crianças.

Concluída a fase de avaliação foi observado o alcance dos objetivos do projeto e a pertinência do mesmo.

5. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS: UMA REFLEXÃO

Realizado este percurso, refletir é também uma forma de aprendizagem, de ganhar competências, como Carrondo (2006, p.130) refere:

“a competências é concebida como uma realidade dinâmica e não como um estado ou um conhecimento determinado, sendo necessário passar dos recursos (e.g. conhecimentos, capacidades, atitudes) à ação, o que implica todo um processo de integração, construção e mobilização. A competência implica, assim, a integração e combinação de saberes de diversas naturezas, com uma finalidade de ação, concretizada pela realização das atividades, num determinado contexto.”

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública estão previstas no respetivo Regulamento n.º 128/2011 da Ordem dos Enfermeiros, publicado em 18-02-2011, e são as seguintes: “Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; Contribui 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”.

A realização deste estágio permitiu-me a possibilidade de crescer quer pessoal quer profissionalmente, mobilizando os conhecimentos adquiridos ao longo do curso e vivenciando ao mesmo tempo novas experiências que ajudam a crescer, ou seja no processo de desenvolvimento de iniciado a perito, enquanto futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

O projeto de intervenção em saúde comunitária, no âmbito da saúde escolar, desenvolvido no AESC, através da aplicação da metodologia de planeamento em saúde permitiu adquirir e desenvolver competências na área da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Foi necessário utilizar competências pessoais que se foram desenvolvendo na experiência, desde o início dos primeiros contactos com a comunidade escolar e com a estrutura de saúde com que se estabeleceu uma boa articulação – a UCC de Santiago do Cacém. São de destacar as competências desenvolvidas a nível de comunicação e relação interpessoal, importantes para alcançar melhores resultados nas intervenções de enfermagem. O facto de haver uma vivência neste meio e o contexto sociogeográfico não ser desconhecido, tornou ainda mais exigente a forma como se estabeleceram os contactos com as instituições, educadoras, crianças e famílias, pois era a imagem de

profissional de enfermagem que deveria passar, e não a de mãe que todos conheciam. Por isso, a presença em contexto de estágio foi feita, respeitando sempre a dinâmica, valores e princípios de cada instituição.

Ultrapassadas as questões formais de autorização para o desenvolvimento do projeto, o mesmo foi apresentado à vice-presidente do AESC responsável pela área do pré-escolar, com conhecimento do plano do trabalho a ser desenvolvido, com explicação das diferentes etapas do estágio, correspondentes ao processo de planeamento em saúde, em que estava subjacente a avaliação do estado de saúde de um grupo de crianças e contribuir para o processo de capacitação do mesmo com o apoio dos pais e encarregados de educação e das educadoras.

A elaboração e a aplicação do projeto de intervenção, com base no processo de planeamento em saúde, fundamentado pelo referencial teórico de Nola Pender, facultaram a aquisição de novas competências e conhecimentos no domínio tecnocientífico relativamente à metodologia utilizada.

Na fase de diagnóstico de situação em saúde de uma comunidade, é exigido o conhecimento sobre os determinantes da saúde e, para qualquer situação que se investigue muito podem contribuir, favorável ou desfavoravelmente, as variáveis sócio - económicas e ambientais desses determinantes na saúde de uma comunidade, com especial relevo nos grupos mais vulneráveis, como é o caso das crianças.

Uma correta utilização da metodologia do planeamento em saúde permite identificar as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade. Foi baseada na metodologia de planeamento em saúde, que foi possível a avaliação do estado de saúde do grupo de crianças em idade pré-escolar, através do conhecimento dos seus hábitos alimentares.

De acordo com Nola Pender (2011), as questões do comportamento alimentar são multifatoriais, sendo a obesidade uma das consequências mais graves dos desequilíbrios nutricionais. Destacamos duas dimensões apontadas por Nola Pender como essenciais para a promoção da saúde: a cognição e as barreiras à adoção de comportamentos promotores de saúde. Estes pilares do Modelo de Promoção da Saúde foram reconhecidos na definição dos objetivos de estágio.

O acesso à informação, relativa ao diagnóstico de saúde de uma comunidade é essencial, por isso deve estar disponível, pois ajuda a economizar recursos, e mais rapidamente poder ser dada resposta ao problema. Assim, é fundamental existir uma boa rede de informação para a qual o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tem competências e a responsabilidade de contribuir, assim como a criação de indicadores de

saúde / epidemiológicos em falta, pois eles ajudam a avaliar o estado de saúde de uma população ou a determinar os seus problemas de saúde.

Este estágio contribuiu para despoletar a curiosidade de explorar e conhecer um conjunto de saberes para aquisição dessas e outras competências. São exemplo o poder trabalhar com base de dados, quer na pesquisa sistemática de literatura necessária para aprofundar conhecimentos sobre temáticas específicas (desenvolvimento infantil, comportamento alimentar e alimentação saudável, a técnicas de comunicação e de educação para a saúde dirigidas a grupos) demonstrando capacidade para envolver e centrar as ações nas crianças e suas famílias.

O processo de Planeamento em Saúde demonstra o quanto é relevante saber estabelecer prioridades em saúde de uma comunidade, considerando a importância do problema; a relação entre problema e fatores de risco; a capacidade técnica de resolver o problema; exequibilidade do projeto ou da intervenção. Embora existam as orientações estratégicas definidas no PNS, a nível local a Enfermeira Especialista utiliza os dados do perfil de saúde na definição dos objetivos e estratégias para a resolução dos problemas.

Este curso de Mestrado na área da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública ajudou à compreensão da importância de se promover a coparticipação dos cidadãos e dos diversos sectores da sociedade na definição dos objetivos operacionais, pois estando envolvidos, o empenho para os operacionalizar permitirá a obtenção de melhores resultados. Será já um princípio para a efetiva promoção da saúde.

Este estágio permitiu ainda o desenvolvimento de competências que possibilitam ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública estabelecer programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados, enquanto otimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos programas e projetos de intervenção. Mobilizaram-se também competências em que é promovido o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções e otimização de recursos.

Foram usados modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde e utilizadas abordagens ativas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde.

6. CONCLUSÃO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública pelas suas competências específicas como profissional de saúde, desenvolve um trabalho centrado na comunidade, grupos, famílias, numa proximidade que lhe permite identificar problemas e mobilizar os seus conhecimentos para um diagnóstico de situação concreto, com o objetivo de proporcionar a capacitação (*empowermen*) da população-alvo e família, recorrendo essencialmente a atividades de promoção e educação para a saúde. Mas, também, contribuindo direta ou indiretamente na gestão de recursos que conduzam a uma melhoria efetiva das condições ambientais, sociais e de outras que condicionam os determinantes da saúde. Bem como intervir e atuar a esse nível contribuindo para que sejam controlados, quer através da lei de proteção dos direitos do cidadão quer no trabalho de equipa que lidera ou na organização, favorecendo as melhores respostas, minimizando os efeitos negativos desses determinantes sobre a saúde da comunidade.

Considerando à priori que todas as crianças têm direito a um desenvolvimento adequado e equilibrado, o especialista em Enfermagem Comunitária tem a responsabilidade de, em articulação com outros profissionais de saúde avaliar um dos grupos vulneráveis - as crianças – de forma a promover o seu desenvolvimento saudável. Para isso é necessário, integrar a família e a criança nesse processo, capacitando-os para agirem sobre a sua própria saúde nas tomadas de decisão, visando estilos de vida saudável.

Através da revisão da literatura, aprofundaram-se conhecimentos na área do desenvolvimento da criança em idade pré-escolar e em temáticas relacionadas com a alimentação saudável. Fica-se mais sensibilizada para o problema da obesidade infantil e seus reflexos nas diferentes etapas da vida.

Constata-se como são relevantes os determinantes sociais na saúde e como estes podem condicionar uma alimentação saudável e como as influências culturais são importantes.

Realçamos ainda os condicionalismos da vida atual dos portugueses sobre os hábitos alimentares que têm levado ao abandono da dieta de influência mediterrânica, considerada por alguns autores (Peres,1994; Carmo, 2007) como saudável. Pois “saber comer promove bem-estar” e “para além de nutrir, a alimentação deve proporcionar prazer aos sentidos, bem-estar emocional e oportunidades de convivência” (Peres 1994, p.17).

Em idade pré-escolar o nosso grupo alvo não tem ainda autonomia para as suas escolhas alimentares, mas estão numa idade em que a aprendizagem e a assimilação de conhecimentos são importantes. Por isso, é essencial o envolvimento da família, da

comunidade escolar no geral, e a orientação dos profissionais de saúde no sentido de promover hábitos alimentares saudáveis, através também da promoção de estilos de vida saudável, uma vez que é crucial para promover a saúde e prevenir desequilíbrios nutricionais que podem ter consequências bastante nefastas ao longo do ciclo de vida.

O bom estado nutricional de uma população atinge-se dando-lhe condições económicas e colocando à sua disposição alimentos protetores da saúde, capazes de permitirem o máximo do seu desenvolvimento, potencial genético e proteção face à doença, sobretudo as associadas à alimentação. É necessário que a população valorize esses alimentos, os aprecie e consuma, integrando-os nas suas rotinas diárias.

Considerando a experiência vivenciada e os aportes teóricos alcançados, podemos afirmar que uma alimentação saudável na infância deve ser equilibrada do ponto de vista qualitativo e quantitativo, contribuindo para um desenvolvimento harmonioso, permitindo equilíbrio ao longo do ciclo de vida.

É fundamental apoiar a formação e capacitação para garantir que o pessoal de saúde pública tenha o conhecimento, habilidades e ferramentas necessárias para implementar abordagens comunitárias de promoção da saúde. Para além da importância da educação alimentar em ambiente escolar, os estabelecimentos de ensino devem assumir-se como 'espaços saudáveis', proporcionando uma oferta alimentar nutricionalmente adequada.

As intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, para serem efetivas, têm de ser baseadas na evidência científica e assentes em fundamentos e em modelos teóricos de enfermagem que os suportam, de que é exemplo o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (2011) aqui utilizado.

O estágio de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, realizado junto das crianças em idade pré-escolar do Agrupamento de Escolas de Santiago do Cacém em articulação com a Unidade de Cuidados na Comunidade local, em que o foco de enfermagem foram os hábitos alimentares das crianças de três anos de idade, contribuiu para a aquisição de competências que permitiram o desenvolvimento pessoal e profissional, através da aplicação da metodologia do planeamento em saúde e do modelo de promoção da saúde, permitindo fazer a avaliação do estado de saúde deste grupo e contribuir para o processo de capacitação do mesmo e respetivas famílias.

As nove atividades programadas no âmbito das intervenções de enfermagem nesta comunidade escolar foram concretizadas na totalidade. Foi diminuto o número de crianças que não foi abrangido pela intervenção de enfermagem. Nesta etapa de aquisição de conhecimentos consideram-se atingidos os objetivos propostos.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, M. D. V.; AFONSO, Cláudia I. P. N. (2001) – **Princípios Básicos de Alimentação e Nutrição**. Lisboa: Universidade Aberta. ISBN 972-674-215-3

BARDIN, Laurence (2009) – **Análise de conteúdo**. 4ª ed. Lisboa: Edições 70. ISBN 978-972-44-1154-5.

BOLANDER, Verolyn Rea (1998) – **Enfermagem Fundamental, Abordagem Psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-96610-6-5

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. (2010) – **Epidemiologia Básica**. 2ª ed. São Paulo, Santos. Organização Mundial da Saúde. ISBN 978-85-7288-839-4

BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, Joshua D. (2004) – **O Método Brazelton, a Criança e a Alimentação**. Lisboa. Editorial Presença. ISBN 972-23-3258-9

CARRONDO, Ezequiel Martins, (2006) – **Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento da Criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico**. Universidade do Minho. Tese de Doutoramento apresentada no Instituto Superior de Estudos da Criança

CARMO, Isabel (2003) - **Porque não consigo parar de comer?** 3ª ed. Porto: Publicações Dom Quixote. ISBN 972-20-2458-2

CARMO, Isabel (2006) – **Obesidade infanto-juvenil. Comportamento Alimentar**. Lisboa. ISSN 1645-9172. Vol. 3. N.º 7 (Janeiro-Abril 2006) p.1-5.

CARMO, Isabel (2007) – **Alimentação saudável, alimentação segura**. 3ª ed. Lisboa: Dom Quixote. ISBN 972-20-2681-X.

CASTRO, Alberto Gomes (2001) – **Alimentação e Saúde**. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN: 972-771-401-3

DECRETO-LEI nº 28/2008. **D.R I Série** 38 (2008-02-22) 1182-1189

DESPACHO n.º 1916/2004. **D.R II Série** 23 (2004-01-28) 1492-1496

DESPACHO n.º 12.045/2006. **D.R II Série** 110 (2006-06-07)

DESPACHO n.º 19165/2007 – **D.R II Série** 163 (2007-08-24) 24 466-24 690

FERLAND, Francine (2006) – **O desenvolvimento da criança no dia-a-dia. Do berço à escola primária**. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-239-4

FERREIRA, F. A. Gonçalves (1975) – **Política de Saúde e Serviço Nacional de Saúde em Portugal**. Vol. nº 1 Biblioteca Ciência-Progresso-Cultura. Amadora: Granelo ISBN []

FIGUEROA, Dixis (2004) – Padrões Alimentares: da teoria à prática – o caso do Brasil
Mneme - Revista humanidades. [em linha]. Vol.04. nº 09. (fev./mar. de 2004) p.104 -114.
ISSN: 1518-3394. Acedido em 05-12-2011. Disponível em:
www.cerescaico.ufrn.br/mneme

GORDIS, Leon. (2011) – **Epidemiologia**. 4ª ed. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-30-7

<http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>. Acedido em 15 -10-2011

<http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/pns-discussao/>. Acedido em 15 -10-2011

http://nutricao-imc.vilabol.uol.com.br/mono_pes2.htm. Acedido em 15 -07-2011

<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/conteudo.aspx?menuid=227&exmenuid=366&SelMenuId=227>. Acedido em 12-02-2012 Estratégias de Intervenção

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria R. (1986) – **Metodologia do Planeamento em Saúde** 2ª ed. Lisboa: ENSP Edições da Saúde ISBN []

LAVERACK, Glenn. (2008) – **Promoção de Saúde Poder e Empoderamento**. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-09-3

LEI n.º 85/2009 **D.R I Série** 166 (2009-08-27) 5635-5636

MACIEL, Maria Eunice (2001) – Cultura e alimentação ou o que têm a ver os macaquinhos de Koshima com Brillat-Savarin? **Horizontes Antropológicos**. [em linha]. Vol.7, nº 16. (dezembro de 2001). p. 145-156. ISSN 0104-7183. Acedido 12-10-2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v7n16/v7n16a08.pdf>

MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia (1998) – Krause: **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 9ª ed. São Paulo: Roca. ISBN 85-7241-240-9

MARQUES, Águeda G. (2007). – **Comportamentos e Distúrbios Alimentares**. Coimbra: Formasau. ISBN 978-972-8485-83-2

MARTINS, Maria do Céu Antunes (2005) – **A Promoção da saúde: percursos e paradigma**. Acedido em 04/03/2012. Disponível em: <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Alto Comissariado da Saúde (2010) – **Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir** - Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011/2016. Acedido em: 14-10-2011. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2010/08/CSP1.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2011) – CIPE Versão 2 – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** – do original «ICNP Version 2 – International Classification for Nursing Practice». Lisboa. ISBN 978-92-95094-35-2

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2000) – **Obesity: Preventing and managing the global epidemic**. Geneva: WHO Technical Report Series 894. ISBN 92-4-120894- 5

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2006) - **Carta Europeia de luta contra a obesidade**. Acedida em 12/07/2011. 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)

PENDER, Nola J.; MURDAUGH, Carolyn L.; PARSONS, Mary Ann. (2011) – **Health promotion in nursing practice**. 6ª ed. New Jersey: Pearson. ISBN 13: 978-0-13-509721-2

PERES, Emílio. (1994). – **Saber Comer para Melhor Viver - Versão atualizada de Alimentação Saudável**. Lisboa: Caminho. ISBN 972-21-0525-6

PORTAL DE SAÚDE PÚBLICA (2008) – **Níveis de Prevenção em Saúde**. Acedido em 3/11/ 2010. Disponível em: www.saudepublica.web.pt

PORTAL DE SAÚDE PÚBLICA (2005) - **Carta de Ottawa** - Promoção da Saúde nos países Industrializados, 1986. Acedido em 3/11/2011. Disponível em: www.saudepublica.web.pt

PORTAL DE SAÚDE PÚBLICA (2005) – **Declaração de Jacarta** – Promoção da Saúde no Século XXI, 1997. Acedido em 3/11/ 2011. Disponível em: www.saudepublica.web.pt

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS (2004) – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**. Volume II – Orientações estratégicas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge e outro. **Guia de avaliação do estado nutricional infantil e juvenil**/ Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Direcção-Geral da Saúde. Ana Rito, João Brenda, Isabel do Carmo, coords. Lisboa: INSA, IP. 2011. ISBN: 978-972-8643-61-4

REGULAMENTO n.º 122/2011. **D.R II Série** 35 (2011-02-18) p 8648 – 8653

REGULAMENTO n.º 128/2011 D.R II Série 35 (2011-02-18) p 8667 – 8669

SALDANHA, Helena (1999) – **Nutrição Clínica**. Lisboa: Lidel. ISBN 10: 972-757-103-4

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette. (2011) – **Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de grupos, famílias, e indivíduos**. 7ªed. Loures: Lusodidacta
IBSN: 978-989-8075-29-1

TAVARES, António (1990) – **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. Caderno de Formação nº 2. Lisboa: Ministério da Saúde, DRHS

VAYER, Pierre; TRUELLE, Denis (1999) **Como aprende a criança**. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN 972-771-159-6

WOISKI, Jacob Renato. (1994) – **Nutrição e dietética em Pediatria**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu. ISSN []

ANEXOS

ANEXO I

**RESPOSTA AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO
QUESTIONÁRIO NO AGRUPAMENTO DE ESCOLAS SANTIAGO DO
CACÉM**



DIRECÇÃO REGIONAL DE EDUCAÇÃO DO ALENTEJO
Agrupamento de Escolas de Santiago do Cacém
Sede: Escola Básica Frei André da Veiga

Exma Sr.^a
Custódia Malveiro
Rua José Maria Pinela, 34
7540 – 195 Santiago do Cacém

Sua Referência: Sua Comunicação: Nossa Referência: Data

Assunto: Autorização

00071801-09-11

Em resposta ao pedido apresentado por V. Exa informo que o memo foi deferido.
Qualquer assunto deve ser previamente tratado com a Educadora Cristina Buraca.

Com os melhores cumprimentos,

A Directora do Agrupamento de Escolas de Santiago do Cacém


(Paula Maria Daniel de Melo Lopes)

PLTR

Tel. 269 750 390

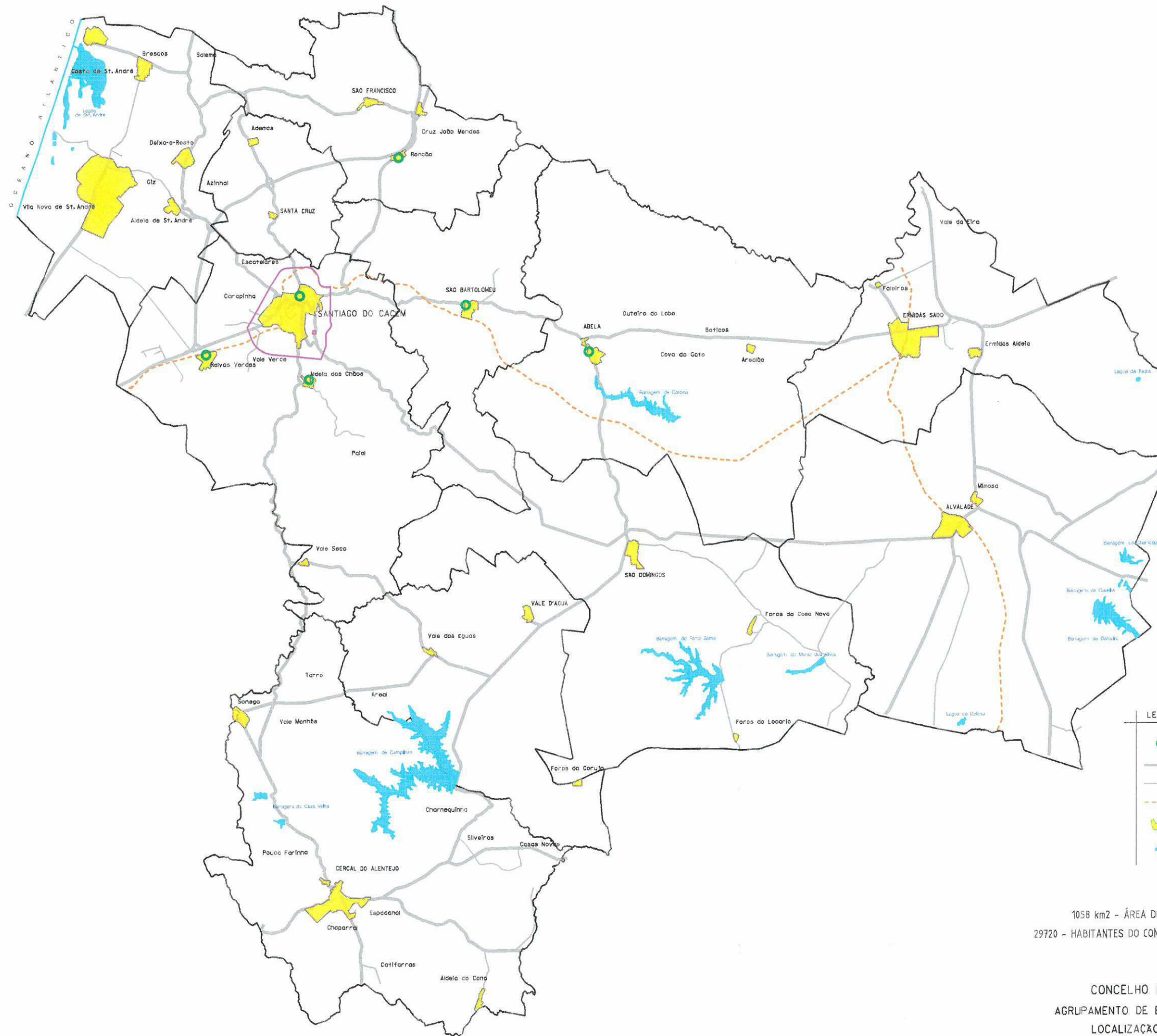
Fax 269 750 391

E-mail: freiandreveiga@sapo.pt

Rua 1.º de Maio - 7540 - 145 Santiago do Cacém

ANEXO II

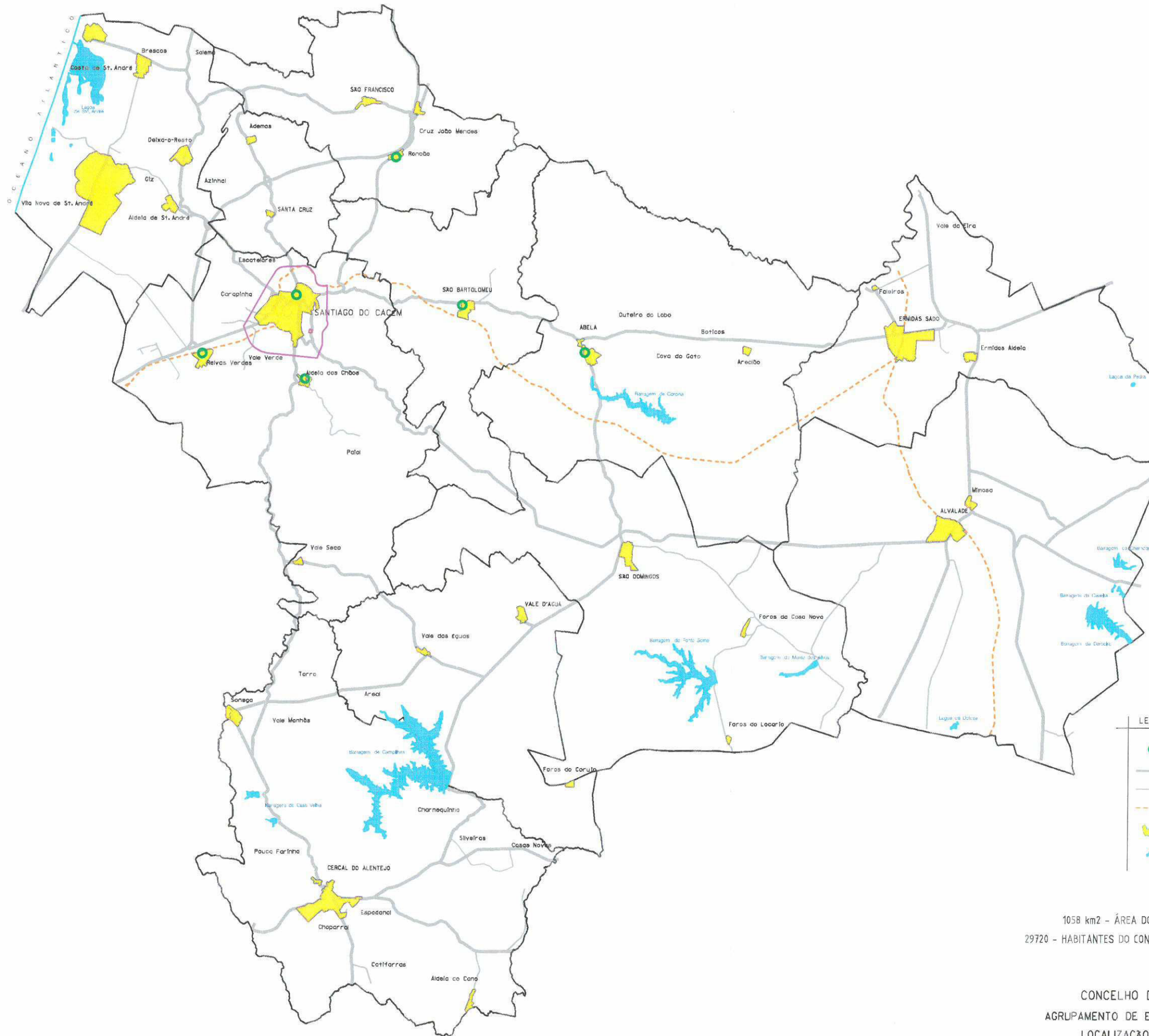
**CARTA DE LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DAS ESCOLAS DO
AGRUPAMENTO DE ESCOLAS SANTIAGO DO CACÉM**



- LEGENDA:
- - ESCOLA / JARDIM DE INFANCIA
 - (thick line) - ESTRADAS NACIONAIS
 - (thin line) - ESTRADAS MUNICIPAIS
 - - - (dashed orange line) - CAMINHO DE FERRO
 - (yellow) - PERIMETROS URBANOS
 - (blue) - ALBUFEIRAS

1058 km² - ÁREA DO CONCELHO DE SANTIAGO DO CACÉM
 29720 - HABITANTES DO CONCELHO DE SANTIAGO DO CACÉM (CENSOS 2011)

CONCELHO DE SANTIAGO DO CACÉM
 AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE SANTIAGO DO CACÉM
 LOCALIZAÇÃO DOS JARDIM DE INFANCIA
 Esc. 1/110 000



LEGENDA:

- - ESCOLA / JARDIM DE INFANCIA
- (thick line) - ESTRADAS NACIONAIS
- (thin line) - ESTRADAS MUNICIPAIS
- - - (dashed line) - CAMINHO DE FERRO
- (yellow) - PERIMETROS URBANOS
- (blue) - ALBUFEIRAS

1058 km² - ÁREA DO CONCELHO DE SANTIAGO DO CACÉM
 29720 - HABITANTES DO CONCELHO DE SANTIAGO DO CACÉM (CENSOS 2011)

CONCELHO DE SANTIAGO DO CACÉM
 AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE SANTIAGO DO CACÉM
 LOCALIZAÇÃO DOS JARDIM DE INFANCIA
 Esc. 1/110 000

Anexo 1

Desconto de 10% para cabelos FEMININO

Brushing	de 8€ a 10€
Corte	de 8,50€ a 10,50€
Madeixas	de 35€ a 65€
Coloração	de 22€ e 26,50€
Nuances	de 35€ a 65€
Desfrisagem progressiva	• Preço sob consulta no local
Desfrisagem japonesa	• Preço sob consulta no local
Escova de chocolate	20€
Choque Queratina	25€
Tratamento Queratina	de 15€ a 20€

Desconto de 10% para cabelos Masculino

Corte simples	9€
Corte com lavagem	11€
Barba	5€
Coloração	• Preço sob consulta no local
Madeixas	• Preço sob consulta no local

Desconto de 5% para MANICURE e PEDICURE

Arranjo de pés	18€
Embelezamento de pés	16€
Embelezamento de mãos	6€
Extração de calos	7,50€
Unhas de gel	35€
Unhas de gel com extensão	40€
Manutenção	30€
Gelinho	20€

Desconto de 10% para DEPILAÇÃO FEMININA

Depilação perna inteira	20€
Depilação meia perna	11€
Virilha	7€
Virilha integral	10€
Axilas	7€
Buço e sobrancelhas	5€

Desconto de 10% para DEPILAÇÃO MASCULINA

Depilação perna inteira	25€
Costas	13€
Peito	13€

Desconto de 5% para MASSAGENS e TRATAMENTOS ROSTO E CORPO

Massagem relaxante completa	25€
Massagem parcial	22€
Drenagem linfática	38€
Massagens terapêuticas	• Preço sob consulta no local
Tratamentos de rosto	• Preço sob consulta no local
Tratamentos de corpo	• Preço sob consulta no local
Limpeza de pele	38€

ANEXO III
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS - QUESTIONÁRIO



19320

ID

--	--	--	--	--	--	--	--



Caros Encarregados de Educação

Este questionário destina-se a um estudo que está a ser realizado no âmbito do Projecto de Estágio de Intervenção Comunitária, do Mestrado em Enfermagem Comunitária, cujo objectivo é estudar os *Hábitos Alimentares, das crianças de 3 anos a frequentar o pré-escolar no Agrupamento de Escolas de Santiago do Cacém, nascidas em 2008*. A informação que fornecer será utilizada para desenvolver melhores programas de promoção da saúde para as crianças.

A sua opinião é muito importante! Não existem respostas certas ou erradas pois o que se pretende é a sua resposta sincera e pessoal. Responda, por favor, tendo em conta o momento presente e o caso particular do seu educando, se possível responda em conjunto com ele (a). As suas respostas são anónimas e confidenciais e destinam-se somente a tratamento estatístico. Para qualquer informação adicional poderá contactar: Custódia Malveiro pelo e-mail custodiamalveiro@gmail.com ou pelo telm. 967902694.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade.
Devolver de preferência até dia **14 de Novembro 2011**.

Questionário

Antecedentes Pessoais:

Dados referentes à criança

1. Peso ao nascer: , Kg

2. Comprimento ao nascer: cm

3. Duração da gravidez (em semanas):

<28 31 35 39

28 32 36 40

29 33 37 41

30 34 38 >41

4. A sua criança foi amamentada ao peito?

Sim (continue para a pergunta seguinte) Não (continue para a pergunta 8)

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

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

Sim (continue para a pergunta seguinte) Não (continue para a pergunta 8)

7. Iniciou biberão de "leite de latas" com que idade? meses

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





19320

ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



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

Outra Especifique:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Não Sim Qual:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11. Actualmente, a criança toma alguma medicação de forma regular?

Não Sim Qual:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Antecedentes Familiares

Registe os dados referentes aos **pais** da criança:

	Pai	Mãe										
12.. Peso	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> , <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td></tr></table> Kg						<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> , <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td></tr></table> Kg					
13.. Estatura actual (Altura)	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td></tr></table> , <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> m					<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td></tr></table> , <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> m						
14.. Diabetes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe										
15.. Hipertensão Arterial (Tensão Alta)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe										
16.. Hipercolesterolemia (Colesterol Alto)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe										

Frequência Alimentar

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

	Nunca ou raramente	1 x de 15-15 dias	1-3 x por semana	4-7 x por semana	Mais de 1 x por dia
17. Leite Magro ou meio gordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Leite gordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Leite aromatizado (ex: achocolatado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Bebidas de soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Iogurte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sobremesas lácteas e outros produtos lácteas (pudins, queijinho <i>petit-suisse</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





19320

ID

--	--	--	--	--	--



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

	Nunca ou raramente	1 x de 15-15 dias	1-3 x por semana	4-7 x por semana	Mais de 1 x por dia
23. Gelados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Queijo fresco, requeijão ou queijo magro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Queijo gordo (Serpa, Nisa, Serra, amanteigado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Enchidos (chouriço, linguiça, paio, farinheira)	<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. Ovos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Manteiga/margarina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Azeite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Pão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Pão escuro (com sementes, de mistura, integral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Cereais de pequeno-almoço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sopa de legumes/hortaliça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Hortícolas (excluindo batatas e leguminosas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Fruta fresca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sumo de fruta 100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Refrigerantes / Chás açucarados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Refrigerantes <i>diet</i> ou <i>light</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Batata frita de pacote, snacks, pipocas ou aperitivos salgados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Rebuçados, gomas ou chocolates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Biscoitos/bolachas doces, bolos, <i>donuts</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. <i>Fast-food</i> (pizza, batata frita em casa, hambúrgueres, salsichas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





19320

ID

--	--	--	--	--	--



Comportamento Alimentar

Registe com que frequência a sua criança revela este tipo de atitudes/comportamentos:
(Assinale uma opção em cada linha)

	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre
46. O meu filho(a) adora comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. O meu filho(a) come mais quando anda preocupado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. O meu filho(a) tem um grande apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. O meu filho(a) termina as refeições muito rapidamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. O meu filho(a) interessa-se por comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. O meu filho(a) anda sempre a pedir bebidas (refrigerantes ou sumos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Perante novos alimentos o meu filho(a) começa por recusá-los	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. O meu filho(a) come vagorosamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. O meu filho(a) come menos quando está zangado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. O meu filho(a) gosta de experimentar novos alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. O meu filho(a) come menos quando está cansado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. O meu filho(a) está sempre a pedir comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. O meu filho(a) come mais quando está aborrecido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Se o deixassem, o meu filho(a) comeria demais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. O meu filho(a) come mais quando está ansioso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. O meu filho(a) gosta de uma grande variedade de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. O meu filho(a) deixa comida no prato no fim das refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. O meu filho(a) gasta mais que 30 minutos para terminar a refeição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Se tivesse oportunidade, o meu filho(a) passaria a maior parte do tempo a comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. O meu filho(a) está sempre à espera da hora das refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. O meu filho(a) fica cheio(a) antes de terminar a refeição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. O meu filho(a) adora comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





19320

ID

--	--	--	--	--	--	--	--



Comportamento Alimentar

Registe com que frequência a sua criança revela este tipo de atitudes/comportamentos:
(Assinale uma opção em cada linha)

	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre
68. O meu filho(a) come mais quando está feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. O meu filho(a) é difícil de contentar com as refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. O meu filho(a) come menos quando anda transtornado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. O meu filho(a) fica cheio muito facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. O meu filho(a) come mais quando não tem nada para fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Mesmo se já está cheio o meu filho(a) arranja espaço para comer um alimento preferido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) passaria o dia a beber continuamente (refrigerantes ou sumos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. O meu filho(a) é incapaz de comer a refeição se antes tiver comido qualquer coisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre a tomar uma bebida (refrigerantes ou sumos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. O meu filho(a) interessa-se por experimentar alimentos que nunca provou antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. O meu filho(a) decide que não gosta de um alimento mesmo que não tenho provado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Se tivesse a oportunidade, o meu filho(a) estaria sempre com comida na boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. O meu filho(a) come cada vez mais devagar ao longo da refeição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Percepção dos Encarregados de Educação

Registe se a sua criança revela ou refere:
(Assinale uma opção em cada linha)

	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre
81. Instabilidade emocional (choro, birras, agressividade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Insatisfação com o seu corpo (aspecto físico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Ansiedade (Nervosismo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Depressão (tristeza, apatia, desinteresse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Défice de atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Dificuldade de relacionamento (tem poucos amigos, relaciona-se com outras crianças com dificuldade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Queixas de discriminação pelo aspecto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





19320

ID

--	--	--	--	--	--	--	--



88. Para si, quais são as causas da obesidade infantil? (pode assinalar mais do que 1 resposta)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Factores genéticos | <input type="checkbox"/> Má alimentação |
| <input type="checkbox"/> Mau funcionamento do organismo | <input type="checkbox"/> Sentarismo |
| <input type="checkbox"/> Baixa auto-estima | <input type="checkbox"/> Anúncios publicitários |
| <input type="checkbox"/> Baixo rendimento económico do agregado familiar | <input type="checkbox"/> Outras |

Actividade Física

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

Ida para a Escola

- Costuma ir no autocarro escolar
- Vai de transporte público
- É transportada de automóvel
- Costuma ir de bicicleta
- Vai a pé
- Outra (especifique):

--	--	--	--	--	--	--	--

Regresso da Escola

- Costuma ir no autocarro escolar
- Vai de transporte público
- É transportada de automóvel
- Costuma ir de bicicleta
- Vai a pé
- Outra (especifique):

--	--	--	--	--	--	--	--

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 Km | <input type="checkbox"/> Entre 5 e 6 Km |
| <input type="checkbox"/> Entre 1 e 2 Km | <input type="checkbox"/> Mais de 6 Km |
| <input type="checkbox"/> Entre 3 e 4 Km | |

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

- Sim Não

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

- Sim (Continue para a questão seguinte) Não (Continue para a questão 94)

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

		h			m
--	--	---	--	--	---

94. Na escola, quantas horas por semana, a sua criança, pratica **actividade física**? (somar as diferentes actividades realizadas **na escola**)

		h			m
--	--	---	--	--	---





19320

ID

--	--	--	--	--	--	--



95. Quanto tempo dorme a sua criança por dia, somando o sono nocturno e as sesta?

		h			m
--	--	---	--	--	---

96. Quantas horas **por dia** a sua criança brinca fora de casa, na vizinhança, ou noutro local?
(assinale uma opção para os dias úteis e outra para o fim de semana)

Dias úteis

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

Fim-de-semana

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

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

Dias úteis

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

Fim-de-semana

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

98. Tem computador em casa? Sim Não

99. Quantas horas **por dia** gasta a sua criança a jogar jogos electrónicos (consola, computador) e/ou a fazer trabalhos/pesquisa no computador, em casa ou noutro local?
(assinale uma opção para os dias úteis e outra para o fim de semana)

Dias úteis

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

Fim-de-semana

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

100. Quantas horas **por dia** gasta a sua criança a ver televisão (incluindo filmes, *dvd's*), em casa, ou noutro local? (assinale uma opção para os dias úteis e outra para o fim de semana)

Dias úteis

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

Fim-de-semana

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





19320

ID

--	--	--	--	--	--	--	--



Características gerais da Família:

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

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

Adultos: Crianças até aos 18 anos:

102. Nível de instrução:
(assinale a opção referente ao último grau terminado)

Pai (ou tutor)

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

Mãe (ou tutora)

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

103. Situação profissional:

Pai (ou tutor)

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

Mãe (ou tutora)

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

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

- Até 500€/mês
- De 501 a 850€/mês
- De 851 a 1500€/mês
- De 1501 a 2750€/mês
- De 2751 a 3750€/mês
- Mais de 3750€/mês

105. Qual o tipo de casa que habitam actualmente?

- Moradia
- Apartamento
- Moradia geminada
- Outro (especifique):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--





19320

ID

--	--	--	--	--	--	--	--



106. A sua casa é:

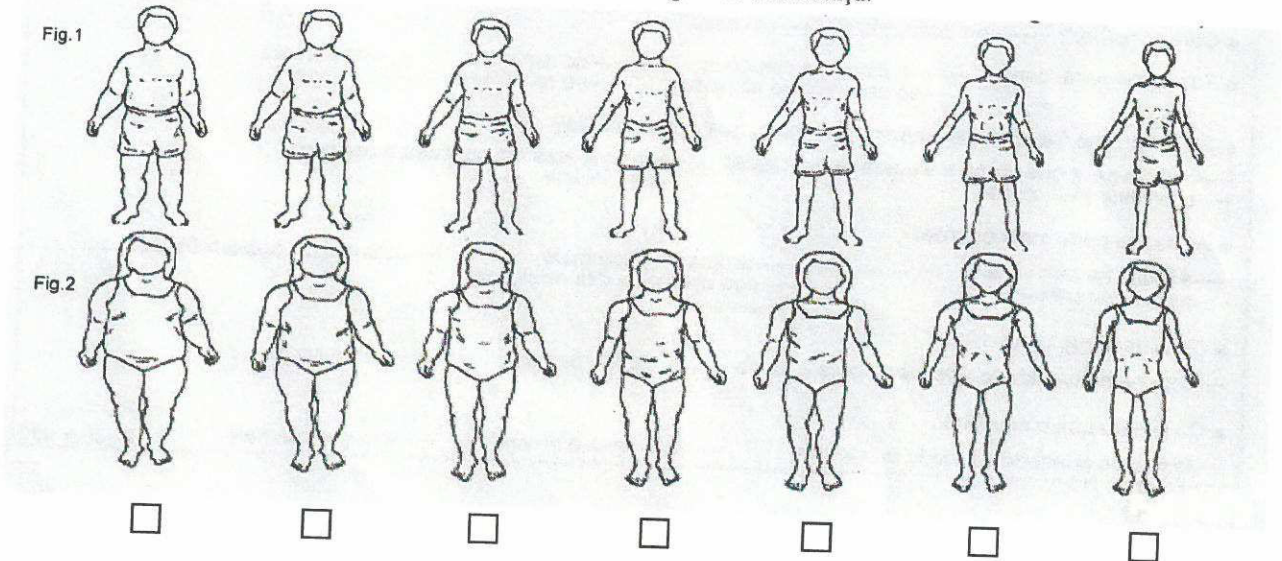
- Própria (em aquisição) Alugada
- Própria (já paga) Cedida
- Outro (especifique):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

107. Quem preencheu este questionário: Pai Mãe Avó/Avô Outro Quem?

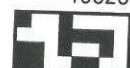
--	--	--	--	--	--

108. Assinale em baixo o desenho que mais se assemelha à imagem da sua criança:



Gostaria de deixar algum comentário?

Mais uma vez, obrigado pela sua colaboração



ANEXO IV

**AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO,
CONCEDIDA PELA COORDENADORA DO NÚCLEO DRA.
CRISTINA MIRANDA**



Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade

Rua Joaquim António de Aguiar, n.º 5

7000-000 Évora

Tel. 266 737 500

Assunto: Concessão de autorização para utilização do questionário ESPIGA

Évora, 14 de Julho de 2011

Exma. Sra. Enfermeira Custódia Malveiro

Face ao v/ pedido efectuado a 12 de Julho de 2011, venho por este meio conceder autorização para utilizar o questionário ESPIGA. Mais informamos que o grupo de questões relacionadas com o comportamento alimentar (itens 46 a 80) fazem parte do questionário do comportamento alimentar de crianças (CEBQ) devendo-se contactar o seu autor para efeitos de autorização de utilização. O mesmo procedimento se aplica às imagens no final do questionário (questão 108). Em anexo enviamos dois artigos que poderão ser úteis nestes contactos.

Desde já desejo os maiores votos de sucesso.

Com os melhores cumprimentos,

A Coordenadora do Núcleo Regional do Alentejo da
Plataforma Contra a Obesidade

Maria Cristina Vasconcelos Miranda

ANEXO V
PROTOCOLO – ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO
ALENTEJO/DIRECÇÃO REGIONAL DE EDUCAÇÃO DO
ALENTEJO



PROTOCOLO

A prevalência e incidência do excesso de peso têm vindo a aumentar na União Europeia e em Portugal, constituindo um problema major de Saúde Pública.

Na origem desta situação parecem estar comportamentos alimentares inadequados, associados a níveis reduzidos de actividade física.

No nosso país, tornou-se evidente a necessidade de criar respostas organizadas e articuladas que promovam a sensibilização da população para esta situação. A Plataforma Contra a Obesidade conta com a colaboração de representantes de diversos Ministérios, numa estratégia que visa criar sinergias intersectoriais. Deste modo, o Ministério da Educação, representado pela Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC) e o Ministério da Saúde, representado pela Direcção-Geral de Saúde (DGS), são parceiros.

Artigo 1º

(Finalidade)

Ao nível da Região Alentejo, pretende-se estabelecer um protocolo, que vise operacionalizar a implementação deste Programa nos Estabelecimentos de Educação e Ensino, com base nas boas relações existentes, nomeadamente ao nível do Programa de Saúde Escolar. O objectivo é continuar o desenvolvimento de actividades em parceria, apoio na Educação para a Saúde, Formação de Profissionais, Análise e Orientação de Ementas, entre outros, e concretizar um dos requisitos do Programa de Luta contra a Obesidade, nomeadamente, o rastreio de obesidade a crianças de 5, 11, 15 e 18 anos de idade.

Artigo 2º

(Âmbito)

Está contemplada no presente Protocolo a articulação entre a Direcção Regional de Educação do Alentejo (DREA) e a Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP (ARSA, IP) com a finalidade de concretizar o rastreio de obesidade a crianças de 5, 11, 15 e 18 anos de idade.

Artigo 3º

(Articulação)

A ARSA, IP, através dos Centros de Saúde estabelece a articulação com os Estabelecimentos de Educação e Ensino, nomeadamente com o Professor Coordenador de Educação para a Saúde.

Artigo 4º

(Responsabilidades da DREA)

Compete à DREA, fornecer aos Centros de Saúde:

- Listagens nominais e com data de nascimento dos alunos, através dos Agrupamentos de Escolas e Escolas Secundárias;
- Listagens nominais e com data de nascimento dos alunos que até 31 de Dezembro completem 11, 15 e 18 anos, onde conste o peso e estatura, obtidos através da aplicação do Programa *FitnessGram*, aplicado pelos professores de Educação Física;
- Informar os Pais/Encarregados de Educação dos Rastreios a realizar;
- Reencaminhar para os Pais/Encarregados de Educação informações referentes a encaminhamento, que lhe sejam remetidas pelos Centros de Saúde.

Artigo 5º

(Responsabilidades da ARSA, IP)

Compete à ARSA, IP:

- Programar e realizar a avaliação antropométrica das crianças de 5 anos, nos Estabelecimentos de Educação e Ensino Pré-escolar;
- Proceder à determinação do Índice de Massa Corporal e consequente avaliação de acordo com as Tabelas de Percentil (DGS, 2006) aos alunos de 5, 11, 15 e 18 anos;
- Encaminhar para a Consulta do Médico de Família/Assistente todos os alunos cuja avaliação se situe no Percentil <5 e no Percentil ≥95;
- Proceder à avaliação estatística dos dados recolhidos;
- Disponibilização dos dados à DREA.

Évora, 7 de Janeiro de 2010

DREA

O Director Regional Adjunto

Carlos António Couraça Calhau

ARSA, IP

Rosa Valente de Matos
Presidente do Conselho Directivo

ANEXO VI

PROJETO – ESPIGA

**NÚCLEO REGIONAL DO ALENTEJO DA PLATAFORMA
CONTRA A OBESIDADE PROJETOS E PROGRAMAS**



DOCUMENTO DE TRABALHO



APRESENTAÇÃO DO NÚCLEO REGIONAL DO ALENTEJO DA PLATAFORMA CONTRA A OBESIDADE

PROJECTOS e PROGRAMAS

OUTUBRO 2010

NÚCLEO REGIONAL DO ALENTEJO DA PLATAFORMA CONTRA A OBESIDADE

1. INTRODUÇÃO

O Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade (NRAPCO) surgiu em 2007 e conta desde o início com a colaboração a tempo parcial de uma equipa responsável pela Região Alentejo, constituída por profissionais que exercem funções nas regiões Baixo Alentejo, Alentejo Central e Norte Alentejano. Por motivos de reorganização dos serviços de saúde em 2009, o Alentejo Litoral integrou recentemente este grupo.

A execução do programa, o apoio e articulação com o NRAPCO está a cargo de equipas que integram os vários serviços de saúde, entre as quais as de saúde escolar, saúde pública, educação para a saúde, entre outras. No sentido de facilitar a articulação entre os vários profissionais que trabalham na área da obesidade e de forma a promover uma melhor organização do programa, o NRAPCO está a unir esforços no sentido de ter em cada centro de saúde e hospital um interlocutor para o programa. Neste momento, este objectivo já se concretiza em alguns locais. Paralelamente, outros profissionais assumem a responsabilidade de mediar, intervir e colaborar em acções pontuais ou naquelas que estão programadas no âmbito dos vários projectos e programas.

2. APRESENTAÇÃO DA EQUIPA

2.1. COORDENADORA

Cristina Miranda, pediatra (ARSA)

2.2. RESPONSÁVEIS REGIONAIS

Ana Gato, técnica de nutrição (ACES Central I)

Ana Ramalho, nutricionista (ULSBA, Centro Saúde Beja)

Ana Trindade, dietista (ULSNA, Centro Saúde Portalegre)

Cláudia Borralho, psicóloga (ULSBA, Unidade de Saúde Pública)

Constantina Córias, administrativa (ARSA)

Felicidade Ortega, médica (ULSBA, Unidade de Saúde Pública)

Lúcia Costa, técnica de serviço social (ULSBA, Unidade de Saúde Pública)

Marília Falé, administrativa (ARSA)

Rita Torres, nutricionista (ULSNA, Unidade de Saúde Pública)

Rosa Espanca, enfermeira (ACES Central II)

2.3. RESPONSÁVEIS LOCAIS – BAIXO ALENTEJO

Coordenação: *Ana Ramalho* (nutricionista), *Cláudia Borralho* (psicóloga), *Felicidade Ortega* (médica), *Lúcia Costa* (técnica de serviço social).

Aljustrel: *Carla Sousa* (nutricionista), *Rosa Ramalho* (enfermeira)

Almodôvar: *Ana Botelho* (nutricionista), *Lourdes Maruta* (médica)

Alvito: *Liliana Mouro* (nutricionista), *Fátima Morgado* (enfermeira)

Barrancos: *Bárbara Valadas* (nutricionista), *Isabel Barreto* (médica)

Beja: *Ana Ramalho* (nutricionista), *Luís Coentro* (médico), *Mariana Bacalhau* (enfermeira)

Monforte: Aldina Rasquinho (enfermeira), Sandra Ideias (enfermeira)

Montargil: Ana Mendes (enfermeira), Helena Chuço (enfermeira), Marta Carrilho (dietista)

Nisa: Emília Gonçalves (enfermeira), Sílvia Cardoso (enfermeira)

Ponte de Sôr: Carmen Barradas (técnica serviço social), Conceição Chinarro (higienista oral), Gracinda Rodrigues (médica), Jorge Mourato (psicólogo), Lurdes Ribeiro (enfermeira), Márcia Monteiro (técnica saúde ambiental), Marta Carrilho (dietista), Paula Catela (enfermeira), Rui Farinha (enfermeiro)

Portalegre: Ana Trindade (dietista), Anabela Alegria (enfermeira), Ângela Couto (higienista oral), Elisabete Luz (enfermeira), Hortênsia Costa (técnica saúde ambiental), Humberto Ramos (técnico saúde ambiental), Rosário Pires (médica)

Sousel: Maria Miguel Valente (técnica saúde ambiental), Eduardo Correia (médico)

Hospital Dr. José Maria Grande: Rita Torres (nutricionista)

2.5. RESPONSÁVEIS LOCAIS – ALENTEJO LITORAL

Coordenação: *Fernanda Santos* (médica)

Alcácer do Sal: Cristina Caixas Lima (enfermeira)

Grândola: Maria Duarte (enfermeira)

Odemira: Daniel Martins (dietista)

Santiago do Cacém: Filomena Brissos (enfermeira)

Sines: Ana Silva (enfermeira)

2.6. RESPONSÁVEIS LOCAIS – ALENTEJO CENTRAL

Coordenação: *Ana Gato* (técnica de nutrição), *Rosa Espanca* (enfermeira)

Alandroal: Gertrudes Silva (enfermeira)

Arraiolos: Vera Baldeira (nutricionista)

Borba: Susete Sá (enfermeira)

Estremoz: Ana Gato (técnica de nutrição)

Évora: Rosa Espanca (enfermeira)

3.16. DIABETES EM MOVIMENTO

OBJECTIVOS: Promoção do exercício físico.

POPULAÇÃO-ALVO: População diabética com mais de 65 anos, com inscrição na equipa 1 e 2 do Centro de Saúde de Ourique.

ZONA DE INTERVENÇÃO: Concelho de Ourique, Baixo Alentejo.

RESPONSÁVEL: Centro Saúde Ourique.

MATERIAL PARA DIVULGAÇÃO ONLINE: Poster “A actividade física na pessoa diabética”.

(a decorrer)

3.17. DIZ-ME O QUE PENSAS, DIR-TE-EI SE O ÉS

OBJECTIVOS: Levantamento do perfil nutricional de crianças e avaliação da percepção que os mesmos têm da sua imagem corporal.

POPULAÇÃO-ALVO: Alunos do 5º ao 9º ano.

ZONA DE INTERVENÇÃO: EBI/JI de Frei António de Chagas, Vidigueira, Baixo Alentejo.

PARCEIROS: Centro Saúde Vidigueira, Hospital José Joaquim Fernandes, EBI/JI de Frei António de Chagas.

MATERIAL PARA DIVULGAÇÃO ONLINE: Apresentação reunião saúde escolar

(a decorrer)

3.18. ESPIGA

OBJECTIVOS: Estudo da prevalência de pré-obesidade e obesidade em crianças, através da identificação de factores de risco como hábitos e comportamentos alimentares, prática de actividade física, entre outros.

POPULAÇÃO-ALVO: Alunos nascidos em 2002 que frequentam as escolas da zona de abrangência da ARSA.

ZONA DE INTERVENÇÃO: Alentejo.

PARCEIROS: Administração Regional Saúde Alentejo, Direcção Regional Educação Alentejo, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano.

ANEXO VII
MODELOS DE REGISTO DE ATIVIDADES
ORIENTAÇÕES TÉCNICAS - NUCLEO REGIONAL DO
ALENTEJO DA PLANTAFORMA CONTRA A OBESIDADE



Ministério da Saúde

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO, IP



MODELO DE REGISTO DE ACTIVIDADES

Orientações técnicas

Setembro de 2010

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	3
1. SAÚDE ESCOLAR/SAÚDE INFANTIL	4
1.1. Rastreios de obesidade.....	4
1.2. Educação para a saúde	8
2. SAÚDE ADULTOS.....	10
2.1. Rastreios de Obesidade.....	10
2.2. Educação para a saúde	12
3. CONSULTAS DE DIETÉTICA/NUTRIÇÃO.....	13
4. COMEMORAÇÃO DE DIAS TEMÁTICOS	15
5. SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE	17
6. PROTOCOLO ARSA, I.P., DREA	19
7. PROJECTOS	20
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21

ANEXOS

ANEXO I: Modelo de registo de actividades NRAPCO

ANEXO II: Protocolo ARSA, I.P. e DREA

ANEXO III: Documento informativo dos rastreios NRAPCO

ANEXO IV: Quadro de recolha de dados - *escola*

ANEXO V: Modelo de encaminhamento – magreza e obesidade

ANEXO VI: Tabela de cálculo de determinação do percentil (CDC)

0. INTRODUÇÃO

O Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade (NRAPCO) surge como grupo de trabalho de âmbito regional, intervindo na prevenção e controlo da pré-obesidade e obesidade. Este trabalho assenta em três pilares: educação nutricional, motivacional e prática de actividade física. Na promoção de estilos de vida saudáveis é fundamental a participação de todos: família, escola, serviços de saúde, indústria, organizações governamentais, associações, outros).

Para se atingirem os objectivos da Plataforma Contra a Obesidade (reduzir a prevalência e incidência da pré-obesidade e obesidade) as intervenções devem ser diversificadas, abrangentes e realizadas em parceria.

A avaliação das actividades é imprescindível, sendo essencial uma recolha de dados uniforme e credível. Com este documento pretende-se divulgar um sistema de orientação de indicadores e recolha de informação para monitorização da implementação das estratégias.

Este documento segue a sequência estabelecida pelo modelo de registo de actividades utilizado pelo NRAPCO (Anexo I). Sempre que se considerou necessário introduziu-se uma breve orientação técnica sobre a metodologia a utilizar. Na sequência de cada quadro apresentam-se algumas recomendações para o seu correcto preenchimento. Todos os quadros apresentam uma coluna de observações, que se destina à inclusão de toda a informação que se considere relevante para a descrição da actividade desenvolvida.

O modelo de registo de actividades foi elaborado pelos elementos que compõem o NRAPCO (Ana Gato, Ana Ramalho, Ana Trindade, Cláudia Borralho, Cristina Miranda, Lúcia Costa, Rita Torres e Rosa Espanca) e contou com os contributos dos diversos profissionais que colaboram com o mesmo, nomeadamente nutricionistas, técnicos de saúde ambiental, técnicos de serviço social, médicos, dietistas, psicólogos, entre outros. Este modelo entra em vigor em Setembro de 2010 e durante 2 anos será utilizado a título experimental. Findo este período, proceder-se-á às actualizações convenientes e assumirá a versão definitiva.

1. SAÚDE ESCOLAR/SAÚDE INFANTIL

1.1. Rastreios de obesidade

De acordo com as orientações do Programa Nacional de Combate à Obesidade anualmente deverão ser realizados rastreios aos alunos que completem 5, 11, 15 e 18 anos até 31 de Dezembro do ano lectivo correspondente. Os estabelecimentos de educação e ensino da responsabilidade do Ministério da Educação são abrangidos pelo protocolo estabelecido entre a Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. (ARSA, I.P.) e a Direcção Regional de Educação do Alentejo (DREA) (Anexo II).

Relativamente aos alunos de **5 anos**, a avaliação aplica-se a todas as crianças que frequentem os estabelecimentos de educação e ensino da responsabilidade do Ministério da Educação, as instituições particulares de solidariedade social (IPSS) e os estabelecimentos privados. Esta avaliação deverá ser realizada nos estabelecimentos, após contacto com os responsáveis. Deverá ser acautelada a situação referente aos consentimentos/informação aos encarregados de educação, de acordo com o estabelecido na instituição. O rastreio de obesidade não supõe nenhuma técnica invasiva, devendo apenas solicita-se às crianças que retirem o calçado e agasalhos. O NRAPCO dispõe de um documento informativo que poderá ser previamente afixado no estabelecimento (Anexo III).

No que se refere aos adolescentes de **11, 15 e 18 anos** as avaliações deverão ser realizadas em conjunto com as escolas de 2º e 3º ciclos e Secundárias, competindo aos estabelecimentos escolares facultar os dados provenientes da aplicação do programa *FitnessGram* - peso e estatura.

Consideram-se alunos com 11, 15 e 18 anos aqueles que completam essa idade até ao dia 31 de Dezembro de cada ano.

Por ex:

No ano-lectivo 2010/2011 serão rastreados os alunos com:

5 anos – Nascidos em 2005

11 anos – Nascidos em 1999

15 anos – Nascidos em 1995

18 anos – Nascidos em 1992

Para operacionalizar a recolha de dados nos estabelecimentos de educação e ensino, foi criado um documento, onde consta o nome, a data de nascimento, o peso, a estatura e a data da avaliação (Anexo IV). Este documento não é de utilização obrigatória, poderá ser substituído por outro suporte em uso.

A determinação do IMC e percentil é da responsabilidade dos profissionais de saúde assim como o respectivo encaminhamento dos casos identificados com baixo peso e obesidade, devendo utilizar-se o documento criado para esse efeito (Anexo V). As situações de pré-obesidade devem ser comunicadas aos encarregados de educação (Anexo VI). O encaminhamento dos casos identificados com pré-obesidade fica ao critério dos profissionais de saúde, de acordo com as normas de actuação em vigor nos respectivos serviços. O mesmo se passa com o envio de informação aos encarregados de educação cujos educandos se encontram numa situação regular

Para realização dos rastreios, os profissionais de saúde deverão garantir a preservação dos princípios básicos de confidencialidade, privacidade e objectividade durante todo o processo. **As crianças não deverão ser informadas do seu peso e estatura.** Embora os profissionais não devam, por rotina, fornecer esta informação, poderão fazê-lo se a criança o solicitar.

As crianças e jovens poderão ser muito sensíveis à questão do seu peso e estatura, podendo a avaliação acentuá-la ainda mais. Os profissionais de saúde deverão proceder às medições de forma a minimizar qualquer potencial dano para as crianças, não devendo fazer referência à palavra "obesidade". As avaliações antropométricas deverão ser realizadas com as crianças descalças e usando roupa leve.

Nos rastreios dever-se-á proceder à avaliação do peso e da estatura para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) ou Índice de Quetelet e posteriormente do percentil, de acordo com as recomendações da Direcção-Geral da Saúde na circular normativa n.º 05/DSMIA de 21/02/06. Esta determinação poderá ser manual (utilizando as curvas de crescimento da circular referida), ou em alternativa utilizando a tabela de cálculo do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Anexo VII).

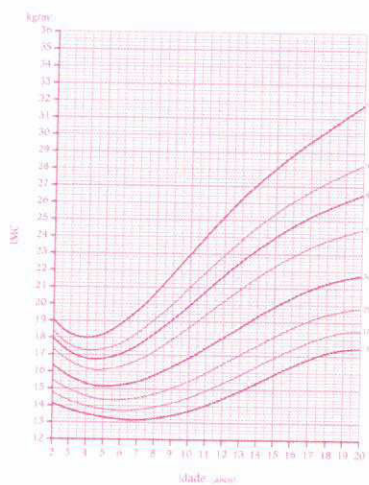
Como determinar se a criança apresenta peso adequado ou inadequado?

1º Passo - Determinação do Índice da Massa Corporal

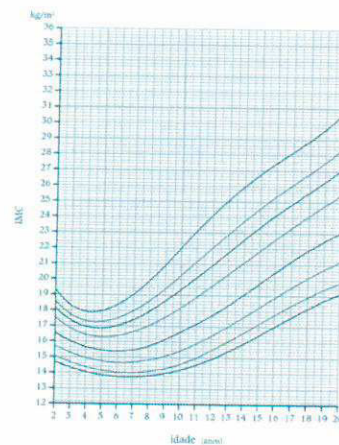
$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Estatura (m)}^2}$$

2º Passo - Determinação do percentil

RAPARIGAS
índice de massa corporal 2-20 anos



RAPAZES
índice de massa corporal 2-20 anos



3º Passo: Classificação em função do IMC / percentil

Percentil de IMC (Kg/m ²)	Classificação
<5	Magreza
≥ 5 e < 85	Normal
≥ 85 e < 95	Pré-Obesidade
≥ 95	Obesidade

Fonte: Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

Em seguida, apresentam-se os quadros do modelo de registo de actividades, bem como as indicações para o correcto preenchimento.

Saúde Escolar/ Infantil - Rastreamentos de Obesidade																						
Trimestre de _____ a)	Actividade b)	Nº Rastreados c)					Nº casos detectados d)															Obs.
							P < 5					P ≥ 85 e <95					P ≥ 95					
		Pré	1º C	2º C	3º C	Sec	Pré	1º C	2º C	3º C	Sec	Pré	1º C	2º C	3º C	Sec	Pré	1º C	2º C	3º C	Sec	
	Total																					

QUADRO I- SAÚDE ESCOLAR/INFANTIL - Rastreio de Obesidade

Neste quadro devem ser registados todos os rastreios realizados a crianças e jovens, independentemente de estarem ou não escolarizados e do local onde se realiza o rastreio.

Neste quadro podem ser acrescentadas linhas de acordo com a necessidade.

PREENCHIMENTO:

- a) Nº do trimestre e ano em curso;
- b) Designação da actividade, por exemplo: "Semana Saudável, Escola 7"
- c) Nº de alunos rastreados: se a avaliação decorrer em contexto escolar preencher de acordo com o nível de ensino; se a avaliação decorrer fora do contexto escolar, considerar:

Pré-escolar – crianças que ainda não frequentam o 1º ciclo
1º Ciclo (1º ao 4º ano) – crianças entre os 6 e os 9 anos
2º Ciclo (5º e 6º ano) – crianças entre os 10 e 12 anos
3º Ciclo (7º ao 9º ano) – crianças entre os 12 e os 14 anos
Secundário (10º ao 12º ano) – crianças entre os 15 e os 20 anos

Os alunos do ensino profissional, curriculum alternativo ou outros deverão ser incluídos no respectivo ciclo. Caso apresentem idade superior a 20 anos deverá registar-se no Quadro III.

- d) Nº de casos detectados: assinalar apenas o número de crianças identificadas com baixo peso ($P < 5$), pré-obesidade ($P \geq 85$ e < 95) e obesidade ($P \geq 95$).
- e) Na coluna *observações* registar se estes rastreios se efectuaram no âmbito de algum dia temático, projecto ou programa.

No que se refere aos rastreios realizados ao abrigo do protocolo com a DREA, deve registar-se **também** no quadro **próprio** (Quadro IX). O objectivo deste registo é dar resposta ao Artigo nº 5 do protocolo (Anexo II).

1.2. Educação para a saúde

Saúde Escolar/ Infantil - Educação para a Saúde																					
Temas	Nº Acções Sensibilização b)					Nº Alunos					Nº Prof/ Educ/AE					Pais/ Enc. Educação					Obs. c)
	Pré	1ºC	2ºC	3ºC	Sec	Pré	1ºC	2ºC	3ºC	Sec	Pré	1ºC	2ºC	3ºC	Sec	Pré	1ºC	2ºC	3ºC	Sec	
AS																					
OB																					
PCA																					
D																					
HTA																					
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

QUADRO II- SAÚDE ESCOLAR/INFANTIL - Educação para a saúde

Neste quadro devem ser registadas todas as acções de promoção e educação para a saúde sobre temas como alimentação saudável (AS), obesidade (OB), perturbações do comportamento alimentar (PCA), diabetes (D) hipertensão (HTA), entre outros, desde que em contexto escolar ou nestas faixas etárias.

Neste quadro podem ser acrescentadas linhas de acordo com a necessidade.

PREENCHIMENTO:

- a) Nº do trimestre e ano em curso;
- b) Assinalar o nº de acções de sensibilização por ciclo. Caso a mesma acção abranja alunos de diferentes ciclos, colocar o número de acções em cada coluna e fazer referência da actividade nas observações. Por exemplo:

Nº Acções Sensibilização b)					
Pré	1ºC	2ºC	3ºC	Sec	Obs
		1	1	1	<i>1 sessão "diz-me o que comes, dir-te-ei quem és" destinada a todos os alunos do 2º, 3º ciclo e ensino secundário, promovida no âmbito da "Semana Saudável", pela Escola nº 7, em parceria com o Centro de Saúde e a Câmara Municipal</i>

- c) Registrar se algumas das acções foram realizadas no âmbito de algum dia temático, projecto ou programa.

ANEXO VIII
DOCUMENTO DE INFORMAÇÃO SOBRE O RASTREIO
NÚCLEO REGIONAL DO ALENTEJO DA PLANTAFORMA
CONTRA A OBESIDADE



RASTREIO

No próximo dia ____ de _____ de _____, terá lugar neste estabelecimento de ensino, um rastreio para a determinação de IMC/Percentil (avaliação do peso e estatura) às crianças nascidas em _____.

Este rastreio realiza-se de acordo com Protocolo estabelecido entre a Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP e a Direcção Regional de Educação do Alentejo.

_____, ____ de _____ de _____

A Coordenadora do Núcleo Regional do Alentejo
da Plataforma Contra a Obesidade

Maria Cristina Vasconcelos Miranda

ANEXO IX
DOCUMENTO DE INFORMAÇÃO SOBRE O RASTREIO
ENCAMINHAMENTO - NÚCLEO REGIONAL DO ALENTEJO DA
PLANTAFORMA CONTRA A OBESIDADE



Rastreio de Obesidade

____/____/____

Em avaliação realizada no âmbito do Programa de Saúde Escolar/ Programa de Combate à Obesidade, detectou-se que _____ apresenta peso inadequado para a sua idade/estatura (pré-obesidade), pelo que requer vigilância.

A Coordenadora do Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade

Maria Cristina Vasconcelos Miranda

Quer ter uma Alimentação Saudável?

Faça 5 a 7 refeições por dia	Tome sempre o pequeno-almoço	Consuma sempre sopa no início do almoço e do jantar
Consuma de preferência peixe e carnes magras	Tenha sempre produtos hortícolas em abundância no 2º prato	Coma 2 a 4 porções de fruta por dia
Modere o consumo de sal	Prefira métodos de confecção simples: cozidos, grelhados e estufados	Prefira o azeite para cozinhar e temperar os alimentos

Pratique actividade física diariamente!

Rastreio de Obesidade

____/____/____

Em avaliação realizada no âmbito do Programa de Saúde Escolar/ Programa de Combate à Obesidade, detectou-se que _____ apresenta peso inadequado para a sua idade/estatura (pré-obesidade), pelo que requer vigilância.

A Coordenadora do Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade

Maria Cristina Vasconcelos Miranda

Quer ter uma Alimentação Saudável?

Faça 5 a 7 refeições por dia	Tome sempre o pequeno-almoço	Consuma sempre sopa no início do almoço e do jantar
Consuma de preferência peixe e carnes magras	Tenha sempre produtos hortícolas em abundância no 2º prato	Coma 2 a 4 porções de fruta por dia
Modere o consumo de sal	Prefira métodos de confecção simples: cozidos, grelhados e estufados	Prefira o azeite para cozinhar e temperar os alimentos

Pratique actividade física diariamente!



Rastreio de Obesidade

_____/____/____

Em avaliação realizada no âmbito do Programa de Saúde Escolar /Programa de Combate à Obesidade, detectou-se que o seu educando(a) _____ apresenta peso inadequado para a sua idade/estatura, pelo que deverá consultar o seu Médico Assistente.

A Coordenadora do Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade

Maria Cristina Vasconcelos Miranda

Maria Cristina Vasconcelos Miranda

Rastreio de Obesidade

_____/____/____

Em avaliação realizada no âmbito do Programa de Saúde Escolar /Programa de Combate à Obesidade, detectou-se que o seu educando(a) _____ apresenta peso inadequado para a sua idade/estatura, pelo que deverá consultar o seu Médico Assistente.

A Coordenadora do Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade

Maria Cristina Vasconcelos Miranda

Maria Cristina Vasconcelos Miranda

ANEXO X
EMENTA PARA O WORKSHOP
E SEUS VALORES CALÓRICOS

EMENTA – WORKSHOP

VALOR CALÓRICO DA EMENTA APRESENTADA

SOPA

CREME DE COENTROS:

Ingredientes:

- Batata - 1kg
- Cenoura – 200g
- Courgette – 2 média
- Couve bombarda – 1 pequena
litros
-
- Cebola - 1 pequena
- Coentros – 200 g
- Azeite
- Sal

Batata	85Kcal
Cenoura	17Kcal
Cougette	60 Kcal
Couve lombarda	16 Kcal
Cebola	15 Kcal
Coentros	22 Kcal
Azeite	100 Kcal
Sal	0 Kcal
Água	0 Kcal
Valor calórico total: 315 Kcal/100gr	

O valor calórico é calculado por 100gr. de alimento (de parte edível)

PREPARAÇÃO

Começamos por descascar os legumes e cortar em pedaços grandes.

Lavam-se muito bem e colocam-se dentro de uma panela, excepto os coentros, cobrimos com água e temperamos com sal.

Coloca-se ao lume para cozer.

Quando os legumes estiverem quase cozidos juntamos os coentros.

Quando tudo estiver cozido passamos a sopa até estar em creme e juntamos o azeite.

Passamos por um chinês ou passador para retirar alguns fios formados por os legumes.

Levamos novamente ao lume para levantar fervura retifica-se o tempero e esta pronto.

PRATO DE CARNE

BIFE DE PERU GRELHADO COM MASSA FUZILE SALTEADA EM JULIANA DE LEGUMES.

Ingredientes:

- Bifes de peru – 20 bifeinhos pequenos
- Alhos - 3 dentes
- Sal - qb

Bifes de peru	108 Kcal
Alhos	67 Kcal
Sal q.b.	0 Kcal
Valor calórico total: 175 Kcal/100gr	

- Massa fusilli – 500g
- Courgette – 1 média
- Cenoura – 2 médias
- Alho francês – 1 médio
- Azeite
- Sal

Massa fuzile	101 Kcal
Cougette	17 Kcal
Cenoura	60 Kcal
Alho francês	21 Kcal
Azeite	100 Kcal
Sal	0 Kcal
Valor calórico total: 299 Kcal/100gr	

Valor calórico total (Prato de Carne): $175 + 299 = 474\text{Kcal}/100\text{gr}$
O valor calórico é calculado por 100gr. de alimento (de parte edível)

PREPARAÇÃO

Começamos por temperar os bifes com sal e os dentes de alhos laminados. Deixamos ficar.

Colocamos um tacho com água e sal ao lume, quando estiver a ferver juntamos a massa para cozer.

Enquanto a massa coze vamos preparar os legumes.

Descascamos e cortamos os legumes em palitos muito fininhos.

Quando a massa estiver cozida escoremo-la num passador e arrefecemo-la em água corrente. Reservamos.

Numa frigideira grande colocamos um pouco de azeite, quando estiver quente juntamos o alho francês, deixamos estufar um pouco acrescentamos a cenoura e por fim a courgette. Quando os legumes estiverem estufados juntamos a massa e salteia-se um pouco refica-se os temperos e está pronto.

Aquece-se a chapa muito bem e grelham-se os bifes.

PRATO DE PEIXE

PEIXE NO FORNO COM RATATUI DE LEGUMES.

Ingredientes:

Peixe no forno	Ratatui de legumes
<ul style="list-style-type: none">➤ Posta de perca – 2 kg➤ Alhos – 3 dentes➤ Salsa – 1 raminho➤ Cebola – 3 cebolas médias➤ Azeite➤ Vinho branco – 2 dl➤ Limão – 3➤ Sal	<ul style="list-style-type: none">➤ Azeite➤ Cebolas – 3 picadas➤ Dentes de alho – 3➤ Beringela – 1.500g➤ Pimentos – 3 unidades➤ Courgette – 1.500kg➤ Alho francês – 1 unidade➤ Agua – 3 dl➤ Sal➤ Orégãos – 3 colheres de sopa➤ Tomate cacho – 6 unidades

Posta de perca	153 Kcal
Alhos	67 Kcal
Salsa	14 Kcal
Cebola	15 Kcal
Azeite	100 Kcal
Vinho branco	72 Kcal
Limão	26 Kcal
Sal	0 Kcal
Valor calórico total:	447 Kcal/100gr

Azeite	100 Kcal
Cebolas	15 Kcal
Dentes de alho	67 Kcal
Beringela	89 Kcal
Pimentos	30 Kcal
Courgettes	17 Kcal
Alho francês	21 Kcal
Água	0 Kcal
Sal	0 Kcal
Orégãos	
Tomate cacho	19 Kcal
Valor calórico total:	358 Kcal

Valor calórico total (Prato de Peixe): $447 + 358 = 805\text{Kcal}/100\text{gr}$.
O valor calórico é calculado por 100gr. de alimento (de parte edível)

PREPARAÇÃO

Começamos por temperar o peixe com sal e sumo de limão. Reservamos.

Num tabuleiro colocamos as cebolas em meias luas finas e alhos picados, colocamos um fio de azeite, dispõe o peixe e cobrimo-lo com mais cebolas às meias luas, regamos com

mais um fio de azeite e um fio de vinho branco, colocamos uns pés de salsa e vai ao forno médio para assar.

Enquanto o peixe assa preparamos o ratatui da seguinte forma:

Aqueça o azeite num tacho grande e saltei a cebola e o alho durante cerca de 10 minutos, mexendo de vez em quando.

Retire o alho.

Junte a beringela e o pimento e deixe cozer durante cerca de 5 minutos, mexendo frequentemente.

Adicione as courgettes, a água, o sal, os orégãos e o açúcar.

Quando levantar fervura, tape e deixe cozer em lume brando durante cerca de 30 minutos, mexendo de vez em quando.

Junte os gomos de tomate e deixe ferver mais 10 a 15 minutos.

SOBREMESA

ESPETADA DE VÁRIOS FRUTOS

Ingredientes:

(Frutas a gosto que não oxidem depois de descascadas)

PREPARAÇÃO

Descascamos e cortamos o abacaxi em quadrados pequenos. Reservamos.

Descascamos e cortamos o kiwi em quatro. Reservamos

Lavamos e cortamos os morangos em quatro. Reservamos.

Lavamos e cortamos as uvas ao meio. Reservamos.

Depois e só irmos espetando num pau de espetadas os vários tipos de fruta.

ANEXO XI
A NOVA RODA DOS ALIMENTOS

A Inova

RODA DOS ALIMENTOS

... um guia para a escolha alimentar diária!



COMA BEM, VIVA MELHOR!

ANEXO XXII

**FOLHETO “RECOMENDAÇÕES PARA UMA ALIMENTAÇÃO
DIÁRIA MAIS SAUDÁVEL”**

O QUE É UMA PORÇÃO?*

POR DIA
quantas porções
são necessárias? **

Cereais e derivados, tubérculos

4 a 11

- 1 pão (50g)
- 1 fatia fina de broa (70g)
- 1 e 1/2 batata - tamanho médio (125g)
- 5 colheres de sopa de cereais de pequeno-almoço (35g)
- 6 bolachas - tipo *Maria* / *água e sal* (35g)
- 2 colheres de sopa de arroz / massa crus (35g)
- 4 colheres de sopa de arroz / massa cozinhados (110g)

Hortícolas

3 a 5

- 2 chávenas almoçadeiras de hortícolas crus (180g)
- 1 chávena almoçadeira de hortícolas cozinhados (140g)

Fruta

3 a 5

- 1 peça de fruta - tamanho médio (160g)

Lactínios ***

2 a 3

- 1 chávena almoçadeira de leite (250ml)
- 1 iogurte líquido ou 1 e 1/2 iogurte sólido (200g)
- 2 fatias finas de queijo (40g)
- 1/4 de queijo fresco - tamanho médio (50g)
- 1/2 requeijão - tamanho médio (100g)

Carnes, pescado e ovos

1,5 a 4,5

- Carnes / pescado crus (30g)
- Carnes / pescado cozinhados (25g)
- 1 ovo - tamanho médio (55g)

Leguminosas

1 a 2

- 1 colher de sopa de leguminosas secas cruas (ex: grão de bico, feijão, lentilhas) (25g)
- 3 colheres de sopa de leguminosas frescas cruas (ex: ervilhas, favas) (80g)
- 3 colheres de sopa de leguminosas secas / frescas cozinhadas (80g)

Gorduras e óleos

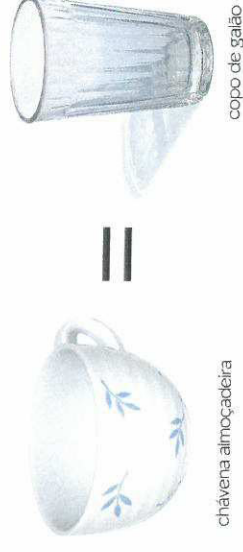
1 a 3

- 1 colher de sopa de azeite / óleo (10g)
- 1 colher de chá de banha (10g)
- 4 colheres de sopa de nata (30ml)
- 1 colher de sobremesa de manteiga / margarina (15g)

Como se utiliza?

Diariamente devem comer-se porções de todos os grupos de alimentos.

O número de porções recomendado depende das necessidades energéticas individuais. As crianças de 1 a 3 anos devem guiar-se pelos limites inferiores e os homens activos e os rapazes adolescentes pelos limites superiores; a restante população deve orientar-se pelos valores intermédios.



chávena almoçadeira

copo de vidro

colher de:

sopa

sobremesa

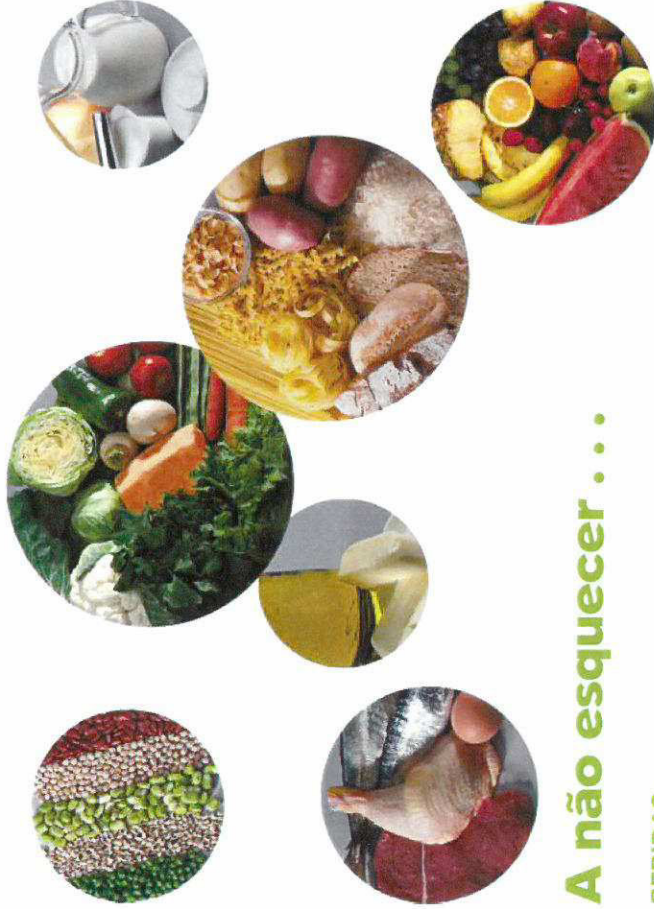
chá



* As equivalências alimentares apresentadas tiveram por base valores estabelecidos de nutrientes. Glicídios/hidratos de carbono - nos grupos dos cereais e derivados, tubérculos (28g), hortícolas (6g) e fruta (14g); proteínas - no caso de lactínios (8g) (onde também se teve em linha de conta o valor de cálcio - 300mg), carnes, pescado e ovo (6g) e leguminosas (6g); e lipídios para o grupo de gorduras e óleos (10g).

** Os valores limite (mínimo e máximo) das porções aqui recomendadas foram calculados para os valores energéticos de 1300Kcal e 3000Kcal, sendo a quantidade intermédia correspondente a um plano alimentar de 2200Kcal.

*** A generalidade da população deve consumir 2 porções, com excepção de crianças e adolescentes, que necessitam de 3 porções.



A não esquecer . . .

BEBIDAS

Embora a água seja a melhor bebida para satisfazer a sede, pode também recorrer-se a **outras bebidas que não contêm adição de açúcar, álcool ou cafeína**. Os sumos de fruta naturais e os chás sem cafeína (camomila, cidreira, limão, tilia...) são exemplos destas bebidas.

O café e alguns chás e refrigerantes contêm **cafeína**, substância estimulante cuja ingestão deve ser **limitada a um máximo de 300mg por dia**. No caso de crianças e adolescentes o seu consumo está desaconselhado.

Teores médios de cafeína (mg)			
	Homens	Mulheres	
1 Café cheio	125	1 Refrigerante de Cola	46
1 Café médio	115	1 Chávena de Chá	36
1 Café curto	104	1 Descafeinado	2

As bebidas alcoólicas contêm por definição, **álcool etílico ou etanol**. O seu consumo é **totalmente desaconselhado a crianças, jovens, grávidas e aleitantes**. Com **moderação, e a acompanhar as refeições**, os adultos podem consumi-las sem risco.

Bebida (grau alcoólico)	Ingestão máxima admissível / dia	Mulheres
Cerveja (5°)	3 copos fino/imperial	2 copos fino/imperial
Vinho (12°)	2 copos pequenos	1 copo pequeno
Whisky (40°)	1/3 de copo	1/5 de copo

AÇÚCAR E PRODUTOS AÇUCARADOS

Refrigerantes, bolos, chocolates, compotas, rebuçados e outros doces são exemplos de alimentos especialmente ricos em açúcar. O consumo deste tipo de alimentos deve ser feito, preferencialmente, **no final das refeições**, e a sua ingestão não deve ser diária mas sim restrita a **ocasiões festivas**.

A **leitura cuidadosa dos rótulos** é fundamental na selecção de alimentos com reduzido teor em açúcares. Sob a designação de açúcares engloba-se, por exemplo, **sacarose** (vulgar açúcar de mesa), **glucose, dextrose, frutose, maltose, lactose, açúcar invertido, mel, melação, xarope de . . .**

SAL E PRODUTOS SALGADOS

A quantidade de **sal** (quimicamente designado por cloreto de **sódio** - NaCl) ingerida por dia deve ser **inferior a 5g**. A melhor forma de satisfazer esta recomendação é **moderar** não só o **consumo de produtos salgados** (por ex: produtos de salchicharia/charcutaria, alimentos enlatados, batatas fritas, aperitivos, . . .) mas também a utilização de **sal em natureza**.

A **leitura atenta dos rótulos** é fundamental na selecção de alimentos com reduzido teor de sal e sódio. O termo **sódio isolado ou em combinação com outras palavras** (por ex: cloreto de sódio) é utilizado para descrever a fonte de sódio presente no alimento.

A substituição do sal por **ervas aromáticas** (alho, alcaçofim, alho, cebolinho, coentro, estragão, hortelã, louro, orégão, salsa, . . .) e **especiarias** (açafraão, baunilha, canela, cardo, colorau, noz-moscada, . . .) na preparação e confeção de alimentos é uma boa forma de adicionar sabor e realçar a cor aos alimentos.

MANTER UM PESO SAUDÁVEL . . .

Seguir as recomendações da nova Roda dos Alimentos e praticar Actividade Física moderada e regular é fundamental para a obtenção de um peso corporal saudável.

Um simples passeio a pé com duração de pelo menos 30 minutos realizado diariamente, é um bom exemplo de actividade física moderada e regular.

Na população adulta, o **índice de Massa Corporal (IMC)** é uma medida que permite avaliar a adequação entre peso e altura.

$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{[\text{Altura (m)}]^2}$$

Se IMC . . .

< 18,5 = **baixo peso**
 18,5 — 24,9 = **peso normal**
 25,0 — 29,9 = **excesso de peso**
 > 30,0 = **obesidade**



O que nos ensina?

De uma forma simples, a nova Roda dos Alimentos transmite as orientações para uma **Alimentação Saudável**, isto é, uma alimentação:

- › **completa** - comer alimentos de cada grupo e beber água diariamente;
- › **equilibrada** - comer maior quantidade de alimentos pertencentes aos grupos de maior dimensão e menor quantidade dos que se encontram nos grupos de menor dimensão, de forma a ingerir o número de porções recomendado; e
- › **variada** - comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando diariamente, semanalmente e nas diferentes épocas do ano.

ANEXO XI
LISTA DE PORÇÕES DE VÁRIOS NUTRIENTES SUGERIDOS
POR CARMO (2007) PARA CRIANÇAS DE TRÊS ANOS DE
IDADE

Quadro nº 7 – Porções de nutrientes - Vitaminas e Sais Minerais – recomendadas para este grupo etário

Grupo	Nutrientes	Idade (anos)	Doses diárias recomendadas DDR (mg RE)
Vitaminas	Vitaminas A - Retinol	1-3	400
	Vitaminas B1 - Tiamina	1-3	0,7
	Vitaminas B2 – Riboflavina	1-3	0,8
	Vitaminas B3 - Niacina	1-3	9
	Vitaminas B5 – Ácido Pantoténico	1-3	3
	Vitaminas B6 – Piridoxina	1-3	1,0
	Vitaminas B8 – Biotina	1-3	20
	Vitaminas B9 – Ácido Fólico	1-3	50
	Vitaminas B12 – Cianocobalamina	1-3	1,7
	Vitaminas C – Ácido Ascórbico	1-3	40
	Vitaminas D - Calcifrol	1-10	10
	Vitaminas E - Tocoferol	1-3	6
	Vitaminas K – Filoquinona, Menaquinona, Menadiona	1-3	15
Sais Minerais	Cálcio	1-10	800
	Fósforo		800
	Magnésio	1-3	80
	Sódio	-	500-3000
	Enxofre	-	c/ aminoácidos
	Ferro	3-6	6,6
	Flúor	-	1,5 - 4,0
	Manganésio	-	2,5 - 5
	Crómio	-	0,05- 0,2
	Selénio	-	Homem70 Mulher 55
	Zinco	-	Homem15 Mulher 12
	Cobalto	-	-
	Iodo	-	150
	Lítio	-	-

Fonte: Adaptado de Carmo, Isabel (2007) - Alimentação saudável, alimentação segura. 3ª ed

APÊNDICES

APÊNDICE I
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO
AOS PRÉ-ESCOLARES DO AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE
SANTIAGO DO CACÉM

Exma. Senhora Directora
Professora Paula Lopes
Agrupamento de Escolas de Santiago do Cacém

Custódia Maria Sobral Silva Mancinhos Malveiro Matias, portadora do bilhete de identidade nº 5407235 emitido em 25-01-2001 no arquivo de identificação de Lisboa, está a frequentar o 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária, aluna nº 3638, no 2º semestre do ano lectivo de 2010/2011 na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Solicita a vossa Ex.^a autorização para desenvolver, no âmbito do referido mestrado, um **questionário dirigido aos pais**, sobre hábitos alimentares nas crianças em idade pré-escolar, a frequentarem o Agrupamento de Escolas de Santiago do Cacém.

Para concretizar um dos requisitos do programa da luta contra a obesidade, no protocolo entre a Direcção Regional da Educação do Alentejo e a Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP, este questionário será um complemento ao trabalho desenvolvido, e especificado, permitindo intervir na prevenção e controlo da pré-obesidade e obesidade.

Na sequência da aplicação e avaliação deste inquérito, prevêem-se actividades no âmbito da promoção de Estilos de Vida Saudáveis, que dêem resposta a alguma problemática identificada, durante o 1º e 2º período do ano lectivo 2011/2012.

O calendário dos contactos com a escola reparte-se por vários momentos, em que alguns serão ainda neste ano lectivo e os restantes durante o primeiro e o segundo períodos do próximo ano lectivo.

Pede deferimento

Santiago do Cacém, 20 de Maio de 2011

Custódia Maria Sobral Silva M. Malveiro M.

APÊNDICE II
CRONOGRAMA

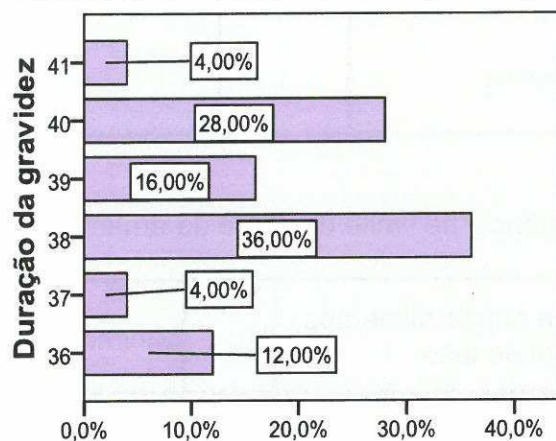
CRONOGRAMA DO ESTÁGIO

Atividades	Outubro 2011	Novembro 2011	Dezembro 2011	Janeiro 2012	Fevereiro 2012	Março
Encontros c/ Enfermeira da UCC						
Encontros c/ Enfermeira da USF						
Realização do projeto						
Pesquisa Bibliográfica						
Reuniões c/ professores						
Reuniões c/ pais e Intervenção					04-02-2012 / 10h00	
Distribuição questionários						
Estabelecer parcerias						
Recolha questionários						
Aval. IMC e Intervenção / Escola F	25-10-2011 / 9h	14-11-2011 / 15h		25-01-2012 / 10h00		
Aval. IMC e Intervenção / Escola E	02-11-2011 / 9h	21-11-2011 / 15h		27-01-2012 / 10h00		
Aval. IMC e Intervenção / Escola B	27-10-2011 / 9h	16-11-2011 / 9h		23-01-2012 / 10h00		
Aval. IMC e Intervenção / Escola C	26-10-2011 / 9h	17-11-2011 / 9h		30-01-2012 / 15h30		
Aval. IMC e Intervenção / Escola A	02-11-2011 / 9h	21-11-2011 / 9h			07-02-2012 / 15h30	
Aval. IMC e Intervenção / Escola D	28-10-2011 / 9h	17-11-2011 / 10h		06-02-2012 / 10h00		
Tratamento de dados						
Avaliação						
Redação do Relatório						

APÊNDICE III
RESULTADOS OBTIDOS
ANTECEDENTES PESSOAIS DAS CRIANÇAS

ANTECEDENTES PESSOAIS DAS CRIANÇAS

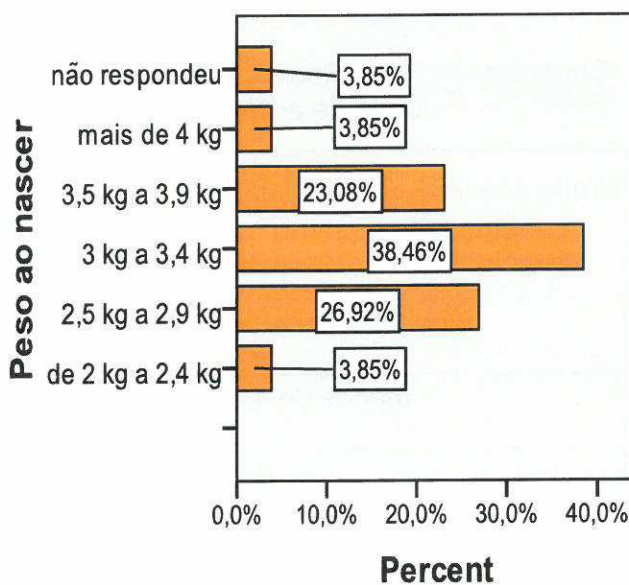
Gráfico nº 1 – Tempo de duração da gravidez



Quadro nº 1 - Frequência do peso da criança ao nascer

Peso ao nascer	Frequência
de 2 kg a 2,499 kg	1
de 2,500 kg a 2,999kg	7
de 3kg a 3,499 kg	10
de 3,500kg a 3,999 kg	6
mais de 4kg	1
não respondeu	1
Total	26

Gráfico nº 2 – Peso da criança ao nascer



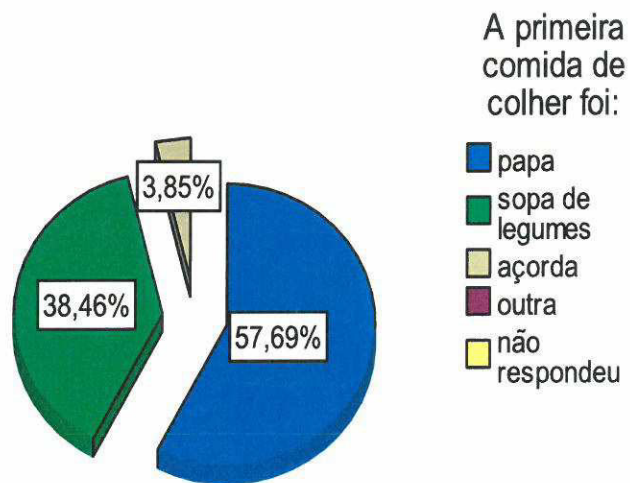
Quadro nº 2 – Estatística descritiva do peso da criança ao nascer

Peso ao nascer	N	Mínimo	Máximo	Média
Peso ao nascer	25	2,400	4,160	3,25872
<i>missing</i>	1			

Quadro nº 6 - Idade, por frequência, de introdução outros alimentos, além do leite

Idade introdução de outros alimentos além do leite	Frequência
menos de 4 meses	2
4 meses	15
5 meses	2
6 meses	3
mais de 6 meses	2
não respondeu	2
Total	26

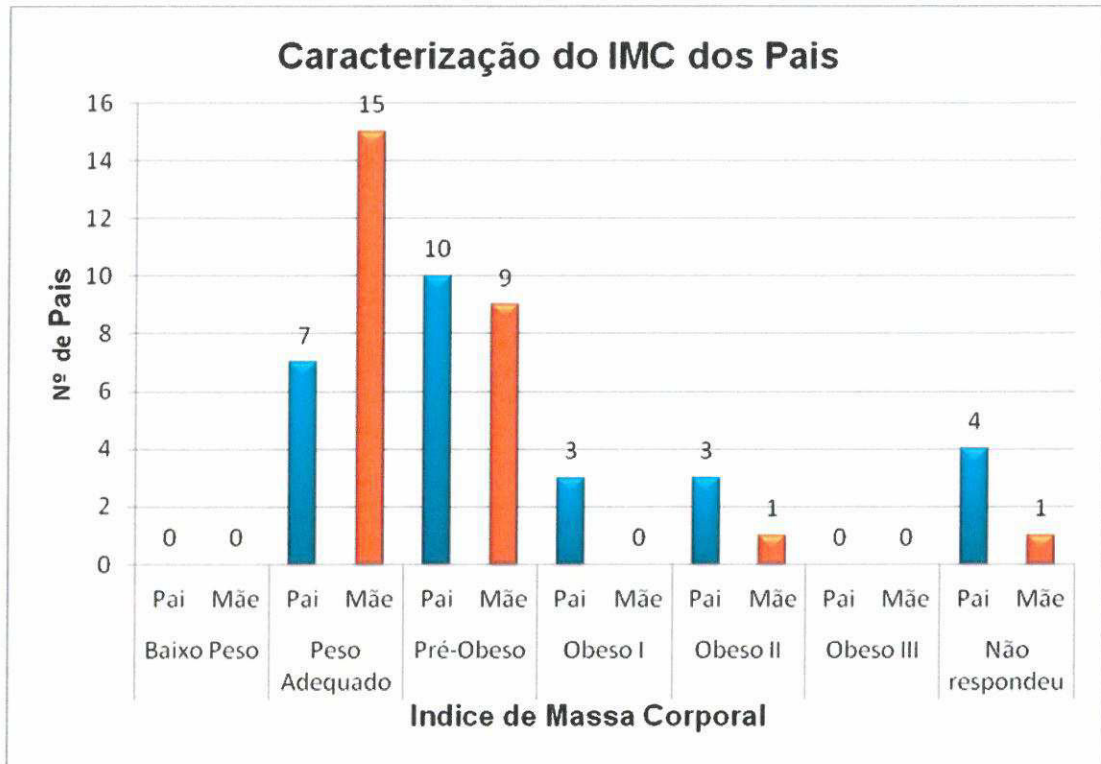
Gráfico nº 4 - A primeira comida com colher



APÊNDICE IV
RESULTADOS OBTIDOS
ANTECEDENTES FAMILIARES DAS CRIANÇAS

ANTECEDENTES FAMILIARES DAS CRIANÇAS

Gráfico nº 6 – Caracterização do Índice de Massa Corporal dos pais



APÊNDICE V
GUIA DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

GUIA DE ENTREVISTA AOS EDUCADORES

Hábitos alimentares das crianças com 3 anos de idade, nascidas em 2008. Escola _____

Qual o espaço ou sala onde comem as crianças?

Quem fornece as refeições?

Quem programa as ementas?

Comem o mesmo prato que as crianças mais velhas?

Quantas refeições fazem por dia na escola?

Há crianças que vão almoçar a casa?

Quantas crianças bebem o 'leite escolar'?

Qual a sua percepção sobre a adequação da composição dos lanches que vem de casa?

Obrigado pela Colaboração, (2012) Custódia Malveiro

APÊNDICE VI
ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

QUESTIONÁRIO AOS EDUCADORES – Resultados

Escola	Qual o espaço ou sala onde comem as crianças?	Quem fornece as refeições?	Quem programa as ementas?	Comem o mesmo prato que as crianças mais velhas?	Quantas refeições fazem por dia na escola?	Há crianças que vão almoçar a casa?	Quantas crianças bebem o leite escolar?	Qual a sua percepção sobre a adequação da composição dos lanches que vem de casa?
A	Na sala dos prolongamentos	A Câmara Municipal Santiago do Cacém	A Câmara Municipal (nutricionista)	Sim	3 refeições '2 lanches e almoço'	Não	Todas	Parecem-me adequados
B	Cantina da Associação de Moradores de Aldeia dos Chãos	A Câmara Municipal Santiago do Cacém	A Câmara Municipal (nutricionista)	Sim	Uma	Não	Todas	Apesar de notar mais cuidados, ainda se verifica que os pais mandam só coisas doces 'muito doces' e de compra
C	Na sala dos prolongamentos	O Centro de Dia da Abela	A Assistente Social do Centro de Dia	Sim	3 refeições '2 lanches e almoço'	Sim apenas uma criança	Ninguém bebe	Não é o mais adequado. A maior parte dos alimentos são muito açucarados.
D	Na Associação de Moradores de S. Bartolomeu	Câmara Municipal de Santiago do Cacém	A nutricionista A Câmara Municipal	sim	Lanche da manhã, almoço e lanche da tarde	Não	12 crianças de um universo de 13 (todas as crianças de 3 anos)	Parecem-me adequados
E	Lancham no espaço destinado ao CAF e o almoço num	A Câmara Municipal de Santiago do Cacém	A nutricionista A Câmara de Santiago do Cacém	Sim	3 refeições	Não	Dum grupo de 14 crianças '7 bebem leite	A maioria das crianças traz uma lancheira para todo o dia com alimentos saudáveis 'Sandes, leite, gelatina biscoitos'

**Quadro 2 – Análise de conteúdo das entrevistas aos educadores de infância/escola.
Hábitos alimentares das crianças, nascidas em 2008**

Unidades de registo	Unidades de contexto		Unidade de quantificação
	Categorias	Subcategorias	
Espaço para as refeições	Refeitório escola	Almoço	2
	Refeitório Centro de Dia	Almoço	1
	Sala da Associação Moradores	Almoço	3
	Casa família	Almoço	2*
	Sala na escola	Lanches	6
Fornecedor das refeições	Refeitório escola sede	Urbana	1
	Refeitório antiga escola/ Urbana	Rural/Transportado	4
	Refeitório Centro de Dia	Rural	1
Programação das ementas	Educadora de infância/Direção	Urbana	1
	Nutricionista Autarquia	Rural	4
	Assistente Social	Rural	1
Comem o mesmo que crianças mais velhas	Igual para todos	Almoço	6
Nº refeições / dia na escola	Três	Almoço + 2 lanches	6
Consumo de 'leite escolar'	Sim	alguns	2
		maioria	1
		todos	2
	Não		1

(Continua)

*corresponde ao número de crianças, restante quantificação corresponde ao nº de escolas

(continuação)

Unidades de registo	Unidades de contexto		Unidade de quantificação
	Categorias	Subcategorias	
Perceção sobre a adequação da composição dos lanches	“razoável”		1
	“lancheira com alimentos saudáveis (maioria)”	“sandes, leite, gelatina, biscoitos”	1
	“parecem-me adequados”		1
	“não é o mais adequado (maior parte)”	“alimentos são muito açucarados”	1
	“nota mais cuidado, mas ainda (...) mandam só coisas doces”	“(muito doces) e de compra	1
	“por vezes há demasiadas bolachas com chocolate e leite com chocolate	“alguns trazem fruta”	1

QUESTIONÁRIO AOS EDUCADORES – Resultados

Escola	Qual o espaço ou sala onde comem as crianças?	Quem fornece as refeições?	Quem programa as refeições?	Comem o mesmo prato que as crianças mais velhas?	Quantas refeições fazem por dia na escola?	Há crianças que vão almoçar a casa?	Quantas crianças bebem o leite escolar?	Qual a sua perceção sobre a adequação da composição dos lanches que vem de casa?
A	Na sala dos prolongamentos	A Câmara Municipal Santiago do Cacém	A Câmara Municipal (nutricionista)	Sim	3 refeições ‘2 lanches e almoço’	Não	Todas	Parecem-me adequados
B	Cantina da Associação de Moradores de Aldeia dos Chãos	A Câmara Municipal Santiago do Cacém	A Câmara Municipal (nutricionista)	Sim	Uma	Não	Todas	Apesar de notar mais cuidados, ainda se verifica que os pais mandam só coisas doces ‘muito doces’ e de compra
C	Na sala dos prolongamentos	O Centro de Dia da Abela	A Assistente Social do Centro de Dia	Sim	3 refeições ‘2 lanches e almoço’	Sim apenas uma criança	Ninguém bebe	Não é o mais adequado. A maior parte dos alimentos são muito açucarados.
D	Na Associação de Moradores de S. Bartolomeu	Câmara Municipal Santiago do Cacém	A nutricionista A Câmara Municipal	sim	Lanche da manhã, almoço e lanche da tarde	Não	12 crianças de um universo de 13 (todas as crianças de 3 anos)	Parecem-me adequados
E	Lancham no espaço destinado ao CAF e o almoço num	A Câmara Municipal Santiago do Cacém	A nutricionista A Câmara de Santiago do Cacém	Sim	3 refeições	Não	Dum grupo de 14 crianças ‘7 bebem leite	A maioria das crianças traz uma lancheira para todo o dia com alimentos saudáveis ‘Sandes, leite, gelatina biscoitos’

APÊNDICE VII
RESULTADOS OBTIDOS
FREQUÊNCIA ALIMENTAR DAS CRIANÇAS

FREQUÊNCIA ALIMENTAR DAS CRIANÇAS

Quadro nº 8 – Frequência de consumo de alimentos das crianças

Frequência com que a criança	Nunca ou raramente	1 vez de 15/15 dias	4 a 7 vezes /semana	Mais de 1 vez / dia	Não respondeu	Total
bebe Leite magro ou meio gordo	1	4	7	14	0	26
bebe leite gordo	18	2	0	2	4	26
bebe bebidas de soja	22	1	0	0	3	26
bebe leite aromatizado	9	3	8	4	2	26
come/bebe iogurte	0	5	13	8	0	26
come sobremesas lácteas	12	10	2	1	1	26
come gelados	13	12	0	0	1	26
come queijo fresco, requeijão/q. magro	14	9	1	0	2	26
come queijo gordo	15	10	0	0	1	26
come enchidos	19	6	1	0	0	26
come carne	1	9	15	1	0	26
come peixe	0	12	13	1	0	26
come ovos	4	21	1	0	0	26
come mantei./margara	3	8	12	3	0	26
come azeite	1	5	16	4	0	26
come pão	0	5	12	9	0	26
come pão escuro	16	4	2	1	3	26
come cereais peq.-al.	8	11	7	0	0	26
come sopa de legumes/hortaliça	1	3	14	8	0	26
come hortícolas	2	6	14	3	1	26
come fruta fresca	2	1	8	15	0	26
bebe sumo de fruta 100%	5	13	3	5	0	26
come batata frita de pacote, snakcs, pipocas	11	15	0	0	0	26
come rebuçados, gomas ou chocolates	5	19	2	0	0	26
come biscoitos/ bolachas, doces, bolos	5	15	3	2	1	26
come fast-food	15	11	0	0	0	26
bebe água	0	1	1	24	0	26

FREQUENCIA ALIMENTAR DAS CRIANÇAS

Quadro nº 9 - Frequência com que a criança bebe leite magro ou meio-gordo

A sua criança bebe Leite magro ou meio gordo	Frequência
Nunca ou raramente	1
1 x de 15 -15 dias	4
4 -7 x por semana	7
Mais de 1 x por dia	14
Total	26

Quadro nº 11- Frequência com que a criança Bebe leite aromatizado (ex. achocolatado)

A criança bebe leite aromatizado	Frequência
Nunca ou raramente	9
1 x de 15 -15 dias	3
4 -7 x por semana	8
Mais de 1 x por dia	4
Não respondeu	2
Total	26

Quadro nº 13 - Frequência com que a criança come gelados

A criança come gelados	Frequência
Nunca ou raramente	13
1 x de 15 -15 dias	12
Não respondeu	1
Total	26

Quadro nº 10 - Frequência com que a criança bebe leite gordo

A criança bebe leite gordo	Frequência
Nunca ou raramente	18
1 x de 15 -15 dias	2
Mais de 1 x por dia	2
Não respondeu	4
Total	26

Quadro nº12 - Frequência com que a criança bebe bebidas de soja

A criança bebe bebidas de soja	Frequência
Nunca ou raramente	22
1 x de 15 -15 dias	1
Não respondeu	3
Total	26

Quadro nº14 – Frequência com que a criança come sobremesas lácteas e outros produtos

A criança come queijo fresco, requeijão ou queijo magro	Frequência
Nunca ou raramente	14
1 x de 15 -15 dias	9
4 -7 x por semana	1
Não respondeu	2
Total	26

Quadro nº 21 - Frequência com que a criança come ovos

A criança come ovos	Frequência
Nunca ou raramente	4
1 x de 15 -15 dias	21
4 -7 x por semana	1
Total	26

Quadro nº 23 - Frequência com que a criança come azeite

A criança come azeite	Frequência
Nunca ou raramente	1
1 x de 15 -15 dias	5
4 -7 x por semana	16
Mais de 1 x por dia	4
Total	26

)

Quadro nº 25 - Frequência com que a criança come pão escuro (com sementes, de mistura, integral)

A criança come pão escuro	Frequência
Nunca ou raramente	16
1 x de 15 -15 dias	4
4 -7 x por semana	2
Mais de 1 x por dia	1
não respondeu	3
Total	26

Quadro nº 22 - Frequência com que a criança come manteiga/margarina

A criança come fast-food	Frequência
Nunca ou raramente	3
1 x de 15 -15 dias	8
4 -7 x por semana	12
Mais de 1 x por dia	3
Total	26

Quadro nº 24- Frequência com que a criança come pão

criança come pão	Frequência
1 x de 15 -15 dias	5
4 -7 x por semana	12
Mais de 1 x por dia	9
Total	26

Quadro nº 26 - Frequência com que a criança come cereais de pequeno-almoço

A criança come cereais de pequeno-almoço	Frequência
Nunca ou raramente	8
1 x de 15 -15 dias	11
4 -7 x por semana	7
Total	26

Quadro nº 32- Frequência com que a criança come biscoitos/bolachas, doces, bolos,

A criança come biscoitos/ bolachas, doces, bolos, donuts	Frequência
Nunca ou raramente	5
1 x de 15 -15 dias	15
4 -7 x por semana	3
Mais de 1 x por dia	2
Não respondeu	1

Quadro nº 33 - Frequência com que a criança come rebuçados, gomas ou chocolates

A criança come rebuçados, gomas ou chocolates	Frequência
Nunca ou raramente	5
1 x de 15 -15 dias	19
4 -7 x por semana	2
Total	26

Quadro nº 35 - Frequência com que a criança come fast-food (pizza, batata frita, em casa)

A criança come fast-food	Frequência
Nunca ou raramente	15
1 x de 15 -15 dias	11
Total	26

A criança bebe água	Frequência
1 x de 15 -15 dias	1
4 -7 x por semana	1
Mais de 1 x por dia	24

APÊNDICE VII
RESULTADOS OBTIDOS
CARACTERÍSTICAS GERAIS DA FAMÍLIA

CARACTERÍSTICAS GERAIS DA FAMÍLIA DAS CRIANÇAS

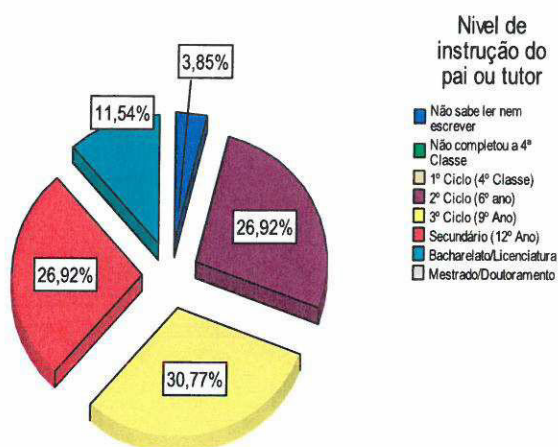
Quadro nº 27 – Frequência do número de pessoas que fazem parte do agregado família, excluindo a criança

Número de pessoas que fazem parte do agregado família	Frequência
1 adulto	1
2 adultos	9
2 adultos e 1 criança até aos 18 ano	11
2 adultos e 2 crianças até aos 18 anos	2
3 adultos	1
3 adultos e 2 crianças até aos 18 anos	1
1 adulto e 1 criança até aos 18 anos	1
Total	26

Quadro nº 28 - Frequência Nível de instrução do pai ou tuto

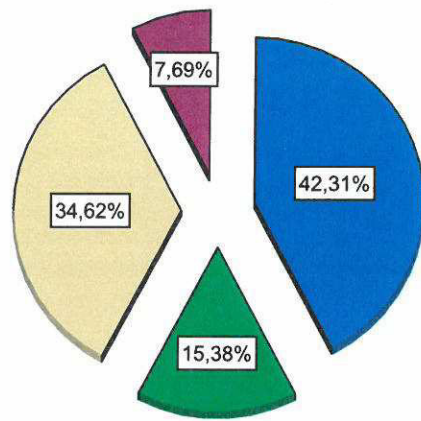
instrução do pai ou tutor	Frequência
Não sabe ler nem escrever	1
2º Ciclo (6º ano)	7
3º Ciclo (9º Ano)	8
Secundário (12º Ano)	7
Bacharelato/Licenciatura	3
Total	26

Gráfico nº 6 - Nível de instrução do pai ou tutor



Qual o tipo de casa que habitam actualmente

- Moradia
- Moradia geminada
- Apartamento
- Outro



APÊNDICE IX
VALORES DE IMC E PERCENTIL OBTIDOS EM EXCEL COM
CALCULADORA - IMC 20071

ID	Nome	Sexo	Data de Nascimento	Data da avaliação	Altura (centímetros)	Peso (quilogramas)	IMC	Percentil
Escola A	Pereira	F	19-06-2008	03-11-2011	98	16,4	17,1	86,0
Escola A	Gamito	F	24-05-2008	03-11-2011	90,1	13,5	16,6	79,4
Escola B	Parreira	F	22-07-2008	27-10-2011	98,4	15,6	16,1	65,8
Escola B	Antônio	M	09-09-2008	27-10-2011	102	17,9	17,2	83,7
Escola B	Raposo	M	28-08-2008	27-10-2011	91,8	12,4	14,7	11,9
Escola B	Mendes	F	15-09-2008	27-10-2011	92,5	13,4	15,7	49,9
Escola B	Guerreiro	M	19-04-2008	27-10-2011	102,4	16,3	15,5	40,8
Escola C	Chainho	F	12-08-2008	26-10-2011	99,3	18,8	19,1	97,9
Escola C	Silva	M	05-07-2008	26-10-2011	98	16,4	17,1	83,0
Escola C	Almeida	F	03-09-2008	26-10-2011	99,5	18	18,2	94,8
Escola C	Rodrigues	M	06-10-2008	26-10-2011	101,5	19,9	19,3	98,8
Escola C	Margarida	F	23-12-2008	26-10-2011	92	14,3	16,9	78,3
Escola C	Lopes	M	12-11-2008	26-10-2011	ausente			
Escola D	Amandio	M	24-05-2008	28-10-2011	97,1	18,3	19,4	99,3
Escola D	Filipa	F	27-07-2008	28-10-2011	93,2	14	16,1	65,8
Escola D	Bernardo	F	24-02-2008	28-10-2011	97,8	13,9	14,5	20,6
Escola D	Miguel	M	23-04-2008	28-10-2011	99	18,4	18,8	98,3
Escola D	Sobral	M	06-08-2008	28-10-2011	97,5	16	16,8	77,1
Escola E	Alexandra	F	07-05-2008	02-11-2011	97,2	16,5	17,5	90,7
Escola E	Brissos	M	09-11-2008	02-11-2011	91,2	13,4	16,1	52,7
Escola E	Santos	F	07-08-2008	02-11-2011	98,2	17,5	18,1	94,8
Escola E	Vieira	M	11-04-2008	02-11-2011	95,6	14,6	16,0	56,4
Escola E	Filipe	M	18-03-2008	02-11-2011	94,8	15,3	17,0	84,5
Escola F	Valéria	F	28-05-2008	25-10-2011	106	14,9	13,3	0,6
Escola F	Costa	M	23-07-2008	25-10-2011	94,8	13,7	15,2	27,1
Escola F	Campos	F	06-09-2008	25-10-2011	96,5	14,1	15,1	33,0
Escola F	Pacheco	F	06-04-2008	25-10-2011	101,5	17,2	16,7	81,4
Escola F	Pereira	F	02-12-2008	25-10-2011	88,5	12,7	16,2	63,0
Escola F	Monteiro	M	20-01-2008	25-10-2011	ausente			
Escola F	Maria	F	12-12-2008	25-10-2011	98,5	16	16,5	69,8
Escola F	Reis	F	14-10-2008	25-10-2011	100,5	14,2	14,1	5,6
Escola F	Oliveira	M	10-08-2008	25-10-2011	87,8	13,2	17,1	83,0
Escola F	Lúcia	F	13-03-2008	25-10-2011	97,8	14,9	15,6	54,6
Escola F	Antônio	M	06-07-2008	25-10-2011	97,2	15,2	16,1	56,8
Escola F	Correia	F	01-08-2008	25-10-2011	94,1	14,7	16,6	77,0
Escola F	Rodrigues	M	22-09-2008	25-10-2011	98,8	16,2	16,6	69,4

Apresentação dos dados de avaliação do IMC e Percentil das crianças na "Calculadora de IMC 20071" em excel

APÊNDICE X
GRELHA DE ANÁLISE PARA DETERMINAÇÃO DE
PRIORIDADES

Grelha de análise

Determinação de prioridades (Pineault e Daveluy, 1986, in Tavares)

Problemas	Crítérios	Recomendações
1 – Comportamento alimentar comprometido das crianças	<ul style="list-style-type: none">- Importância do problema (+)- Relação problema/fatores de risco -(+)- Capacidade técnica de intervir (+)- Exequibilidade (+)	1
2 – Excesso de peso dos pais	<ul style="list-style-type: none">- Importância do problema (+)- Relação problema/fatores de risco -(+)- Capacidade técnica de intervir (+)- Exequibilidade (--)	2

APÊNDICE XI
INTER-RELAÇÃO ACTIVIDADES/OBJETIVOS

Promover hábitos alimentares saudáveis em dois terços das crianças nascidas em 2008 do AESC

Motivar para a aceitação de uma alimentação saudável, pelo menos metade das crianças nascidas em 2008 do AESC

Atividade 1 – “Mostra de produtos”

Atividade 2 – “Sopa de inverno”

Atividade 3 – “A arte com frutos, e hortícolas”

Atividade 4 – “Degustação”

Alertar para a relação que existe entre o tipo de alimentação e a saúde, em mais de metade das famílias de crianças nascidas em 2008 do AESC

Atividade 5 – Realização e distribuição do folheto “Estratégias para alimentar crianças de dois e três anos”

Atividade 6 – “Roda dos alimentos”

Atividade 7 – “Oficina de cozinha”

Atividade 8 – Distribuição de “A Nova Roda dos Alimentos, com as recomendações para uma Alimentação Diária mais Saudável”

Atividade 9 – “Elaboração do Poster”

APÊNDICE XII
PLANIFICAÇÃO GLOBAL DAS ATIVIDADES POR
ESCOLA/DESTINATÁRIOS

PLANIFICAÇÃO GLOBAL – Atividades por escola/destinatários

ATIVIDADE			INTERVENIENTES		ESCOLA					
N.º	NOME	TIPO	CRIANÇAS	OUTROS	A	B	C	D	E	F
1	<i>“Mostra de produtos”</i>	Sessão de promoção e Educação para a Saúde	26	EDUCADORES	X	X		X	X	X
2	<i>“Sopa de inverno”</i>		19	EDUCADORES		X		X		X
3	<i>“A arte com frutos, legumes e hortícolas”</i>		26	EDUCADORES	X	X		X	X	X
4	<i>“Degustação”</i>		26	EDUCADORES	X	X		X	X	X
5	<i>“Estratégias p/ alimentar crianças de 2 e 3 anos”</i>	Folheto	34	PAIS EDUCADORES	X	X	X	X	X	X
6	<i>“Roda dos Alimentos”</i>		34	PAIS EDUCADORES	X	X	X	X	X	X
7	<i>“Oficina de cozinha - Alimentação saudável em idade pré-escolar”</i>	workshop	34	PAIS EDUCADORES ASS. OPERAC.	X	X	X	X	X	X
8	<i>“A Nova Roda dos Alimentos, com as recomendações para uma alimentação diária mais saudável”</i>	Folheto	34	PAIS EDUCADORES	X	X	X	X	X	X
9	<i>“Hábitos Alimentares”</i>	Poster	34	PAIS EDUCADORES	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE XIII
PLANIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES NA SALA DE JARDIM DE
INFÂNCIA A

PLANIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO – Ação de Educação para a saúde - Escola A

Atividade	<p>1 – “Mostra de produtos” – Sessão de educação para a saúde</p> <p>3 – “A arte com frutos e hortícolas” – Expressão por moldagem</p> <p>4 – “Degustação” – Comer hortícolas e frutos</p> <p>5 – Distribuição do folheto informativo: “Estratégias para alimentar crianças de dois e três anos”</p> <p>6 – “Roda dos alimentos” – Explicar os ‘grupos’ dos vários produtos</p> <p>7 – “Oficina de cozinha - Alimentação saudável em idade pré-escolar”: entrega do convite para os pais/encarregados de educação</p> <p>8 – Distribuição do folheto: “A Nova Roda dos Alimentos, com as recomendações para uma Alimentação Diária mais Saudável”</p>
Quem	Custódia Malveiro – Enfermeira; apoio da Educadora e Assistente Operacional
Quando	07-02-2012 / 15h30 – 16h30
Onde	Escola/Jardim-de-infância – A
Como	<p>Mostra de produtos utilizando o método expositivo (10 minutos), com apresentação às crianças de frutos e hortícolas.</p> <p>Explicar os ‘7 grupos’ dos produtos que constituem a roda dos alimentos. Dar relevância ao consumo dos produtos em referência, aos nutrientes que os enriquecem e à sua importância para a saúde, comendo salada e fruta todos os dias (15 minutos).</p> <p>Permitir a interação com as crianças através de perguntas e respostas, e que as crianças sintam o cheiro, a textura dos produtos, manipulando-os e identificando os que foram disponibilizados e a degustação de legumes crus e de frutos (15 min).</p> <p>Os produtos foram modelo, para manipular massa pão e moldar, reproduzindo-os (30 minutos).</p> <p>Intervenção com os pais explicar-lhes a “Importância das porções da roda dos alimentos” nos 3 anos de idade.</p> <p>Distribuição dos folhetos referidos nas atividade 5 e 8, sendo colocado pela Educadora nas respetivas mochilas para as crianças entregarem aos pais/encarregados de educação. As atividades foram organizadas de forma sequencial e interligadas.</p>
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">- Sensibilizar mais de metade das crianças para a importância de ingerirem sopa, fruta, hortícolas diariamente;- Envolver pelo menos dois terços das crianças na confeção dos alimentos para melhorar a aceitação dos mesmos na sua alimentação diária;

- Promover o conhecimento sobre alimentos saudáveis, identificando-os e enumerando-os pelo menos metade das crianças.

Avaliação

Participação interessada/atenta das crianças e encarregados de educação.

A totalidade das crianças enumerou e identificou a maioria dos produtos. As crianças souberam responder, porque é importante comer sopa todos os dias.

Motivação da Educadora, envolvendo-se e reforçando a dinâmica com as crianças.

Participaram na atividade: duas crianças de 3 anos e cinco de 4 a 5 anos. Recetividade: muito boa com a totalidade das crianças e pais presentes e palavras de apreço: 'muito interessante', 'muito importante', 'eles gostaram'.

Disponibilizados à Educadora materiais informativos sobre o tema alimentação saudável.

Considera-se que os objetivos foram alcançados.

A avaliação das atividades 5, 7 e 8 apenas se pode fazer tendo em conta que a entrega dos folhetos e convites concretizou-se para a totalidade das crianças levar aos pais/encarregados de educação.

A atividade 7 que incluía a entrega do convite para a mesma tinha sido antecipada em função da data prevista no dito.

APÊNDICE XIV
PLANIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES NA SALA DE JARDIM DE
INFÂNCIA B

PLANIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO – Ação de Educação para a saúde - Escola B

Atividade	<ol style="list-style-type: none">1 – “Mostra de produtos” – Sessão de educação para a saúde2 – “Sopa de inverno” – apresentação de uma história interativa3 – “A arte com frutos e hortícolas” – Expressão por desenho, recortes e colagem4 – “Degustação” – comer a sopa confeccionada com participação das crianças5 – Distribuição do folheto informativo: “Estratégias para alimentar crianças de dois e três anos”6 – “Roda dos alimentos” – Explicar os ‘grupos’ dos vários produtos7 – “Oficina de cozinha - Alimentação saudável em idade pré-escolar”: entrega do convite para os pais/encarregados de educação8 – Distribuição do folheto: “A Nova Roda dos Alimentos, com as recomendações para uma Alimentação Diária mais Saudável”
Quem	Custódia Malveiro – Enfermeira; apoio da Educadora e Assistente Operacional
Quando	23-01-2012 / 10h00 – 12h30 / 14h00 – 15h00
Onde	Escola/Jardim-de-infância - B
Como	<p>Contar a história utilizando o método expositivo (10 minutos). As crianças interagem na história através de perguntas e respostas, e identificando os hortícolas que trouxeram para a mostra de produtos e os que a enfermeira leva, manipulando e escolhendo os produtos adequados para se confeccionar a sopa de entre os disponibilizados na mesa. Permitir que as crianças sintam o cheiro, a textura dos produtos (15 minutos).</p> <p>Explicar os ‘7 grupos’ dos produtos que constituem a roda dos alimentos.</p> <p>Dar relevância ao consumo dos produtos em referência, aos nutrientes que os enriquecem, e à sua importância para a saúde, comendo sopa, salada e fruta todos os dias (30 minutos).</p> <p>Reprodução em desenho dos produtos disponibilizados, sua identificação (30 minutos). Construção de um cartaz ilustrativo dos hortícolas da sopa.</p> <p>Degustação da sopa na refeição do almoço.</p> <p>Distribuição dos folhetos referidos na atividade 5 e 8, sendo colocado pela Educadora nas respetivas mochilas para as crianças entregarem aos pais/encarregados de educação. As atividades foram organizadas de forma sequencial e interligadas.</p> <p>Durante o tempo de cozinhar a sopa as crianças brincam.</p>

Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar mais de metade das crianças para a importância de ingerirem sopa, fruta, hortícolas diariamente; - Envolver pelo menos dois terços das crianças na confeção dos alimentos para melhorar a aceitação dos mesmos na sua alimentação diária; - Promover o conhecimento sobre alimentos saudáveis, pelo menos metade das crianças; - Sensibilizar pelo menos metade dos pais e encarregados de educação para a importância da ingestão diária de sopa, fruta e hortícolas; - Promover o conhecimento sobre hábitos alimentares saudáveis em pelo menos dois terços dos pais/encarregados de educação das crianças; abrangidas pela intervenção de enfermagem na comunidade escolar do AESC; - Alertar para a relação existente entre a alimentação e a saúde ao longo do ciclo de vida, pelo menos em metade dos pais/encarregados de educação das crianças alvo.
Avaliação	<p>Participação interessada/atenta das crianças, resposta às questões. A totalidade das crianças enumerou e identificou a maioria dos produtos. Motivação da Educadora, envolvendo-se e reforçando a dinâmica com as crianças na confeção e degustação da sopa, propondo atividade complementar e em continuidade, como por exemplo a construção de um cartaz ilustrativo, com colagem dos recortes de imagens dos produtos hortícolas utilizados na sopa, apesar de já ter abordado o tema com as crianças em outubro 2011.</p> <p>Participaram nas atividade: cinco crianças de 3 anos e outras de 4 a 5 anos. Recetividade: muito boa, com a totalidade das crianças da população-alvo presentes.</p> <p>Souberam responder porque é importante comer sopa todos os dias.</p> <p>Colaboração com a Educadora na integração destas atividades no dossiê do seu projeto educativo, disponibilizando materiais informativos sobre o tema alimentação saudável à Educadora. Houve palavras de apreço: 'é sempre preciso falar da alimentação', 'repetindo eles vão aprendendo'.</p> <p>Considera-se que os objetivos foram alcançados.</p> <p>A avaliação das atividades 5, 7 e 8 apenas se pode fazer tendo em conta que a entrega dos folhetos e convites concretizou-se para a totalidade das crianças levar aos pais/encarregados de educação. Posteriormente pela adesão à atividade 7.</p>

APÊNDICE XV
PLANIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES NA SALA DE JARDIM DE
INFÂNCIA C

PLANIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO – Ação de Educação para a saúde - Escola C

Atividade	5 – Distribuição do folheto informativo: “Estratégias para alimentar crianças de dois e três anos” 7 – “Oficina de cozinha - Alimentação saudável em idade pré-escolar”: entrega do convite para os pais/encarregados de educação 8 – Distribuição do folheto: “A Nova Roda dos Alimentos, com as recomendações para uma Alimentação Diária mais Saudável”
Quem	Custódia Malveiro – Enfermeira; apoio da Educadora e Assistente Operacional
Quando	30-01-2012 / 15h30
Onde	Escola/Jardim-de-infância – C
Como	Distribuição dos folhetos referidos na atividade 5 e 8, sendo colocado pela Educadora nas respetivas mochilas, para as crianças entregarem aos pais/encarregados de educação. Entrega do convite para os pais/encarregados de educação referente à atividade 7 - “Oficina de cozinha - Alimentação saudável em idade pré-escolar”, previsto para 04-02-2012
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">- Sensibilizar pelo menos metade dos pais e encarregados de educação para a importância da ingestão diária de sopa, fruta e hortícolas;- Promover o conhecimento sobre hábitos alimentares saudáveis em pelo menos dois terços dos pais/encarregados de educação das crianças abrangidas pela intervenção de enfermagem na comunidade escolar do AESC;- Alertar para a relação existente entre a alimentação e a saúde ao longo do ciclo de vida, pelo menos em metade dos pais/encarregados de educação das crianças alvo.
Avaliação	Colaboração da Educadora na distribuição dos folhetos referidos e na entrega do convite para a atividade 7 - “Oficina de cozinha (...)”. A avaliação das atividades apenas se pode fazer tendo em conta que a entrega dos folhetos e convites concretizou-se para a totalidade das crianças levar aos pais/encarregados de educação. (Observação: A educadora não se manifestou disponível para a programação de outras atividades com as crianças, por já ter abordado o tema alimentação em outubro 2011).

APÊNDICE XVI
PLANIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES NA SALA DE JARDIM DE
INFÂNCIA D

PLANIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO – Ação de Educação para a saúde - Escola D

Atividade	<ol style="list-style-type: none">1 – “Mostra de produtos” – Sessão de educação para a saúde2 – “Sopa de inverno” – apresentação de uma história interativa3 – “A arte com frutos, hortícolas” – Expressão por desenho e por moldagem4 – “Degustação” – comer a sopa confeccionada com participação das crianças5 – Distribuição do folheto: “A Nova Roda dos Alimentos, com as recomendações para uma Alimentação Diária mais Saudável”6 – “Roda dos alimentos” – Explicar os ‘grupos’ dos vários produtos7 – “Oficina de cozinha - Alimentação saudável em idade pré-escolar”: entrega do convite para os pais/encarregados de educação8 – Distribuição do folheto informativo: “Estratégias para alimentar crianças de dois e três anos”
Quem	Custódia Malveiro – Enfermeira; apoio da Educadora e Assistente Operacional
Quando	06-02-2012 / 10h00 – 12h00 / 14h00 – 15h00 (após adiamento)
Onde	Jardim-de-infância – D
Como	<p>Contar a história utilizando o método expositivo (10 minutos). As crianças interagem na história através de perguntas e respostas, e identificando os hortícolas que trouxeram para a mostra de produtos e os que a enfermeira leva, manipulando e escolhendo os produtos adequados para se confeccionar a sopa, de entre os disponibilizados na mesa. Permitir que as crianças sintam o cheiro, a textura dos produtos (15 minutos).</p> <p>Explicar os ‘7 grupos’ dos produtos que constituem a roda dos alimentos</p> <p>Dar relevância ao consumo dos produtos em referência, aos nutrientes que os enriquecem, e à sua importância para a saúde, comendo sopa, salada e fruta todos os dias (30 minutos).</p> <p>Reprodução em desenho dos produtos disponibilizados, sua identificação (30 minutos). Os produtos foram modelo, para manipular massa pão e moldar reproduzindo os produtos (30 minutos).</p> <p>Degustação da sopa na refeição do almoço.</p> <p>Distribuição dos folhetos referidos na atividade 5 e 8, sendo colocado pela Educadora nas respetivas mochilas para as crianças entregarem aos pais/encarregados de educação.</p> <p>As atividades foram organizadas de forma sequencial e interligadas.</p> <p>Durante o tempo de cozinhar a sopa as crianças brincam.</p>

Objetivo

- Sensibilizar mais de metade das crianças para a importância de ingerirem sopa, fruta, hortícolas diariamente;
- Envolver pelo menos dois terços das crianças na confeção dos alimentos para melhorar a aceitação dos mesmos na sua alimentação diária;
- Promover o conhecimento sobre alimentos saudáveis, pelo menos metade das crianças;
- Sensibilizar pelo menos metade dos pais e encarregados de educação para a importância da ingestão diária de sopa, fruta e hortícolas;
- Promover o conhecimento sobre hábitos alimentares saudáveis em pelo menos dois terços dos pais/encarregados de educação das crianças; abrangidas pela intervenção de enfermagem na comunidade escolar;
- Alertar para a relação existente entre a alimentação e a saúde ao longo do ciclo de vida, pelo menos em metade dos pais/encarregados de educação das crianças alvo.

Avaliação

Participação interessada/atenta das crianças, resposta às questões. A totalidade das crianças enumerou e identificou a maioria dos produtos. Motivação da Educadora, envolvendo-se e reforçando a dinâmica com as crianças na confeção e degustação da sopa, propondo atividades, apesar de já ter abordado o tema com as crianças em outubro 2011.

A Educadora fez questão que a degustação iniciasse ainda com os produtos em cru (momento da preparação), todas as crianças o fizeram e pronunciaram-se sobre o que sentiram: 'gostei', 'não gostei', 'é bom'.

Por problemas com o fogão disponível, a sopa não ficou pronta para a hora do almoço, mas a Educadora fez questão que a degustação da sopa se realizasse, assim por sugestão da mesma, todas as crianças degustaram a sopa no lanche da tarde. A esta hora houve oportunidade dos pais presenciarem o facto, apreciando a solução, avaliação subjetiva através da expressão não-verbal dos pais/encarregados de educação observada.

Participaram nas atividades: cinco crianças de 3 anos e outras de 4 a 5 anos. Recetividade: muito boa, com a totalidade das crianças da população-alvo presentes.

Souberam responder, porque é importante comer sopa todos os dias. Foram disponibilizados materiais informativos sobre o tema alimentação saudável à Educadora.

Houve palavras de apreço da Educadora: 'é sempre bom abordar o tema', 'com as crianças por vezes consegue chegar-se aos pais'.

Considera-se que os objetivos foram alcançados.

A avaliação das atividades 5, 7 e 8 apenas se pode fazer tendo em conta que a entrega dos folhetos e convites concretizou-se para a totalidade das crianças levar aos pais/encarregados de educação. Posteriormente pela adesão à atividade 7.

APÊNDICE XVII
PLANIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES NA SALA DE JARDIM DE
INFÂNCIA E

PLANIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO – Ação de Educação para a saúde - Escola E

Atividade	<p>1 – “Mostra de produtos” – Sessão de educação para a saúde</p> <p>3 – “A arte com frutos, legumes/hortícolas” – Expressão por desenho</p> <p>4 – “Degustação” – Comer a salada de legumes e espetadas de frutos</p> <p>5 – Distribuição do folheto: “A Nova Roda dos Alimentos, com as recomendações para uma Alimentação Diária mais Saudável”</p> <p>6 – “Roda dos alimentos” – Explicar os ‘grupos’ dos vários produtos</p> <p>7 – “Oficina de cozinha - Alimentação saudável em idade pré-escolar”: entrega do convite para os pais/encarregados de educação</p> <p>8 – Distribuição do folheto informativo: “Estratégias para alimentar crianças de dois e três anos”</p>
Quem	Custódia Malveiro – Enfermeira; apoio da Educadora e Assistente Operacional
Quando	27-01-2012 / 10h00 – 13h00
Onde	Jardim-de-infância – E
Como	<p>Mostra de produtos utilizando o método expositivo (10 minutos), com apresentação às crianças de frutos e hortícolas, leguminosas que a enfermeira leva (15 minutos).</p> <p>Explicar os ‘7 grupos’ dos produtos que constituem a roda dos alimentos.</p> <p>Permitir a interação das crianças através de perguntas e respostas, e que as crianças sintam o cheiro, a textura dos produtos, manipulando-os e identificando os disponibilizados (15 minutos).</p> <p>Reprodução em desenho dos produtos da mostra e sua identificação (30 minutos).</p> <p>Participação com colaboração das crianças na escolha e confeção dos produtos adequados para a salada de hortícolas e para a espetadas de frutos (30 minutos).</p> <p>Degustação de salada de hortícolas e espetadas de frutos ao almoço.</p> <p>Distribuição dos folhetos referidos na atividade 5 e 8, sendo colocado pela Educadora nas respetivas mochilas para as crianças entregarem aos pais/encarregados de educação.</p> <p>As atividades foram organizadas de forma sequencial e interligadas.</p>
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar mais de metade das crianças para a importância de ingerirem sopa, fruta, hortícolas diariamente; - Envolver pelo menos dois terços das crianças na confeção dos alimentos para melhorar a aceitação dos mesmos na sua alimentação diária; - Promover o conhecimento sobre alimentos saudáveis, pelo menos metade

das crianças;

- Sensibilizar pelo menos metade dos pais e encarregados de educação para a importância da ingestão diária de sopa, fruta e hortícolas;
- Promover o conhecimento sobre hábitos alimentares saudáveis em pelo menos dois terços dos pais/encarregados de educação das crianças; abrangidas pela intervenção de enfermagem na comunidade escolar;
- Alertar para a relação existente entre a alimentação e a saúde ao longo do ciclo de vida, pelo menos em metade dos pais/encarregados de educação das crianças alvo.

Avaliação

Participação interessada/atenta das crianças, resposta às questões.

A totalidade das crianças enumerou e identificou a maioria dos produtos. Motivação da Educadora, envolvendo-se e reforçando a dinâmica com as crianças na confeção e degustação da salada de legumes e espetadas de frutos na refeição do almoço.

Participaram nas atividade: duas crianças de 3 anos e outras de 4 a 5 anos. Recetividade: muito boa, com menos de metade das crianças da população-alvo presentes. Outras crianças do 1º ciclo presentes no refeitório tiveram oportunidade de degustar as espetadas de fruta.

Souberam responder, porque é importante comer salada de legumes e fruta todos os dias.

Foram disponibilizados materiais informativos sobre o tema alimentação saudável à Educadora. Houve palavras de apreço da Educadora: 'podemos repetir', 'foi muito bom', a recetividade: muito boa.

Considera-se que os objetivos foram alcançados parcialmente se considerarmos o número de crianças presentes, o que não se previa.

A avaliação das atividades 5, 7 e 8 apenas se pode fazer tendo em conta que a entrega dos folhetos e convites concretizou-se para a totalidade das crianças levar aos pais/encarregados de educação. Posteriormente pela adesão à atividade 7.

APÊNDICE XVIII
PLANIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES NA SALA DE JARDIM DE
INFÂNCIA F

PLANIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO – Ação de Educação para a saúde - Escola F

Atividade	<ol style="list-style-type: none"> 1 – “Mostra de produtos” – Sessão de educação para a saúde 2 – “Sopa de inverno” – apresentação de uma história interativa 3 – “A arte com frutos, legumes/hortícolas” – Expressão por desenho 4 – “Degustação” – comer a sopa confeccionada com participação das crianças 5 – Distribuição do folheto informativo: “Estratégias para alimentar crianças de dois e três anos” 6 – “Roda dos alimentos” – Explicar os ‘grupos’ dos vários produtos 7 – “Oficina de cozinha - Alimentação saudável em idade pré-escolar”: entrega do convite para os pais/encarregados de educação 8 – Distribuição do folheto: “A Nova Roda dos Alimentos, com as recomendações para uma Alimentação Diária mais Saudável”
Quem	Custódia Malveiro – Enfermeira; apoio da Educadora
Quando	25-01-2012 / 10h00 – 12h00
Onde	Escola/Jardim-de-infância – F
Como	<p>Contar a história utilizando o método expositivo (10 minutos), as crianças interagem na história através de perguntas e respostas, e identificando os hortícolas que a enfermeira levou para a mostra de produtos, manipulando e escolhendo os produtos adequados para se confeccionar a sopa de entre os disponibilizados na mesa. Permitir que as crianças sintam o cheiro, a textura dos produtos, (15 minutos).</p> <p>Explicar os ‘7 grupos’ dos produtos que constituem a roda dos alimentos.</p> <p>Dar relevância ao consumo dos produtos em referência, aos nutrientes que os enriquecem, e à sua importância para a saúde, comendo sopa salada e fruta todos os dias (30 minutos).</p> <p>Reprodução em desenho dos produtos disponibilizados, sua identificação (30 minutos).</p> <p>Degustação da sopa na refeição do almoço.</p> <p>Distribuição dos folhetos referidos na atividade 5 e 8, sendo colocado pela Educadora nas respetivas mochilas para as crianças entregarem aos pais/encarregados de educação.</p> <p>As atividades foram organizadas de forma sequencial e interligadas.</p> <p>Durante o tempo de cozinhar a sopa, as crianças brincam.</p>
Objetivo	- Sensibilizar mais de metade das crianças para a importância de ingerirem sopa, fruta, hortícolas diariamente;

- Envolver pelo menos dois terços das crianças na confecção dos alimentos para melhorar a aceitação dos mesmos na sua alimentação diária;
- Promover o conhecimento sobre alimentos saudáveis, pelo menos metade das crianças;
- Sensibilizar pelo menos metade dos pais e encarregados de educação para a importância da ingestão diária de sopa, fruta e hortícolas;
- Promover o conhecimento sobre hábitos alimentares saudáveis em pelo menos dois terços dos pais/encarregados de educação das crianças; abrangidas pela intervenção de enfermagem na comunidade escolar;
- Alertar para a relação existente entre a alimentação e a saúde ao longo do ciclo de vida, pelo menos em metade dos pais/encarregados de educação das crianças alvo.

Avaliação

Participação interessada/atenta das crianças, resposta às questões. A totalidade das crianças enumerou e identificou a maioria dos produtos. Participaram na atividade: oito crianças de 3 anos e outras de 4 a 5 anos. Recetividade: boa, com a totalidade das crianças da população-alvo presentes.

Após a sessão de educação para a saúde programada, não se fez a confecção da sopa (Educadora no momento, considerou não ser relevante a confecção, apenas foram preparados alguns alimentos).

Por não se ter confeccionado a sopa, não foi possível concretizar a atividade 4 – “Degustação”.

Participaram nas atividade: oito crianças de 3 anos e ainda crianças de 4 a 5 anos.

Disponibilizados à Educadora materiais informativos sobre o tema alimentação saudável.

Considera-se que nas atividades que se conseguiram concretizar os objetivos foram alcançados.

Considera-se que os objetivos foram alcançados.

A avaliação das atividades 5, 7 e 8 apenas se pode fazer tendo em conta que a entrega dos folhetos e convites concretizou-se para a totalidade das crianças levar aos pais/encarregados de educação. Posteriormente pela adesão à atividade 7.

APÊNDICE XIX
IMAGENS DA ATIVIDADE 1
“MOSTRA DE PRODUTOS”

APÊNDICE XX
HISTÓRIA INTERATIVA - “SOPA DE INVERNO”

SOPA¹ DE INVERNO

Enfermeira: – Olá meninos e as meninas, vocês sabem o que é o inverno?

Pois no inverno, chove muito, o vento é forte e também faz muito frio e em algumas terras cai neve.

Já alguém viu neve?

Enfermeira: – Vou contar-vos a história do Gonçalo um dia o foi com o avô dar um pequeno passeio. Não estava a chover mas o vento levava tudo pelos ares, mesmo assim eles foram até ao jardim para o Gonçalo andar de baloiço.

Gostam de andar de baloiço?

Eles tinham levado o gorro, o cascol e até as luvas, e também não esqueceram o casaco mais quentinho.

Mas ao fim de pouco tempo eles já estavam com muito frio e voltaram para casa.

Quando entraram estava a mãe do Gonçalo na cozinha, e o avô disse: – Mas que cheirinho tão bom é este que estou a sentir? E olhou para o neto, para ver se ele também tinha reparado no cheirinho gostoso que ali se sentia.

Foi então que a mãe do Gonçalo, que tinha ficado em casa a fazer o almoço, disse: – Mas que passeio tão rápido que vocês fizeram!

Disse o Gonçalo: – eu queria brincar mais mas estava tanto frio e vento... o avô disse que era melhor irmos andando, não fosse começar a chover, e eu estou com tanto frio.

Disse a mãe: – Ah, já percebi, e eu já calculava que isso pudesse acontecer por isso fiz uma sopa bem gostosa para vocês comerem e ficarem bem quentinhos e essa barriguinha satisfeita.

O Gonçalo disse: – Sopa mãe?

A mãe disse: – Sim filho, porque além de te aquecer também ajuda a que tu tenhas saúde e não fiques gordo, nem te constipes ou apanhes uma gripe, enfim para que não fiques doente e possas brincar com os teus amigos, para cresceres e aprenderes coisas novas.

Enfermeira: – Qual dos meninos sabe o que se coloca no tacho para fazer uma sopa?

¹ Em cozinha o conceito de sopa refere-se genericamente a um caldo com guarnição, não triturado. Os caldos são confeções de base ou Fundos, que têm como principal função enriquecer o sabor de outros pratos.

Enfermeira: – Sim porque hoje vamos fazer uma sopa, ela vai ficar gostosa como a que a mãe do Gonçalo fez. Vamos por na sota estes legumes que os meninos e eu trouxemos e que todos estão a ver.

Enfermeira: – Querem ajudar a fazer a sopa?

Qual dos meninos ou meninas trouxe cenoura? Sabes a cenoura tem vitaminas que te ajudam a crescer

E tu o que trouxeste?

A couve tem fibras que fazem bem aos intestinos e a barriguinha fica mais leve

A batata dá energia

Continuação de acordo com a interação das crianças

APÊNDICE XXI
IMAGENS DA ATIVIDADE 2
HISTÓRIA INTERATIVA - “SOPA DE INVERNO”

"Sopa de inverno"

Apresentação de uma história interativa

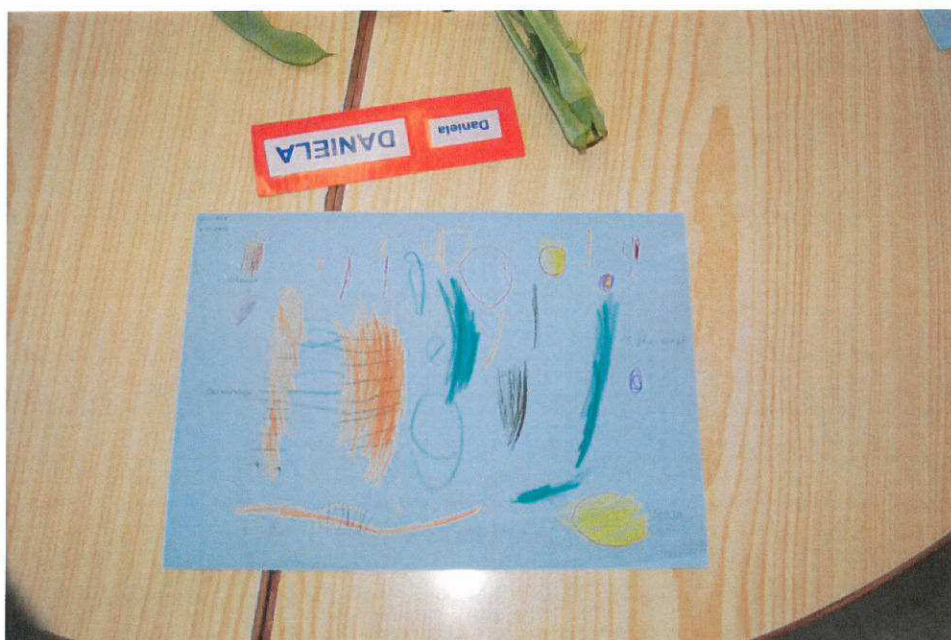
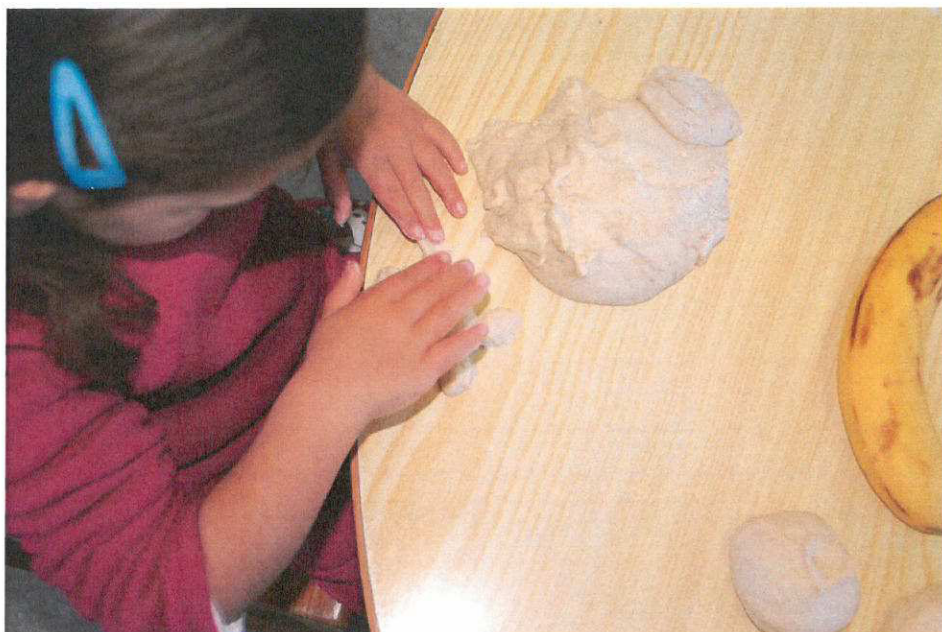
Aspetos¹ da sessão de educação para a saúde dirigida às crianças



¹ Autor das fotos Custódia, no momento de pausa

APÊNDICE XXII
IMAGENS DA ATIVIDADE 3
“A ARTE COM FRUTOS E HORTÍCOLAS”

“A arte com frutos e hortícolas” – Expressão por desenho e moldagem
Aspetos¹ dos trabalhos

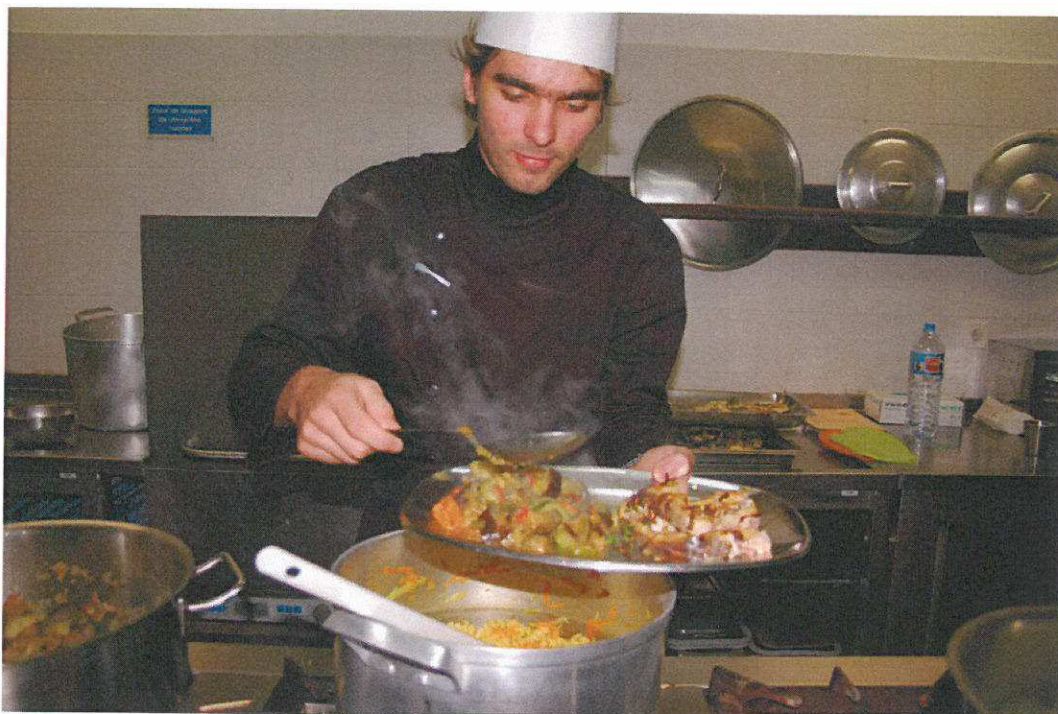


¹ Autor das fotos Custódia,

APÊNDICE XXIII
IMAGENS DA ATIVIDADE 4
“DEGUSTAÇÃO”

“Degustação”

Aspetos do *Workshop* para os pais/encarregados de educação



“Oficina de cozinha - Alimentação saudável em idade pré-escolar”:
Aspetos¹ do Workshop² para os pais/encarregados de educação



¹ Autor das fotos: Nuno e Custódia
² Chefe de cozinha - Rodrigo

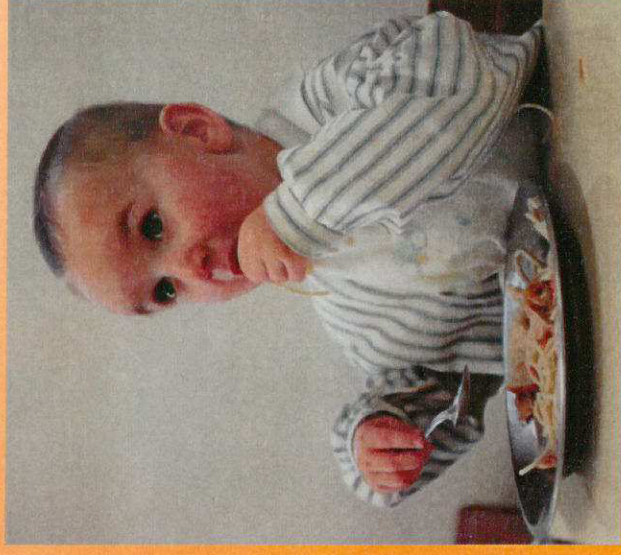
Hábitos Alimentares Saudáveis Qualidade de vida mais saudável

Ajude a sua criança a crescer saudável,
Vigie-lhe a saúde, a equipa de saúde colabora



ESTRATÉGIA PARA ALIMENTAR CRIANÇAS DE DOIS E TRÊS ANOS

Adaptado de*
"O Método Brazelton"



Dar mais anos à vida com qualidade



Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Litoral

Unidade de Saúde Pública Alentejo Litoral

Unidade Cuidados na Comunidade de Santiago do Cacém

2012

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Elaborado pela Mestranda de Enfermagem Comunitária
Enfermeira Custódia Malveiro
Orientadora Professora Maria M. Quintela

*BRAZELTON T. B.; SPARROW J. D. (2004) - O Método Brazelton: A
criança e a alimentação. Lisboa: Editorial Presença. ISBN [] p. 81-82

Imagens: http://www.google.pt/v/search?tbm=isch&hl=pt-PT&source=hp&biw=1366&bih=667&q=food+design&gbv=2&og=f&ood&aq=4&aql=g10&aql=&gs_sm=1&gs_up=6044|7547|0|2|100|4|4|0|0|0|12|1376|3.1410#q=food+cartoon&hl=pt-PT&gbv=2&tbnm=isch&bav=on.2.or.r_gc.r_pw.,cf.osb&fp=6707dd0c17d5c32c&biw=1366&bih=667 e C. Malveiro



✚ Estabeleça a hora da refeição como uma ocasião em que a criança é que lidera, isto é, não permitir que outras pessoas presentes na mesa possam dizer à criança o que comer.

✚ Ela pode ter de comer sozinha – não isolada, mas a uma hora e num lugar em que a comida e as suas escolhas não sejam o centro das atenções.

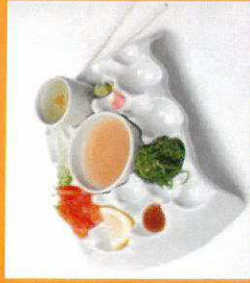
✚ Se parecer estar distraída quando se senta perto dela enquanto come, faça qualquer coisa na cozinha, para não a pressionar.

✚ Quando a criança estiver preparada (cerca dos dois anos) sente-se junto dela enquanto ela come, para que esteja acompanhada. A comida ou a forma como come não deve ser comentada para que a criança possa aprender a ver as refeições como uma altura agradável para estarem juntos.

✚ Ponha-a numa cadeira própria para fixar à mesa, apoiada com segurança

✚ Dê-lhe um copo com tampa e não o encha demasiado.

É provável que a criança entorne um pouco.



✚ O prato da comida deve aderir à mesa através de ventosas.

✚ Não cozinhe especialmente para a criança, pois ela poderá recusar a comida ou torná-la motivo de brincadeira.

✚ Organize a refeição de modo a que a criança ingira os alimentos mais ricos em primeiro lugar, quando está com mais fome: alimentos com proteínas (carne, queijos e ovos), fruta e vegetais, e leite. O pão integral, as tostas e as massas, dê-lhos depois. Guarde os doces para a sobremesa, uma vez por semana.

✚ Continue a dar-lhe comida até a criança recusar ou deitar fora.

✚ Nesta idade a criança não mastiga completamente a comida. É possível encontrar pedaços inteiros nas fezes. Não se preocupe, ela absorve tudo aquilo de que precisa.

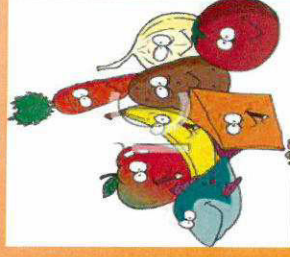
✚ Nesta idade, a criança pode não ficar muito entusiasmada com alimentos novos ou diferentes. Pelo contrário, insistem em comer só os que já conhecem, mas devem, no entanto, ser-lhe oferecidos.



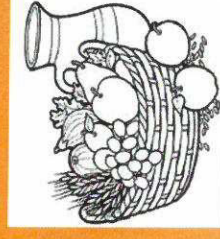
✚ As boas maneiras só chegam mais tarde – aos quatro ou cinco anos. A sujidade é a regra por agora.

✚ Cuspir e atirar comida é um passatempo divertido. Esteja atenta e preparada para estabelecer os limites. Sem dramatizar diga: “A refeição chegou ao fim”, e tire-a da cadeira.

✚ Ignore os pedidos dela para petiscar entre refeições, mesmo que a criança não tenha comido o “suficiente”. Desde que esteja saudável e a crescer bem, não se preocupe demais com uma alimentação equilibrada. Com o tempo, caso tenha evitado as querelas por causa da comida, a criança come aquilo de que precisa – desde que lho deem.



✚ Caso precise de libertar as frustrações, dê uns murros numa almofada ou telefone a uma amiga. Nestas alturas, os pais precisam do apoio uns dos outros.



APÊNDICE XXVI
SESSÃO DE EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE COM OS
PAIS
DIAPOSITIVOS

ANEXO X
QUADRO DA NOVA RODA DOS ALIMENTOS

Quadro da Nova Roda dos Alimentos¹

Apresentado na Sessão de Educação para a Saúde dirigida aos pai/encarregados de ed.



¹ Cedido pela Dietista do Hospital do Litoral Alentejano

Sessão de Educação para a Saúde

Imagens² da sessão dirigida aos pai/encarregados de educação



² Autor das fotos: Nuno

APÊNDICE XXV
CONVITE PARA A ATIVIDADE 7
“OFICINA DE COZINHA – ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM
IDADE PRÉ ESCOLAR”

CONVITE

Exmº Pais, Encarregados de Educação, Educadores de Infância e Assistentes Operacionais do Pré-escolar

Este é um convite para assistirem gratuitamente a uma “Oficina de Cozinha” apresentada por um Chefe de cozinha que irá demonstrar a elaboração de alguns pratos com o objetivo de proporcionar aos participantes motivação para a aceitação de hábitos alimentares saudáveis em famílias com crianças nascidas em 2008.

No final poderá degustar os pratos confeccionados.

Este workshop irá decorrer no refeitório da **antiga escola primária de Santiago do Cacém**, na Av. Nuno Álvares Pereira, junto ao tribunal, **no dia 04-02-2012 pelas 10 horas da manhã**, e vamos contar com a presença da Nutricionista que elabora as ementas para estas crianças que frequentam o Agrupamento de Escolas de Santiago do Cacém.

Esta atividade está a ser realizada no âmbito do Projecto de Estágio de Intervenção Comunitária, do Mestrado em Enfermagem Comunitária, cujo objectivo é estudar os *Hábitos Alimentares das crianças de 3 anos a frequentar o pré-escolar no Agrupamento de Escolas de Santiago do Cacém, nascidas em 2008.*

Desde já agradecemos a sua disponibilidade.

Poderá confirmar a sua disponibilidade para estar presente junto da educadora da sua criança, devolvendo o destacável ou pelo endereço eletrónico custodiamalveiro@gmail.com ou pelo telm. 967902694.

Informo que estarei presente na “Oficina de Cozinha” a realizar **no dia 04-02-2012 pelas 10 horas da manhã** no refeitório da **antiga escola primária de Santiago do Cacém.**

SIM _____; NÃO _____

Escola _____

Assinatura _____

CONVITE

Exmº. Pais, Encarregados de Educação, Educadores de Infância e Assistentes Operacionais do Pré-escolar

Este é um convite para assistirem gratuitamente a uma “Oficina de Cozinha” apresentada por um Chefe de cozinha que irá demonstrar a elaboração de alguns pratos com o objetivo de proporcionar aos participantes motivação para a aceitação de hábitos alimentares saudáveis em famílias com crianças nascidas em 2008.

No final poderá degustar os pratos confeccionados.

Este workshop irá decorrer no refeitório da **antiga escola primária de Santiago do Cacém**, na Av. Nuno Álvares Pereira, junto ao tribunal, **no dia 04-02-2012 pelas 10 horas da manhã**, e vamos contar com a presença da Nutricionista que elabora as ementas para estas crianças que frequentam o Agrupamento de Escolas de Santiago do Cacém.

Esta atividade está a ser realizada no âmbito do Projeto de Estágio de Intervenção Comunitária, do Mestrado em Enfermagem Comunitária, cujo objetivo é estudar os *Hábitos Alimentares das crianças de 3 anos a frequentar o pré-escolar no Agrupamento de Escolas de Santiago do Cacém, nascidas em 2008.*

Desde já agradecemos a sua disponibilidade.

Poderá confirmar a sua disponibilidade para estar presente junto da educadora da sua criança, devolvendo o destacável ou pelo endereço eletrónico custodiamalveiro@gmail.com ou pelo telm. 967902694.

Informo que estarei presente na “Oficina de Cozinha” a realizar **no dia 04-02-2012 pelas 10 horas da manhã** no refeitório da **antiga escola primária de Santiago do Cacém.**

SIM _____; NÃO _____

Escola _____

Assinatura _____

APÊNDICE XIX

POSTER

“HÁBITOS ALIMENTARES DE CRIANÇAS DE 3 ANOS”

HÁBITOS ALIMENTARES DE CRIANÇAS DE 3 ANOS:

Projeto de Intervenção de Enfermagem Comunitária no Agrupamento de Escolas de Santiago do Cacém, 2011/2012

Autora: Custódia Malveiro - Enfermeira Mestranda de Enfermagem Comunitária: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INTRODUÇÃO - Os cuidados que os Enfermeiros facultam aos cidadãos podem ser melhorados através do conhecimento aprofundado da comunidade, o que implica uma avaliação, de forma a identificar precocemente problemas de saúde e seus determinantes. O foco de intervenção deste projeto e do estágio foi a avaliação do estado de saúde da comunidade pré-escolar, crianças nascidas em 2008, a frequentar o Agrupamento de Escolas de Santiago do Cacém (AESC) no ano letivo 2011/2012, através da identificação dos hábitos alimentares. O espaço escolar, em articulação com os setores da saúde e da educação, é um ambiente ideal para uma intervenção assertiva na promoção da saúde para: **Educar para a saúde do ponto de vista alimentar; promover práticas e formação de hábitos alimentares saudáveis em idade precoce; prevenir desvios no comportamento alimentar; prevenir a obesidade infantil.**

METODOLOGIA

Processo de Planeamento em Saúde

PORQUÊ?

Promover a alimentação saudável e equilibrada em crianças de idade pré-escolar

PARA?

Promoção e educação para a saúde, como prevenção primordial e primária

COMO?

Diagnóstico da situação
Determinação de prioridades
Fixação de objetivos
Seleção de estratégias
Preparação operacional
Avaliação

INSTRUMENTOS?

Questionário de autopreenchimento, pelos pais, utilizado no Estudo de Saúde da População Infantil da Região Alentejo - Projeto ESPIGA

O Planeamento em Saúde, segundo Tavares (1990, p. 29), é “um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridades estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) ótima(s) entre várias alternativas”. Para desenvolver cuidados de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, recorreu-se ao Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

OBJETIVOS - Conhecer os hábitos alimentares das crianças de 3 anos, nascidas em 2008, a frequentarem o AESC, no ano letivo 2011/2012.

RESULTADOS - Referentes aos questionários recolhidos com dados sobre a população-alvo e da avaliação antropométrica, aos 3 anos:

- ❖ A maioria das crianças (n=28) nasceu:
 - ✓ de termo
 - ✓ com peso médio ao nascer de 3,258 Kg
 - ✓ comprimento médio de 48,9 cm
 - ✓ foi amamentada ao peito (22 crianças)
 - ✓ média de introdução de novos alimentos, os quatro meses e meio

- ❖ Aos 3 anos de idade (n=34):
 - > Percentil do Índice de Massa Corporal (IMC)
 - ✓ 25 crianças tem peso adequado
 - ✓ 8 crianças tem excesso de peso
 - ✓ 1 criança tem baixo peso

Quadro dos resultados obtidos no questionário sobre Frequência Alimentar das Crianças

Frequência com que a criança habitualmente consome	Nunca ou raramente	1 vez de 15/15 dias	4 a 7 vezes /semana	1 a 3 vezes /semana	Recomenda-se crianças	Grupo de alimentos
leite magro ou meio gordo	1	4	7	14	5	Lactíneos
queijo fresco, queijo tipo, queijo tipo magro	14	9	1	0	1,5	Porcésedite e ovos
carne	0	12	13	1	1,5	Porcésedite e ovos
ovos	4	21	1	0	4	Porcésedite e derivados e tubérculos
carne escura	16	4	2	1	3	Hortícolas
carne de vaca	8	11	7	0	3	Porcésedite
sopa de legumes/hortícola	1	3	14	8	3	Porcésedite
hortícolas excluído batatas, leguminosas	2	6	14	3	3	Fruta
fruta fresca	2	1	8	15	3	Gorduras
azeite	1	5	16	4	1	
manteiga/margarina	3	8	12	3		

Nos Antecedentes Familiares, mais de metade dos pais/mães apresentam excesso de peso (IMC), sendo mais notório nos pais.

Na Frequência Alimentar das crianças o número de porções diárias consumidas e que foram relatadas no questionário são, em alguns dos grupos, inferiores às recomendadas pela nova Roda dos Alimentos (DGS, 2005) como seja o caso dos hortícolas em sopa ou crus (salada) e a fruta. Este dado determinou que como diagnósticos de enfermagem fossem definidos: **O comportamento alimentar comprometido nas crianças de 3 anos de idade a frequentar o AESC;** **O peso corporal comprometido dos progenitores das crianças.**

INTERVENÇÕES ENFERMAGEM: Atividades de promoção e educação para a saúde para crianças e pais nos seis jardins-escola do AESC

CONCLUSÕES: Embora o que se evidenciou sobre a Frequência Alimentar das Crianças de 3 anos seja as porções diárias consumidas, de alguns alimentos, serem inferiores ao recomendado na Roda dos Alimentos, não foi possível avaliar a diversidade dentro de cada grupo, em alguns casos, dadas as características do questionário, por exemplo os cereais - tubérculos e leguminosas. A prevalência do excesso de peso verificado é inferior aos valores regionais que são 27,5% (COSI - P.2008). As atividades ao nível da prevenção primordial tiveram a adesão de 26 das 34 crianças da população-alvo. A Enfermagem Comunitária com o Planeamento em Saúde desenvolve competências e Cuidados de Qualidade à Comunidade/grupos/famílias/individuos, através de um adequado diagnóstico da situação.