

## RESUMO

A obesidade infantil, ao longo das últimas duas décadas, assumiu um papel de destaque na agenda de saúde pública em todo o mundo, afectando proporcionalmente países desenvolvidos e em fase de desenvolvimento. Assim como na idade adulta, o excesso de peso na infância está associado a diversas complicações como, a diabetes mellitus tipo II, hipertensão arterial, dislipidémias, problemas ortopédicos, dentro de outras complicações de ordem física, emocional e social. Apesar da obesidade infantil ser multifactorial, a actividade física a par da alimentação, constituem dois determinantes essenciais para esse fenómeno, que são modificáveis. Assim, o objectivo deste trabalho no âmbito de estágio, foi promover a actividade física, numa escola de Alcains a 47 crianças inscritas no 1º ano do 1º ciclo e suas famílias, com vista à prevenção da obesidade infantil. Foi utilizada a metodologia do planeamento em saúde por António Tavares (1990). Como referencial teórico, foi utilizado o modelo de promoção de saúde da Nola Pender (1986) que visa a promoção de comportamentos que se pretendem activos em relação à actividade física. Para realizar o diagnóstico de situação no grupo escolar foi utilizado uma avaliação física das crianças para obtenção de dados antropométricos e a utilização do questionário ESPIGA, dirigido aos pais/encarregados de educação, o qual permitiu obter informação acerca dos hábitos de vida das crianças relativamente à actividade física e dados sócio-culturais de modo a seleccionar intervenções adequadas e dirigidas ao grupo a intervir. Foi utilizada a linguagem CIPE versão 1, para a formulação do diagnóstico de enfermagem: **Potencial para melhorar o padrão de exercício em 48% das crianças inscritas no 1º ano do 1º ciclo de uma Escola de Alcains.** As acções de enfermagem focaram-se em melhorar o padrão de exercício da população. As estratégias utilizadas foram a educação para a saúde através da realização de uma festa saudável e a realização de uma brochura informativa que pretendeu capacitar as crianças e respectivas famílias para adoptarem comportamentos activos. Com vista à avaliação das intervenções, foram aplicadas 8 questões do questionário ESPIGA, referentes à quantificação das actividades físicas e sedentárias, para averiguar melhoria do padrão de exercício nas crianças e compará-lo com o padrão de exercício, antes da intervenção. Apesar de se verificar uma pequena melhoria observável nos resultados, estatisticamente não é significativa, segundo o teste binominal de diferenças de proporções efectuado.

Verificou-se que a melhoria comportamental não resultou exclusivamente das intervenções realizadas. No entanto sobressai a aprendizagem proporcionada ao formando e o feedback positivo por parte da comunidade educativa.

## **SUMMARY**

In the last two decades, child obesity has assumed an important role in the agenda of public health worldwide, affecting proportionately developed and under developed countries. As in adulthood, excess weight in childhood is associated with several health issues such as diabetes mellitus type II, hypertension, lipid disorders, orthopedic problems, as well as issues related with physical, emotional and social abilities. Although childhood obesity is multifactor, physical activity and nutrition are two essential factors for this phenomenon, which are modifiable. Therefore, the goal of this work is to promote physical activity in school Alcains to 47 children enrolled in 1st year 1st cycle and their families, having as a major result the prevention of childhood obesity. For this purpose, the theoretical model of health promotion Nola Pender (1986), which aims to promote behaviors related to physical activity was used in conjunction with the methodology of health planning by Antonio Tavares (1990). To diagnose the situation in the school group a physical assessment of children was carried out. The assessment consisted in anthropometric data and TANG which was obtain through a questionnaire addressed to parents / guardians. This allowed us to obtain information about the children habits related to physical and socio-cultural activities. Based on this data and the aimed group appropriate interventions where selected. The formulation of the nursing diagnosis was based on CIPE language version 1: Potential to improve the standard performance of 48% of children enrolled in 1st year 1st cycle of a School of Castelo Branco. The activities were focused on improving the physical activities of the population. The strategies where based in health education and consisted in promoting a health party and the distribution of an information leaflet which sought to influence children and their families to adopt physically active behaviors. In order to evaluate the interventions questionnaires were applied, regarding the quantification of physical activity and sedentary, before and after the interventions. Although the results showed some improvements in the children behavior towards physical activity, according to the binominal test these are not statistically significant. However this study resulted in valuable knowledge for the community as well as the author and also received positive feedback from the educational community.

Palavras-chave: Obesidade Infantil. Atividade Física. Exercício. Crianças. Escola.

# ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	10
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
2.1. Caracterização da Problemática de Partida .....	13
2.1.1. Obesidade Infantil.....	13
2.2. A Actividade Física como factor determinante na prevenção da Obesidade Infantil .....	16
2.2.1. Importância da escola na promoção da actividade física .....	20
2.2.2. Importância da família na promoção da actividade física às crianças.....	22
3. CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA NA PROMOÇÃO DA ACTIVIDADE FÍSICA ÀS CRIANÇAS E SUAS FAMÍLIAS EM CONTEXTO ESCOLAR.....	24
4. FASE EMPÍRICA .....	30
4.1. Diagnóstico de situação .....	30
4.2. Priorização dos Problemas Identificados .....	42
4.2.1. Prioridades de Intervenção .....	46
4.3. Fixação de Objectivos .....	47
4.3.1. Fixação dos objectivos a atingir .....	48
4.3.2. Selecção de Indicadores .....	49
4.4. Selecção de Estratégias .....	50
4.5. Preparação Operacional .....	51
4.6. Avaliação .....	51
4.6.1. Especificação das Actividades e respectiva Avaliação .....	51
4.6.2. Indicador de Resultado .....	56
5. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E CONTRIBUTOS PARA O LOCAL DE ESTÁGIO	59
6. CONCLUSÃO.....	63
7. BIBLIOGRAFIA .....	65
ANEXOS .....	72
ANEXO I - QUESTIONÁRIO ESPIGA, APLICADO AOS PAIS / ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO DAS CRIANÇAS .....	73
ANEXO II - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À ESCOLA PARA REALIZAÇÃO DO PROJECTO .....	81
ANEXO III - CONSENTIMENTO INFORMADO DIRIGIDO AOS PAIS/ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO .....	86
ANEXO IV - INSTRUMENTO DE REGISTO UTILIZADA PARA A AVALIAÇÃO FÍSICA DAS CRIANÇAS .....	89

ANEXO V - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO NÚCLEO REGIONAL DO ALENTEJO DA PLATAFORMA CONTRA A OBESIDADE PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ESPIGA .....	91
ANEXO VI - ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS QUESTIONÁRIOS.....	93
ANEXO VII - TABELA DA QUANTIFICAÇÃO DAS ACTIVIDADES FÍSICAS E ACTIVIDADES SEDENTÁRIAS PRATICADAS PELAS CRIANÇAS ANTES DA INTERVENÇÃO .....	109
ANEXO VIII - GRELHA DE ANÁLISE UTILIZADA PARA A PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS .....	111
ANEXO IX - PREPARAÇÃO OPERACIONAL EM LINGUAGEM CIPE, VERSÃO 1 (ICN 2005).....	113
ANEXO X - CONVITE DIRIGIDO AOS PAIS/ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO PARA PARTICIPAREM NUMA "FESTA SAUDÁVEL" .....	115
ANEXO XI - SLOGAN ESTAMPADO NAS T-SHITS.....	117
ANEXO XII - COMENTÁRIO DA COMUNIDADE EDUCATIVA SOBRE A "FESTA SAUDÁVEL" PUBLICADO NO SITE DA ESCOLA.....	119
ANEXO XIII - BROCHURA INFORMATIVA SOBRE ACTIVIDADE FÍSICA.....	124
ANEXO XIV - FICHA DE AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS .....	131
ANEXO XV - TABELA DA QUANTIFICAÇÃO DAS ACTIVIDADES FÍSICAS E ACTIVIDADES SEDENTÁRIAS PRATICADAS PELAS CRIANÇAS APÓS INTERVENÇÃO .....	133

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Ilustração 1</b> – Identificação do percentil relativamente ao IMC das crianças avaliadas .....	33
<b>Ilustração 2</b> – Meio de deslocação para a escola .....	36
<b>Ilustração 3</b> – Análise dos resultados obtidos relativamente à quantificação das actividades físicas (AF) e actividades sedentárias (AS) praticadas pelas crianças.....	41
<b>Ilustração 4</b> – Análise dos resultados obtidos relativamente à quantificação das actividades físicas (AF) e actividades sedentárias (AS) praticadas pelas crianças, antes da intervenção.....	57
<b>Ilustração 5</b> – Análise dos resultados obtidos relativamente à quantificação das actividades físicas (AF) e actividades sedentárias (AS) praticadas pelas crianças, antes da intervenção.....	57

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

AF – Actividade Física

DNT – Doenças não transmissíveis

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

WHO – World Health Organization

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

IOFT – International Obesity Task Force

CDC – Center for Disease Control and Prevention

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

SAPE – Serviço de apoio à prática de Enfermagem

IP – Instituto do Desporto de Portugal

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

DGS – Direcção-Geral da Saúde

AAP – American Academy of Pediatrics

PNS – Plano Nacional da Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

# 1. INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária, desenvolvido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, enquadra-se o presente Relatório, que tem como objectivo demonstrar a capacidade do mestrando em descrever e reflectir sobre as actividades desenvolvidas no âmbito do Estágio de Enfermagem Comunitária e da Família que decorreu no período de 27 de Setembro de 2010 a 25 de Fevereiro de 2011 na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) V de Alcains em Castelo Branco. O referido estágio teve como finalidade, o desenvolvimento de competências na intervenção em enfermagem comunitária, utilizando estratégias adequadas à diversidade dos contextos visando a aquisição de melhores níveis de saúde das famílias, grupos e comunidades.

Este documento pretende descrever o estágio realizado e transmitir objectivamente as actividades realizadas, os objectivos que lhes estavam subjacentes bem como as competências adquiridas, que pretendem caracterizar um enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. (Regulamento n.º 128/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública – publicado no DR, 2.ª série, n.º 35, de 18/2/2011)

Previamente ao estágio foi elaborado um projecto no qual se identificou uma problemática de partida e para a qual se identificaram objectivos, que deram unidade e sentido às várias actividades realizadas. O presente relatório, procura responder aos referidos objectivos iniciais e reflectir o trabalho realizado no âmbito do estágio.

A problemática de partida identificada foi a obesidade infantil. A obesidade infantil é um dos mais sérios desafios da saúde pública do século XXI. (World Health Organization – WHO, 2010) O problema é global e cada vez atinge mais países. Apesar da sua etiologia ser multifactorial, a WHO (2010) destaca dois factores sobre os quais é possível actuar. São eles, a alimentação e a actividade física.

A actividade física foi o foco de atenção da prática escolhido e foi trabalhado com vista à capacitação da população alvo para escolhas e adopção de estilos de vida saudáveis relacionados com a prática de actividade física.

As intervenções realizadas no âmbito do Estágio seguiram as recomendações do Action Plan: Healthy People 2010 Objectives for Prevention and Control of Childhood Obesity da American Public Health Association (APHA 2011), a qual preconiza 5 objectivos gerais para o seu plano de acção, entre os quais os dois primeiros vão de encontro aos objectivos da intervenção preconizada para o estágio. São eles *“aumentar a actividade física diária nas crianças e adolescentes”* e *“reduzir o tempo dispendido das crianças no visionamento de televisão, jogos de consola e na Internet”*.

O projecto foi desenvolvido numa Escola Básica de Alcains do Distrito de Castelo Branco, a qual se encontra na área de abrangência da UCSP V de Alcains. A população alvo foram 47 crianças inscritas no 1.º ano do 1º ciclo da referida Escola e respectivas famílias.

O enfermeiro, uma vez que integra no seu currículo académico todas as especificidades inerentes ao desenvolvimento bio-psico-social das várias fases do ciclo vital do indivíduo, constituem profissionais de excelência para fornecer um contributo válido e importante em intervenções no âmbito escolar com vista à promoção da actividade física às crianças e suas famílias.

Para a concretização da intervenção destinada a um grupo de crianças do 1º ano do 1º ciclo e suas famílias em âmbito escolar, foi utilizada a metodologia do Planeamento em Saúde por António Tavares (1990).

Relativamente à estruturação do trabalho, encontra-se dividido em cinco partes essenciais. A primeira visa caracterizar a problemática de partida, a obesidade infantil, e a escolha da actividade física como foco de atenção na população alvo. É descrita a importância da escola na promoção da actividade física, bem como a importância de incluir a família nesse processo. Na segunda parte é focado os contributos que o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública pode acrescentar na promoção da actividade física à população alvo e em contexto escolar.

A terceira parte, é descrita a fase empírica do projecto, a qual segue as etapas que constituem a metodologia do planeamento em saúde tendo-se baseado no autor António Tavares (1990). A quarta parte sintetiza os conhecimentos e competências desenvolvidas pelo formando ao longo do processo de aprendizagem e por fim a conclusão, a qual constitui a quinta parte onde se pretende sintetizar as ideias principais do trabalho, bem como as limitações identificadas ao longo do trabalho e considerações para o futuro.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **2.1. Caracterização da Problemática de Partida**

#### **2.1.1. Obesidade Infantil**

Em 2005, estima-se que as doenças não transmissíveis (DNT) foram responsáveis por 35 milhões de mortes a nível mundial. Calcula-se que 27% do total de óbitos naquele ano foram provocadas por doenças não transmissíveis evitáveis. Uma inadequada alimentação e a inactividade física foram apontados como dois dos principais factores de risco para essas mortes. (WHO 2010, p.8)

A prevenção da Obesidade Infantil constitui uma vertente que integra o trabalho da Organização Mundial de Saúde (OMS) na prevenção das DNT, contribuindo com alguns documentos como, a “Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health” (WHO 2004) e “Population-Based Prevention Strategies for Childhood Obesity” (WHO 2010).

Em Portugal o Programa Nacional de Combate à Obesidade (PNCO) integra-se no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e visa contrariar a taxa de crescimento da prevalência da pré-obesidade e da obesidade e deve articular-se com outros programas nacionais, nomeadamente o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre determinantes de saúde relacionados com os estilos de vida. (PNCO, 2005)

A obesidade é já classificada como o quinto factor de risco principal para a mortalidade global. Além disso, está associada a 44% da prevalência de diabetes, 23% de doenças cardiovasculares e entre 7% e 41% de casos de cancro. A obesidade tem impactos negativos na saúde da criança. Além de um maior risco de obesidade e doenças não transmissíveis na vida adulta, as crianças afectadas têm mais probabilidade de experimentar alterações da respiração, aumenta o risco de fracturas, hipertensão, marcadores precoces de doença cardiovascular, resistência à insulina e efeitos psicológicos. (WHO 2010)

A obesidade infantil é assim, um dos mais sérios desafios da saúde pública do século XXI. (WHO 2011) Padez [et al.] (2008), justifica referindo que a obesidade infantil é um problema de saúde pública porque:

- 1) A obesidade na infância frequentemente evolui para uma obesidade no adulto e está ligada a um aumento quer da mortalidade, quer da morbilidade;
- 2) A obesidade infantil está associada a patologias graves, tais como: hipertensão arterial, dislipidémias, inflamação crónica, hiperinsulinémia, problemas osteoarticulares, assim como consequências psicossociais importantes (baixa autoestima, problemas comportamentais).

Relativamente à prevalência da obesidade infantil da população portuguesa, quando comparada com países europeus, os valores são dos mais elevados da Europa. Nomeadamente, num estudo em 22 países da Região Europeia, constituindo crianças dos 7-11 anos, a seguir a San Marino, Itália, Malta e Espanha, Portugal é o país que evidencia uma maior prevalência de excesso de peso, registando 32% de crianças nessa condição. (International Obesity Task Force (IOTF) 2005, p.7)

Em estudos portugueses, também o excesso de peso e a obesidade infantil e juvenil são evidentes, afectando cada vez mais crianças e adolescentes.

Segundo um estudo da Prevalência Nacional da Pré-Obesidade e Obesidade Infantil em crianças dos 7-9 anos (2004), a Pré-obesidade e Obesidade é de 31,56%, a pré-obesidade de 20,3% e a obesidade corresponde a 11,3% das crianças. No estudo foram considerados o peso, a altura e o índice de massa corporal de 4500 crianças de escolas públicas de todo o país. Os resultados demonstram que Portugal acompanha a tendência de obesidade infantil dos países mediterrâneos. (Padez [et al.] 2004)

No entanto, dados mais recentes vêm anunciar uma descida de 2,8% na obesidade infantil nos últimos sete anos. O mesmo grupo de investigadores, voltou às mesmas escolas para medir e pesar 4500 crianças. Se em 2002 uma em cada três crianças (31,6%) sofria de obesidade infantil ou tinha excesso de peso, em 2009 o número caiu para os 30,5%. São as conclusões do estudo integrado no Projecto Nacional de Obesidade Infantil, divulgadas recentemente no Congresso Antropologia e Saúde (Novembro de 2010) No entanto, é precoce afirmar-se que a obesidade em crianças

baixou, uma vez que apesar de a obesidade infantil ter diminuído, houve um aumento no excesso de peso. (Caneco 2010)

Segundo a WHO (2010) excesso de peso e obesidade “*são definidas como uma acumulação de gordura corporal excessiva ou fora do normal que pode afectar a saúde.*”

A etiologia do excesso de gordura resume-se aos sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia dispendida. Os factores que provocam esses desequilíbrios são complexos e incluem factores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais. A WHO (2010) destaca dois factores que ocorreram de uma forma uniforme na população e sobre os quais é possível actuar. Relacionam-se com alterações ocorridas nos estilos de vida da população, nomeadamente a mudança nos hábitos alimentares relativamente a um menor consumo de sopa, frutos, hortaliças e legumes e menos cereais completos e a opção por alimentos de elevado teor calórico em detrimento daqueles que contêm maior valor nutricional. Por outro lado, verifica-se uma crescente inactividade física, que faz de Portugal, o país da União Europeia com maior nível de sedentarismo entre os adultos. (DGS, 2007)

O diagnóstico de excesso de peso e de obesidade em função do índice de Massa Corporal (IMC) em crianças e adolescentes difere do adulto, pelas características inerentes aos processos de crescimento e de maturação que ocorrem na idade pediátrica. (Carmo 2008, p. 25)

Assim, durante toda a fase de desenvolvimento e crescimento até aos 18 anos utilizam-se as tabelas de Cole et al. (Cole [et al.], 2000) como referência, as quais correlacionam dentro de cada género, a idade com IMC, inserindo-o em curvas de percentis estabelecidas em estudos de seguimento para populações de vários países. Valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 85 e inferiores ao percentil 95 permitem fazer o diagnóstico da pré-obesidade. O diagnóstico de obesidade é realizado através de valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 95.

Segundo Carmo (2008, p.25), as tabelas utilizadas desde Setembro de 2005 pela Direcção-Geral de Saúde (DGS 2005) são estabelecidas pelo Center for Disease Control and Prevention dos EUA (CDC) e que se baseiam no mesmo método.

Face aos valores elevados de incidência de obesidade poderemos afirmar que haverá no futuro um número de adultos obesos cada vez maior, reflectindo-se na diminuição da saúde e conseqüente aumento da despesa de saúde pública no que diz respeito aos custos directos e indirectos da obesidade. Uma vez que o excesso de peso e a obesidade são evitáveis, a sua prevenção é considerada por esse motivo, uma prioridade.

Vários autores focam a necessidade de o governo intervir com uma política de aplicação imediata, desde as idades mais precoces, no sentido de educar a população para um bem-estar social e uma melhor qualidade de vida. Esta intervenção terá repercussões na dimensão político-social: a família, a escola e a despesa pública. Assim, e face aos resultados obtidos os autores pensam ser necessário fazer um combate em várias frentes:

Em casa, através de recomendações quer referentes ao tipo de alimentação praticada, quer ao aumento das actividades activas e à redução das actividades sedentárias, nomeadamente ao tempo que as crianças passam a ver televisão e a jogar jogos electrónicos;

Na escola, através do programa da disciplina de Educação Física, com actividades de duração e frequências superiores;

Nas autarquias, através da implementação de espaços lúdicos e desportivos nas zonas residenciais.

(Pender, Murdaugh e Parsons 2011, p. 269; CDC 2010; WHO 2011; Instituto do Desporto de Portugal (IP) 2009)

## **2.2. A Actividade Física como factor determinante na prevenção da Obesidade Infantil**

Vários autores relatam a evolução, como um factor que em muito contribuiu para o crescente número da obesidade infantil, pelas sucessivas transformações nos estilos

de vida da população, que se iniciaram após a Revolução Industrial que proporcionou mudanças socioeconómicas, culturais e numerosos avanços tecnológicos. Apesar dos benefícios económicos alcançados, as mudanças nos estilos de vida originadas pela modernização, colocaram a população de um modo geral em risco, no âmbito da saúde. Entre as modificações ocorridas nos estilos de vida, destaca-se o facto de a população se ter tornado mais sedentária. Também as crianças e jovens têm alterado os seus hábitos diários especialmente devido a novos padrões de entretenimento (TV, Internet, Jogos de vídeo). Esta mudança tem coincidido com taxas crescentes de excesso de peso e de obesidade infantil. (Correia 2004, p. 523; WHO 2006; PNCO 2005, p. 7; IP 2009, p. 8)

Segundo a WHO (2011), actividade física é definida *“como qualquer movimento do corpo produzido pelos músculos requerendo para isso gasto de energia.”*

Importante também é distinguir a actividade física do exercício físico, sendo este último, um ramo da actividade física, envolvendo no entanto um planeamento e estruturação. Por outro lado, o exercício envolve movimentos corporais repetitivos realizados para melhorar ou manter uma adequada função e resistência cárdio-respiratória, força muscular, resistência muscular, flexibilidade e composição corporal. A intensidade dos diferentes tipos de actividade física varia de pessoa para pessoa, consoante a sua aptidão física actual e experiências prévias. No entanto, pode-se considerar actividade física moderada, qualquer tipo de actividade não estruturada que acelera o ritmo cardíaco e exige um esforço moderado para o seu cumprimento, gastando em média 3-6 Kcal/minuto. A actividade física intensa é qualquer tipo de actividade que requer um grande esforço físico e cause um rápido aumento da frequência cardíaca e respiratória, gastando mais do que 6 Kcal/minuto. (WHO, 2011)

Segundo Pender, Murdaugh e Parsons (2011, p. 269) as crianças representam o potencial para obter uma sociedade saudável. Actualmente esta população engloba múltiplos desafios pois nomeadamente a obesidade infantil, apresenta taxas de prevalência alarmantes e são conhecidas as suas consequências para a saúde.

Segundo as autoras (2011, p. 269), a infância constitui um período determinante na adopção de comportamentos e estilos de vida individuais saudáveis, pois os

comportamentos são aprendidos e desenvolvidos com base no seu estágio de desenvolvimento, o ambiente social e físico onde estão inseridas e as suas experiências pessoais. Assim justifica-se a necessidade de iniciar precocemente a promoção de comportamentos saudáveis, pois uma vez que se instalem comportamentos negativos para a saúde, é mais difícil actuar.

Nesta idade, encontram-se no estágio de desenvolvimento operatório, no qual as crianças começam a ser capazes de utilizar os processos de pensamento para experimentar eventos e acções. Assim a perspectiva egocêntrica típica dos anos pré-escolares vai sendo gradualmente substituída por processos concretos e operatórios de pensamento que permite às crianças entender o mundo de uma forma mais organizada e racional. (WONG 1997, p. 396 – 397)

Segundo Redman (2003, p. 77) as crianças desenvolvem nesta altura a sua imaginação e aprendem a tomar iniciativas. A informação verbal comunicada é cada vez mais importante na aprendizagem mas tem de ser adaptada para que seja facilmente compreendida. Para além disso, a manipulação exploratória de objectos é igualmente útil na sua aprendizagem, assim como o jogo através do qual mais facilmente as crianças desta idade, se conseguem exprimir. O seu grande modelo é a família, sendo o dia-a-dia organizado em torno das actividades de vida familiares.

Do ponto de vista do desenvolvimento psicossocial, as crianças desta idade enfrentam a etapa mais importante para o desenvolvimento da personalidade - esforço vs. inferioridade. Nesta etapa, a criança tenta satisfazer as expectativas da família, dos companheiros e da escola, com êxito. É importante que a criança aprenda a lidar com o fracasso ou a frustração, sem diminuir a sua auto-estima ou desenvolver um sentimento de inferioridade. (Wong 1997, p. 396 – 397)

Segundo Wong (1997, p.406), um aumento da AF é esperada e deverá ser encorajada durante esta idade pois é dessa forma que se promove um adequado desenvolvimento da criança em várias áreas. Nomeadamente o desenvolvimento músculoesquelético, cardiovascular, o aperfeiçoamento do equilíbrio e da coordenação, a força e resistência e a estimulação das funções corporais e dos processos metabólicos, contribuindo simultaneamente para a manutenção de um adequado peso corporal. Para além dos

benefícios físicos estão também descritos benefícios psicológicos no controlo da depressão e ansiedade. Assim as crianças precisam de espaço para correr e saltar, uma vez que a brincadeira é parte activa das suas vidas. A maioria das crianças desta idade necessitam de pouco encorajamento para a prática de AF pois a sua energia nesta idade é desproporcional e raramente sabem quando devem parar. Relativamente à prática de desporto organizado, podem ser iniciado nesta idade, mas focado para a área lúdica em detrimento da competição.

Para crianças a partir dos 6 anos está recomendado, no mínimo, uma hora de actividade física todos os dias, incluindo actividade de intensidade vigorosa pelo menos três vezes por semana Para além disso, é recomendado englobar três tipos de actividades, nomeadamente a actividade aeróbia, que pode incluir tanto a actividade aeróbia de intensidade moderada, como a caminhada rápida ou de intensidade vigorosa como correr, o fortalecimento muscular que inclui a realização de ginástica (actividade física estruturada) ou subir escadas, e por último o fortalecimento ósseo, a qual inclui actividades como saltar à corda ou correr. (Pender, Murdaugh e Parsons 2011, p. 269; CDC 2010; WHO 2011;)

É também importante salientar que a participação em actividades físicas promove o desenvolvimento social proporcionando oportunidades para as crianças se expressarem, desenvolverem sentimentos de autoconfiança, interacções sociais e uma adequada integração e ligação com os seus pares. Também já foi apontado que os jovens mais activos conseguem evitar comportamentos de risco tais como o tabaco, o álcool e o abuso de substâncias psico-activas e que para além disso, apresentam melhores níveis de aproveitamento escolar. (DGS 2007; WHO 2011; CDC 2010; IP 2009)

Para avaliar o comportamento sedentário nas crianças, devemos proceder à sua caracterização, de modo a sabermos o que vamos avaliar concretamente. Num estudo cuja população foram crianças, foi verificado que as autores dividiram o comportamento sedentário em académico – “academic” e não académico -“nonacademic”. Nomeadamente o que é considerado na avaliação é o não académico como o ver televisão, filmes ou jogos de consolas e o computador porque o tempo académico é indispensável para o desenvolvimento cognitivo e formativo da crianças e não deverá

ser descuidado no seu dia-a-dia. Bagby e Adams (2007, p.138) referem que períodos de tempo prolongados a ver televisão, vídeos ou jogar jogos nas consolas ou no computador resulta em efeitos adversos na actividade metabólica e no aumento da obesidade. Também Pender, Murdaugh e Parsons (2011, p. 269) acrescentam que as intervenções devem ser dirigidas no sentido de limitar o comportamento sedentário até duas horas por dia.

Num estudo realizado em 31 países da Região Europeia pela OMS nos anos de 2001/2002 e posteriormente em 2005/2006 com crianças de 11 anos de idade, de ambos os sexos, e considerando a prática de actividades físicas no mínimo 60 minutos diários, verificou-se que Portugal encontra-se na quinta posição relativamente ao género masculino e em relação ao género feminino, é o país com maior percentagem de jovens que não atingem o mínimo recomendado de actividades físicas diárias. (WHO 2009)

Perante a literatura pesquisada, identificaram-se vários factores que influenciam a prática de actividade física:

- factores demográficos (idade, condição sócio-económica);
- sociais (contexto sócio-cultural, encorajamento proporcionado pelos pais e amigos);
- ambiente físico (disponibilidade de espaços físicos e oportunidades para se ser activo).

(WHO 2009, p.2; Padez [et al.], 2004; Carmo 2008; Breda e Rito 2007/2008;IP, 2009)

### **2.2.1. Importância da escola na promoção da actividade física**

A escola é o local destinado à aprendizagem e integração de novos conhecimentos proporcionados pelas unidades curriculares que integram o campo educativo. Depois da família, constitui o principal pilar no fornecimento de aprendizagens e da cultura na criança, inserida numa determinada sociedade. Entre os saberes provenientes das diversas áreas do conhecimento, a educação para a saúde está a ganhar terreno no território escolar. Gomes (2009, p.85) justifica os motivos pelos quais a educação para a saúde se deve realizar na escola. Segundo o autor, o facto de a escolaridade ser actualmente um bem obrigatório, faz com que qualquer programa de educação para a

saúde implementado na escola abranja um maior número de indivíduos. Por outro lado, a infância e a adolescência constituem as fases de desenvolvimento preferenciais de aquisição de comportamentos e estilos de vida, sendo a escola dotada de profissionais com competências e habilidades únicas no âmbito da educação e dos processos de aprendizagem.

Como refere Andrade (1996, p. 8) “ *a educação para a saúde nas escolas assenta nos direitos fundamentais – o direito à educação e o direito à saúde – amplamente reconhecidos por todas as instituições e organismos internacionais, bem pelo foro constitucional e legislativo do nosso país.*”

A escolaridade constitui actualmente um bem obrigatório, sendo considerada a educação para a saúde nesse contexto uma estratégia com baixos custos e com a vantagem de existir uma maior proximidade com a família, em simultâneo. (Plano Nacional de Saúde Escolar - PNSE, 2006)

A prática de actividades físicas na escola é um contributo inestimável para a prática total de actividades físicas diárias da população infantil e juvenil e na melhoria da condição física. No entanto, verifica-se simultaneamente que a quantidade e a forma de organização da sua prática, na instituição escolar, varia de país para país. (IP 2009, p. 34; WHO 2009, p. 3)

Estudos realizados em Portugal, relativamente à prática de actividade física na escola, evidenciaram que as crianças durante o período escolar realizam predominantemente actividades físicas de baixa intensidade, não realizando, no mínimo, 30 minutos de actividade física moderada a vigorosa diária. (Oliveira, Gomes e Campos 2003; Magalhães [et al.] 2002)

Na Lei n.º 5/2007 de 16 de Janeiro no Artigo 28.º, relativamente aos Estabelecimentos de educação e ensino, é destacada a importância da prática de actividade física em meio escolar. Assim, é importante as escolas proporcionarem actividades físicas diariamente em todos os graus de ensino, seja dentro ou fora dos programas escolares em cooperação com parceiros da comunidade local. É fundamental que se promova em todos os alunos o interesse para toda a vida pela actividade física pois é uma ferramenta fundamental para manterem uma vida saudável.

O Artigo 31º – Convenção Sobre os Direitos da Criança de 1989, consagra à criança o direito ao recreio. “*Os Estados Partes reconhecem à criança o direito aos tempos livres, o direito de participar em jogos e actividades recreativas próprias da sua idade e de participar livremente na vida cultural e artística*” (UNICEF, 1989). Neste sentido, o recreio é um direito da criança, e por outro lado constitui um espaço onde existe uma maior probabilidade de acumulação de actividade física, através de jogos e brincadeiras.

### **2.2.2. Importância da família na promoção da actividade física às crianças**

Segundo Pender, Murdaugh e Parsons (2011, p. 269) a adopção de comportamentos na infância relacionam-se com os modelos e suporte parental. A família para além de constituir um poderoso modelo para as crianças, também consegue moldar alguns dos seus comportamentos.

A família constitui uma estrutura única e um recurso fundamental reconhecido pela sociedade, tanto pelas funções que desempenha, bem como pelas responsabilidades específicas que lhe são inerentes. É considerada um “*sistema social primário dentro do qual o indivíduo se desenvolve, é cuidado e torna-se apto para o convívio social, e é onde o crescimento físico e pessoal é promovido.*” (STANHOPE, 1999, p. 503) De facto a “*família é a primeira escola da criança (...)*” (DGS 2006) acrescentando que uma escola que promova a saúde deverá incluir nomeadamente a comunidade de pais desde as decisões sobre o projecto às actividades decorrentes na própria de escola. A participação dos pais é incentivada pelo Decreto-Lei nº 115-A/98 de 4 de Maio, assim como a participação dos próprios alunos, incentivando à sua participação e co-responsabilização em todo o processo.

Compete aos pais, para além dos cuidados na alimentação e saúde, incentivar os filhos e criar condições para realizarem actividade física. Não podemos esquecer, para que a criança se desenvolva de uma forma harmoniosa e integral, “*a criança deve ter espaço e tempo para tudo: estudar, ver televisão, jogar videojogos, (...) mas também actividades de lazer e recreativas, que sejam dinâmicas. Cabe aos pais “imaginar”/“inventar” formas de promover a actividade física: subida de escadas,*

*passeios, dança, jogos tradicionais, visitas a museus, visitas a parques naturais, etc.”*  
(Baptista 2006 p. 28)

Actualmente existem muitas famílias que devido ao seu ritmo e estilo de vida praticado, impedem as suas crianças de praticar actividade física suficiente, uma vez que têm menos tempo para o jogo e para a actividade lúdica espontânea. Actualmente a gestão do tempo da vida das crianças é um problema sério das sociedades modernas e *“verifica-se que o nível de importância atribuído pelos pais na escolha das actividades para o preenchimento dos tempos livres dos filhos, está dependente de vários factores: habilitação académica, classe social, constituição da família, experiências anteriores, local de habitação, distância do local de trabalho, horários referentes à prática das actividades e dificuldades económicas”*. (Neto 1997, p. 13)

A influência dos pais é incontestável, por serem eles os primeiros e principais modelos da criança, pelo suporte e encorajamento proporcionado relativamente transporte utilizado na deslocação entre escola/residência e vice-versa e na participação em actividades lúdico/desportivas. Por outro lado, as crianças também são uma influência na família, levando da escola para casa saberes e estilos de vida saudáveis. Os pais podem ser envolvidos através de reuniões, material educativo e participação em actividades físicas em horário pós-escolar. Vários estudos defendem que intervenções baseadas nos pais, podem aumentar a actividade física nas crianças e reduzir os respectivos comportamentos sedentários, assim como o envolvimento dos pais em programas escolares. No entanto é simultaneamente focada a dificuldade no envolvimento dos pais devido aos seus compromissos profissionais e familiares e a consequente pouca disponibilidade. (Pender, Murdaugh e Parsons 2011, p. 269; CDC 2010, AAP 2006, Joy 2008, p.367; Cleland 2011, p. 159)

### **3. CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA NA PROMOÇÃO DA ACTIVIDADE FÍSICA ÀS CRIANÇAS E SUAS FAMÍLIAS EM CONTEXTO ESCOLAR**

A Enfermagem, segundo o Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro capítulo II, artº 4, *“é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”*

Desta forma, a área de intervenção do enfermeiro abrange não só a prestação de cuidados diferenciados em situação de doença mas também se dirige ao indivíduo saudável, famílias, grupos e comunidade na obtenção de melhores níveis de saúde. É igualmente reconhecida a importância de actuar junto dos indivíduos, ou seja, integrado nos ambientes onde vivem, trabalham, estudam e se divertem com vista a desenvolver o seu padrão de saúde.

A prática de enfermagem assenta no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Código Deontológico e no Enquadramento Conceptual dos Padrões de Qualidade, os quais integram a prestação de cuidados em três níveis de prevenção, a promoção e educação para a saúde como funções inerentes do enfermeiro. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tendo uma base de conhecimento e competências diferenciada nas áreas científica, técnica e humana, constituem por este motivo, profissionais de excelência para fornecer um contributo acrescido e importante em intervenções no âmbito escolar com vista à promoção da actividade física às crianças e suas famílias. A sua formação permite-lhes intervir estrategicamente na comunidade escolar, de modo a torná-la cooperante e responsável no seu projecto de saúde.

Portugal é o país da União Europeia com os níveis mais elevados de sedentarismo. Este comportamento tem uma importância significativa para o peso da doença global,

uma vez que as doenças crónicas não transmissíveis constituem a principal causa de morbilidade e mortalidade na população adulta. A evidência já demonstrou que a saúde está relacionada com o modo de viver das pessoas, em particular com os estilos de vida individuais. Os estilos de vida individuais definem-se como um *“conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente re-interpretados e testados ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais.”* (Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida 2003, p.2) Para além disso, 3/4 da população com 15 anos ou mais, descreve a sua principal actividade dos tempos livres como ler, ver TV ou outras actividades sedentárias, segundo o Inquérito Nacional de Saúde (2001). Também as autoras Pender, Murdaugh e Parsons (2011, p.147) associam o início da adolescência com o aumento de actividades sedentárias e o conseqüente declínio da prática de actividade física. Intervenções precoces são necessárias para contrariar essa tendência. As orientações e recomendações existentes dirigidas à promoção da AF preconizam intervir a partir dos seis anos de idade. (WHO 2011; CDC 2010; IP 2009; DGS 2007; Pender, Murdaugh e Parsons 2011) Também as orientações estratégicas e intervenções apontados pelo PNS (2004-2010), destacam a importância de actividades no âmbito da saúde escolar e é focada a necessidade de incentivar a AF regular, nomeadamente através da *“elaboração de recomendações sobre a AF regular ao longo do ciclo da vida, adaptadas à população portuguesa”* e a *“sensibilização da população para as vantagens da adopção de uma prática de AF regular, adequada a cada situação particular e a cada fase do ciclo de vida em geral”*. (PNS 2004-2010)

O Programa Nacional de Saúde Escolar destina-se à comunidade educativa dos Jardins de Infância, Escola do Ensino Básico e do Ensino Secundário e instituições com intervenção na população escolar. A sua área de intervenção engloba os Estilos de Vida, cujo papel dos profissionais de saúde assenta na promoção de estilos de vida saudáveis, que integram intervenções estratégicas de mudança de comportamento que se dirigem ao indivíduo e grupo, no sentido de alterar o (s) factor(es) de risco. Dentro das áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis, encontra-se a AF, como determinante da saúde a promover. (PNSE, 2006)

Assim emergem novas necessidades de saúde, sobre as quais os cuidados de saúde primários têm um importante papel a desempenhar, como resposta às crescentes expectativas das populações e complexidade dos contextos vivenciais dos indivíduos, famílias e grupos comunitários.

Na Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários em Alma-Ata, 1978, estes foram definidos como:

*(...) Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possa manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto com dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde.”*

O enfermeiro especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública nesta área liberta-se do domínio exclusivamente assistencial para intervir na prevenção primária, relacionada com a promoção de saúde direccionada ao meio ambiente e estilos de vida individuais e sociais e prevenção secundária baseada na detecção precoce e educação dos grupos e indivíduos que apresentam comportamentos de risco, nomeadamente comportamentos que evidenciem o sedentarismo. É indispensável destacar a saúde como um conceito positivo e que se aposte na capacitação, participação e motivação das pessoas para o alcance e manutenção da sua saúde e qualidade de vida.

Segundo a Meta n.º15 da *Saúde para Todos* (OMS 1985, p. 75), um dos objectivos é “*Fornecer conhecimentos e motivações indispensáveis a um estilo de vida saudável*”, integrando a educação para a saúde como estratégia fundamental ao seu cumprimento.

*“A Educação para a Saúde é uma acção exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou colectivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem”* (OMS, 1969)

Essa acção referida diz respeito aos processos de aprendizagem que podemos proporcionar, com vista à promoção da saúde sabendo adequar as intervenções à população, mediante o ciclo vital e contexto onde estão inseridas e ao fornecimento de ferramentas que lhes permita obter auto-suficiência e capacidade na tomada de decisões informadas com vista à obtenção de melhores níveis de saúde.

Para o desenvolvimento de práticas educativas, o enfermeiro especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública deverá actuar em complementaridade com outros parceiros (de saúde e/ou comunitários). O enfermeiro constitui o elemento que melhor conhece as pessoas, os seus hábitos e estilos de vida, decorrente dos pressupostos que orientam a formação em enfermagem (holística, abrangente, pluridisciplinar) e pelas frequentes oportunidades de contacto durante a prestação de cuidados de proximidade. Detentor de formação e experiência que lhe permite abster-se de juízos de valor e lhe confere a capacidade de entender e respeitar os outros, cabe ao enfermeiro o papel de agente facilitador e dinamizador da aprendizagem na implementação de programas de educação para a saúde, ajudando os indivíduos e a comunidade a conhecer e a gerir recursos, visando a mudança de comportamentos com vista à adopção de estilos de vida saudáveis (Regulamento n.º 128/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública – publicado no DR, 2.ª série, n.º 35, de 18/2/2011).

A Meta n.º 16 da *Saúde para Todos* (OMS 1985, p. 75), a qual preconiza “o desenvolvimento de comportamentos saudáveis”, inclui a capacitação dos indivíduos para a adopção de comportamentos activos relativamente à actividade física, constituindo-se esta, um importante contributo da saúde e do bem-estar dos indivíduos, preconizando-se a sua acessibilidade a todos os grupos sociais e etários.

O referencial teórico utilizado foi o Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender (1996), o qual foi desenvolvido nos Estados Unidos nos anos 80 e integra teorias comportamentais e teorias de enfermagem, de modo à identificação dos factores que influenciam comportamentos saudáveis, a partir do contexto biopsicossocial do indivíduo. Trata-se de um Modelo de Enfermagem utilizado para implementar e avaliar acções de promoção da saúde. O comportamento que leva à promoção da saúde, é

avaliado pelo estudo da relação entre três componentes principais, nomeadamente as características e experiências individuais (comportamentos anteriores e características individuais), os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar (percepção dos benefícios, obstáculos, auto-eficácia, influências interpessoais) e por último o comportamento de promoção da saúde desejável (compromisso com o plano de acção, preferências pessoais). (Guedes, [et al.] 2009, p. 9; Victor, [et al.] 2005, p. 2; Sakraida 2002, p. 704; Pender, Murdaugh e Parsons 2011, p. 44)

Na enfermagem, os cuidados prestados aos indivíduos são orientados e influenciados pelo modelo que os prestadores de cuidados seguem. (Pearson e Vaughan 2004, p. 3) Os modelos de enfermagem são importantes porque fornecem directrizes para o exercício da enfermagem, dando-lhe consistência e fundamentação pelo que é importante a sua presença neste trabalho.

Segundo Vitor, Lopes e Ximenes (2005, p. 236), o modelo de promoção da saúde de Pender, fornece uma estrutura simples e clara, sobre a qual o enfermeiro pode realizar um cuidado de forma individual, ou reunindo as pessoas em grupo, permitindo um planeamento, intervenção e avaliação das suas acções.

Para Pender, Murdaugh e Parsons (2011, p. 5), a promoção da saúde é *“um processo que capacita indivíduos, grupos, famílias e comunidades a obterem um controle sobre os determinantes dos seus comportamentos de saúde que lhes permitam optar por comportamentos saudáveis”*. As anteriores autoras acrescentam ainda que este processo visa comportamentos que sejam motivados pelo desejo do indivíduo em aumentar o seu bem-estar e concretizar o seu potencial de saúde. Pelo contrário e segundo as anteriores autoras, a prevenção da doença, ou também designada, protecção da saúde, compreende comportamentos do indivíduo, motivados pelo seu desejo activo de evitar a doença, respectiva detecção precoce ou manutenção das suas funções de acordo com as limitações da doença.

Nesta perspectiva, o desenvolvimento do presente trabalho utilizou tanto a promoção da saúde, como a prevenção da doença, uma vez que se pretendeu capacitar as crianças e respectiva família para a adopção de comportamentos activos relativamente

à AF, com vista ao seu bem estar e maximização da sua saúde mas também teve o intuito de prevenir a obesidade infantil .

## **4. FASE EMPÍRICA**

A fase empírica do relatório, será apresentada de seguida e segue as etapas preconizadas pela metodologia do planeamento em saúde, tendo-se utilizado o autor António Tavares (1990).

### **4.1. Diagnóstico de situação**

O diagnóstico de situação é segundo Tavares (1990, p. 51) a primeira etapa do processo de planeamento em saúde, a qual consiste na recolha de dados necessária para identificar os problemas da população, alvo de intervenção. É através da identificação dos problemas que se determina as respectivas necessidades, ou seja, as intervenções necessárias à resolução/redução do problema ou pelo contrário, a necessidade de manter os respectivos níveis de saúde quando se conclui que já são adequados.

Para a concretização desta primeira etapa do diagnóstico de situação, os métodos utilizados para a colheita de dados foram a observação e recolha de informação contínua ao longo do estágio, a avaliação física das crianças para obtenção de dados antropométricos, nomeadamente o peso e a altura para posterior cálculo do IMC. Posteriormente o IMC foi classificado de acordo com as tabelas de percentis inseridas no programa de Saúde Infantil da DGS de modo a obter um panorama geral da população relativamente à identificação de crianças com pré-obesidade e obesidade. O outro método utilizado para colheita de dados envolveu a aplicação do questionário ESPIGA (Estudo de Saúde da população infantil da Região Alentejo), já anteriormente utilizado em 2009/2010, pelo Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma contra a Obesidade, relativamente aos hábitos de vida da criança relacionados com a AF e às características gerais da família e seu contexto sócio-económico. (Anexo I)

Assim, para esta fase, utilizou-se um estudo de metodologia quantitativa e do tipo descritivo exploratório. O instrumento de colheita de dados foi um questionário que foi dirigido aos pais; sendo composto por 18 questões fechadas dicotómicas e de resposta múltipla.

Esta fase teve também como base, o primeiro componente do modelo de Promoção da Saúde da Nola Pender (1996), o qual se refere ao comportamento anterior e às características pessoais. (Pender, Murdaugh e Parsons 2011, p. 45) Assim, foi colhida informação relativa à prática de actividade física e sua quantificação, bem como das actividades sedentárias, praticadas pelas crianças. As características pessoais, interferem directamente no comportamento para a promoção da saúde. A nível dos factores biológicos interessa a idade, o género e o índice de massa corporal. A altura e o peso foram também avaliados através de métodos antropométricos standards. O cálculo do IMC é importante uma vez que é frequentemente utilizado na investigação epidemiológica como a única medida de obesidade infantil. A nível dos factores sócio-culturais pessoais e segundo a literatura, revela-se importante a variável estatuto sócio-económico e a educação/habilitações académicas, assim como a influência que é proporcionada pelos pais relativamente à prática de actividades físicas, nomeadamente ao meio de transporte utilizado na deslocação de casa para a escola e vice-versa e frequência em clubes desportivos.

Foram efectuadas várias deslocações à Escola, nas quais se confirmou a recepção do ofício de divulgação do projecto bem como o respectivo pedido de autorização para o desenvolvimento do projecto na presente Instituição Educativa. (Anexo II) Por outro lado, teve-se conhecimento das três turmas do 1º ano do 1º ciclo, com o n.º de alunos bem como a data de nascimento, nas quais se verificou que todas as crianças completariam os 6 anos até ao final do ano. Foi também entregue um consentimento informado por criança de modo a obter autorização para a respectiva participação no projecto dos respectivos encarregados de educação. (Anexo III) Foram recolhidos no total 45 consentimentos informados assinados num universo de 47 crianças.

Uma vez que a UCSP V de Alcains não dispunha de estadiómetro portátil, foi efectuado um pedido de empréstimo à Escola Superior de Saúde Dr.º Lopes Dias que cedeu o referido material (Estadiómetro Seca Modelo 214) entre 18 de Outubro de 2010 a 16 de Novembro de 2010. A balança utilizada foi-nos cedida pela UCSP V de Alcains, portátil e com mostrador digital.

A avaliação ocorreu em dois dias e na véspera de cada avaliação, foi efectuada a preparação do equipamento para avaliação física, bem como outro material necessário,

nomeadamente frasco de álcool e pacote de compressas, para higienização da balança e estadiómetro entre cada avaliação, um tapete para apoio às crianças enquanto de despem/vestem pois todas as crianças foram avaliadas com roupa interior. Desse modo as avaliações foram efectuadas uma a uma, num local reservado e dispondo de uma folha para registo das respectivas avaliações. (Anexo IV)

Foi também perguntado a cada criança com consentimento informado se queria participar, tendo todas as crianças aceite. No entanto, se desejassem em qualquer momento não ser avaliadas ou parar a meio da avaliação, poderiam fazê-lo, não tendo no entanto, ocorrido esta situação.

Durante o procedimento da avaliação física, teve-se em conta o facto de as crianças poderem ser sensíveis relativamente à questão do seu peso e estatura bem como o das crianças em seu redor, podendo criar susceptibilidades. Foi possível avaliar cada criança individualmente, contribuindo dessa forma para manter estes princípios.

Após obtermos o peso e a altura das crianças, os dados foram registados no programa informático SAPE (Serviço de Apoio à Prática de Enfermagem) da UCSP V de Alcains, que nos permitiu aceder de forma automática aos IMC e permite futura monitorização das crianças avaliadas relativamente ao referido parâmetro com vista à continuidade do projecto a nível da UCSP V de Alcains, no âmbito das actividades decorrentes da saúde escolar.

No dia 21 de Outubro de 2010 foi concedida autorização, via correio para utilização do questionário ESPIGA, pela coordenadora do Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma contra a Obesidade. O questionário não foi utilizado na íntegra por existirem itens que não respondiam aos objectivos do projecto, pelo que foram retiradas algumas questões. No entanto, nenhuma pergunta utilizada foi alterada. (Anexo V)

Relativamente aos hábitos de vida da criança, relativos à actividade física, este englobou 12 perguntas, algumas fechadas e outras de escolha múltipla em que se pretendeu obter dados relativamente ao meio de deslocação para a escola, quantidade de AF realizada na escola e fora do meio escolar abrangendo o brincar, que nestas idades é muito importante e a actividade física efectuada em clubes desportivos.

Pretendia também obter dados relativamente às actividades sedentárias das crianças, nomeadamente o visionamento de televisão, computador e incluiu a realização dos trabalhos de casa.

Em relação aos dados sócio-culturais, o questionário abrangeu 7 perguntas, algumas fechadas e outras de escolha múltipla que permitiu obter dados sobre as características da família, habilitações literárias dos pais, respectiva situação profissional e económica e o tipo de habitação..

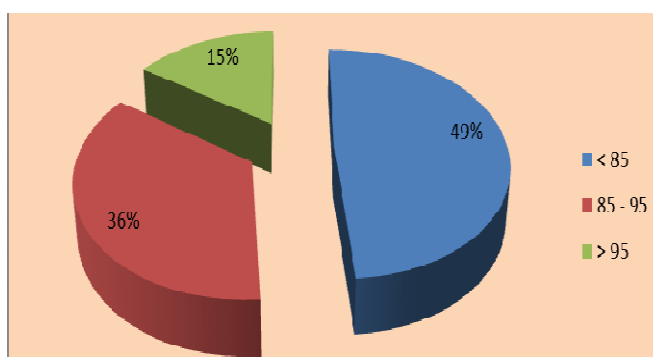
A entrega dos questionários aos pais das crianças foi efectuada com a colaboração dos professores que em cada turma, procederam à respectiva distribuição no dia 25 de Outubro de 2010, tendo sido assegurado a confidencialidade dos dados.

Foram recolhidos 42 questionários, o que correspondeu a 93 % da população total com consentimento informado assinado.

A metodologia utilizada para o tratamento de dados foi a introdução dos mesmos no programa Microsoft Office Excel e cuja análise encontra-se em anexo. (anexo VI)

### **Avaliação Física das crianças**

Das 45 crianças avaliadas, com consentimento informado assinado pelos pais, verificou-se que 47% das crianças são do sexo masculino e 53% são do sexo feminino.



**Ilustração 1** – Identificação do percentil relativamente ao IMC das crianças avaliadas

Após relacionar dentro de cada género, a idade com o IMC, foram inseridos os valores de IMC em curvas de percentis, utilizando as tabelas utilizadas desde Setembro de

2005 pela DGS obtendo-se como se verifica na anterior imagem, 48% das crianças com IMC adequado para a sua idade e 52% das crianças avaliadas com excesso de peso. Dentro destes 52% das crianças, 36% encontram-se na pré-obesidade e 16% na obesidade.

### **Resultados obtidos da análise dos questionários**

Foram obtidos 42 questionários, sendo que 90% dos questionários foram preenchidos pela mãe e 10%, pelo pai.

### **Caracterização sócio-cultural das famílias das crianças inscritas no 1º ano do 1º ciclo de uma Escola básica de Alcains**

#### **Tipo de famílias**

Através da análise dos questionários, foi possível verificar que o tipo de famílias existentes são famílias nucleares, ou seja famílias constituídas pelo homem, mulher e filhos biológicos ou então famílias reconstituídas, sendo estas compostas pelo homem, mulher que têm filhos de casamentos prévios e os seus próprios filhos biológicos, vivendo em comum. Estas representam 40 das 42 famílias inquiridas. É possível verificar também que a tradicional família alargada, onde conviviam marido, mulher, filhos e avós ou outros parentes consanguíneos, não está presente como ocorre actualmente, exceptuando uma família, a qual é constituída por 3 adultos, para além da (s) criança(s). No entanto, é conhecido a manutenção do seu suporte emocional, cuidados às crianças e assistência financeira aos seus membros. Relativamente às famílias monoparentais, ou seja, famílias de um ou mais filhos em que existe apenas um progenitor, apesar de serem cada vez mais frequentes na sociedade actual (Bolander 1998, p.398), existe apenas uma família com esta característica no grupo a intervir.

Relativamente ao número de crianças existentes no agregado familiar, mais de 50% das crianças têm irmãos. Deste modo está favorecida/facilitada a realização de actividade física através de actividades de socialização e lúdicas entre irmãos.

Relativamente ao nível de instrução, destaca-se o facto de serem as mães que possuem um nível de instrução mais elevado, relativamente aos pais. No entanto, é

relevante o facto de apenas 12% dos pais e 31% das mães, terem frequentado o Ensino Superior.

### **Situação profissional**

Relativamente à situação profissional, a maioria dos pais trabalha por conta de outrem, com 71% no caso dos pais e 82% no caso das mães. Tanto nos pais como nas mães existe uma taxa de desemprego entre os 7% no caso das mães e 8% no caso dos pais, que no entanto, não é representativa da população. Por outro lado, aproxima-se da condição sócio-económica actual do país, onde a taxa de desemprego é superior a 10%.

### **Condição económica da família**

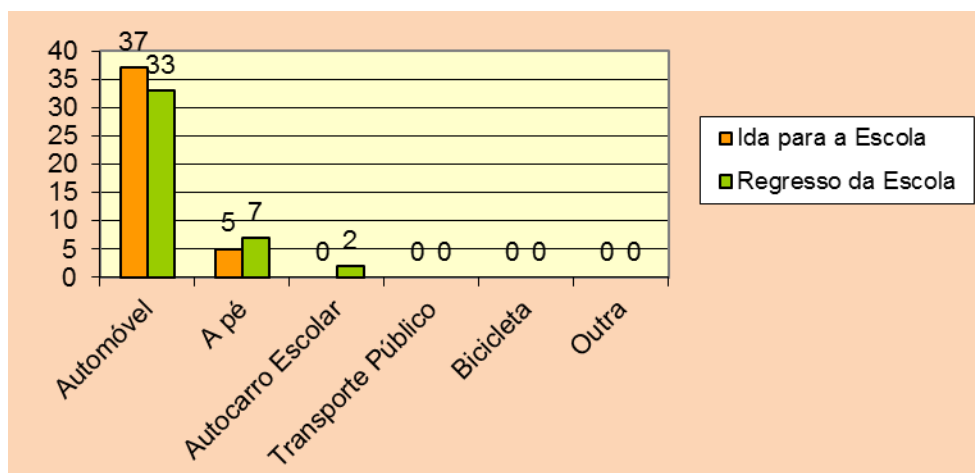
Em relação ao rendimento médio mensal do agregado familiar existe uma grande variabilidade. No entanto 62% auferem rendimentos mensais superiores a 851€ e destaca-se o facto de 33% dos agregados familiares receber rendimentos inferiores a 850€. Tendo em conta que mais de 50% das famílias têm mais de uma criança no agregado familiar, provavelmente não haverá nessas situações disponibilidade económica para realizar qualquer tipo de desporto que exija uma mensalidade, por converter-se num encargo extra para a família.

### **Tipo de habitação**

O tipo de habitação predominante é as moradias com 46% e apartamentos com 43%. As moradias germinadas representam 7% da população. Admite-se que habitações do tipo moradias cria mais oportunidades e mais espaço para as crianças realizarem actividades físicas, nomeadamente vários tipos de actividades lúdicas/recreativas ao ar livre.

## Hábitos de vida das crianças inscritas no 1º ano do 1.º Ciclo de uma Escola Básica de Alcains, relativamente à prática de actividade física

### Meio de deslocação para a escola



**Ilustração 2** – Meio de deslocação para a escola

Relativamente ao meio de deslocação para a Escola, predomina o automóvel tanto para a ida como para o regresso da Escola. Apenas 5 crianças vão a pé para a escola e 7 regressam a pé para casa.

Relativamente à distância entre a Escola e a Residência, verifica-se 46% da população reside a uma distância situada entre 1 e 2 km e 40%, a menos de 1 Km. Existe 10% da população que reside entre 3 e 4 Km. Apenas 2% reside entre 5 e 6 Km e 2%, não respondeu a esta questão.

No entanto, quando questionados os pais relativamente à segurança do caminho para a Escola, 66% classificam o caminho como inseguro. Provavelmente esta sensação de insegurança manifestada pelos pais se deva ao trânsito diário junto aos acessos da escola, principalmente na hora de entrada e saída das crianças.

Um ambiente urbano que incentiva a utilização de veículos motorizados, desincentiva a actividade física promovendo a tendência generalizada da população para o excesso de peso e a obesidade. (IP 2009, P.37)

O transporte utilizado é realçado na literatura, uma vez que andar a pé, de bicicleta e o uso de transportes públicos contribui significativamente para a manutenção de adequados níveis de actividade física. No entanto, são apontados alguns determinantes que influenciam negativamente os pais das crianças a optar por estas escolhas de transporte saudáveis, como o medo do tráfego rodoviário, pouca segurança verificada nalgumas zonas urbanas e a falta de espaços verdes e adequados à sua prática diária. (WHO 2009, p. 3; IP, 2009, p.38)

Uma vez que as crianças nesta idade, ainda não possuem autonomia suficiente, estão sujeitas às limitações que são impostas pelos adultos. Assim as percepções parentais do ambiente são fundamentais, em particular da segurança pois se forem negativas também influenciam negativamente as actividades das crianças dos locais onde vivem. A participação das crianças no seu ambiente local, através da actividade física, é importante para o seu bem-estar físico e social, pois dá-lhes oportunidade de ganharem independência e de estabelecerem contactos sociais.

### **Prática de Actividade Física na Escola**

Relativamente à prática de actividade física em contexto escolar, as crianças frequentam semanalmente 2h15 de educação física, sendo esta disciplina opcional no 1º ciclo, pertencendo às disciplinas das AEC (Actividades de Enriquecimento Curricular). Mesmo sendo opcional, apenas uma aluna das três turmas do 1º ciclo é que não frequenta a referida actividade. Este facto revela que os pais consideram importante incluir a educação física na formação dos seus educandos.

Para além disso a literatura enfatiza a importância da prática de actividades físicas na escola, sendo um contributo inestimável para a prática total de actividades físicas diárias da população infantil e juvenil e na melhoria da condição física. (IP 2009, p. 34; WHO 2009, p. 3)

Uma das estratégias que a Escola tem implementada é a “*disponibilização dos espaços escolares para actividades desportivas da comunidade escolar*” (Projecto Educativo 2010/2011). Mediante pagamento das entidades que o alugam, nomeadamente Clubes Desportivos e Associações, a Escola disponibiliza os espaços dos ginásios para a

prática de actividade física como seja o Judo, aulas de manutenção física para os pais e ainda prática de modalidades variadas.

Para além da educação física as crianças realizam outros tipos de actividade física na Escola, local onde passam a maior parte do seu dia e onde têm uma maior probabilidade de acumular actividade física através dos jogos e brincadeiras que desenvolvem no recreio. Com a introdução das AEC's, as crianças passam actualmente desde as 9h até às 17h30 dentro da instituição escolar. Com 6 anos de idade, as crianças são muito activas. Gostam de correr, saltar e brincar, implicando todas estas actividades dispêndio de energia, para além de serem óptimas formas de desenvolverem as suas capacidades motoras assim como a sociabilidade.

### **Horas semanais dispendidas na realização de actividade física**

Para analisar o total de horas dispendidas na realização de actividades físicas, partiu-se da recomendação que por dia as crianças devem realizar pelo menos 60 minutos de actividade física (IP 2009, p. 34; WHO 2009, p. 3; Pender, Murdaugh e Parsons 2011, p. 148)

Através do questionário utilizado para a recolha de dados, consegue-se obter o número total de horas de actividade física realizada por semana, através da soma do número de horas de actividades físicas realizadas na escola com o número de horas que brincam fora de casa e horas dispendidas em actividades desportivas, no caso das crianças que as praticam. O questionário utiliza para obter esta informação, perguntas de escolha múltipla, em que era possível optar por uma das 5 opções de modo a que os pais conseguissem quantificar o número de horas de actividades físicas praticada pelos seus filhos: “nunca”, “menos de uma hora semanal”; “cerca de uma hora semanal”; “cerca de 2 horas semanais” e “3 ou mais horas semanais”. De modo a quantificar a primeira e a última opção, utilizou-se as fórmulas para cálculo da pontuação do questionário Baecke (1982) de actividade física habitual (AFH). Na qual teve-se como critério que menos de uma hora por semana, correspondia a 30 min e que três ou mais horas, corresponderia a 3h30 min.

O questionário de AFH de Baecke [et al.] teve sua origem na Holanda e foi publicado em 1982. O instrumento tem sido empregado em pesquisas epidemiológicas num contexto mundial. (Florindo [et al.] 2004, p.1)

Da análise dos dados conclui-se que 11 crianças (26%) cujos pais responderam ao questionário, não conseguem atingir as 7 horas semanais de actividade física preconizada e que 31 crianças (74%) atingem as 7h semanais.

### **Horas semanais dispendidas na realização de actividades sedentárias**

Relativamente às **actividades sedentárias** realizadas pelas crianças, foi possível através do questionário aplicado, avaliar o tempo diário dispendido na realização dos trabalhos de casa, actividades realizadas no computador e a Televisão tanto nos dias úteis como nos fins-de-semana.

Segundo Pender, Murdaugh e Parsons (2011, p. 148), as actividades consideradas sedentárias, nomeadamente o visionamento de televisão e jogos de computador, não devem ultrapassar as 2 horas diárias.

Tendo como base esta orientação, somou-se novamente por criança as actividades que incluíam o visionamento de televisão e tempo dispendido no computador. A realização dos trabalhos de casa, não foi incluída por ser uma actividade sedentária mas de origem académica. Tem haver com tarefas importantes para o desenvolvimento cognitivo e académico, que a criança não deverá descuidar na sua rotina. (Bagby e Adams 2007)

Através da análise dos dados, verifica-se que 12 crianças (29%) excedem as 14 horas semanais na realização de actividades, consideradas sedentárias e que 30 crianças (71%) praticam actividades sedentárias cujo período de tempo é inferior a 2 h.

Por outro lado, quando confrontados os dados, por criança entre o total da actividade física realizada e as actividades sedentárias, verificou-se que existem quatro grupos distintos na população (Anexo VII):

- Crianças activas e que não excedem as 14 horas semanais de actividades sedentárias;
- Crianças com insuficiente número de horas de actividade física e simultaneamente excedem as 14 horas semanais de actividades sedentárias;
- Crianças activas mas que excedem as 14 horas semanais de actividades sedentárias (TV e computador);
- Crianças com défice de AF mas que não excedem as 14 horas semanais de actividades sedentárias.

### **Crianças activas e que não excedem as 14 horas semanais de actividades sedentárias**

Este grupo é composto por 22 (52%) crianças, onde se verifica que a prática de actividade física atinge as 7 horas ou mais, semanais recomendadas para a sua idade e por outro lado, o tempo despendido em actividades sedentárias, não excede as 14 horas semanais.

### **Crianças com défice de actividade física e simultaneamente excedem as 14 horas semanais de actividades sedentárias**

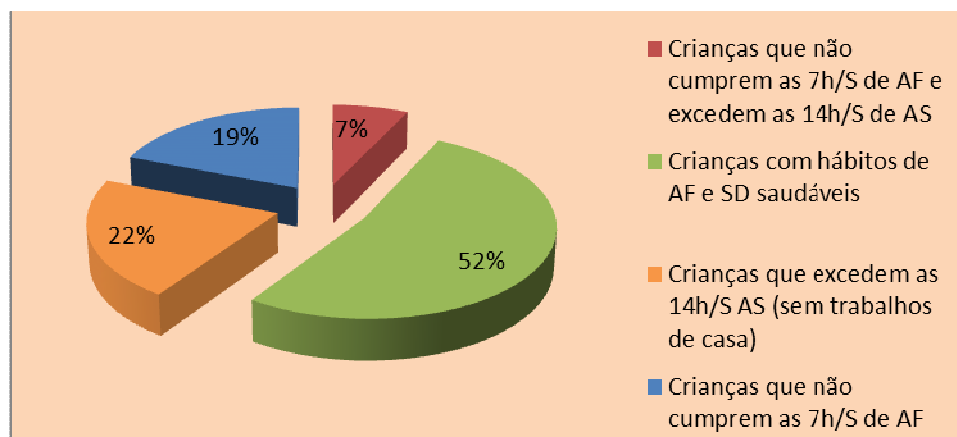
Este grupo da população corresponde a 3 (7%) crianças e é caracterizado pela insuficiente actividade física e excesso de tempo dispendido em actividades sedentárias.

### **Crianças activas mas que excedem as 14 horas semanais de actividades sedentárias**

Este grupo é composto por 9 (21%) crianças, que durante uma semana conseguem praticar actividade física que vai de encontro às recomendações para a idade. No entanto, relativamente às actividades sedentárias excedem as 14 horas por semana.

### **Crianças com défice de actividade física mas que não excedem as 14 horas semanais de actividades sedentárias**

Este grupo corresponde a 8 (19%) crianças, as quais numa semana não conseguem acumular as 7 horas semanais de actividade física. No entanto, não excedem o limite das 14 horas de actividades sedentárias preconizadas.



**Ilustração 3** – Análise dos resultados obtidos relativamente à quantificação das actividades físicas (AF) e actividades sedentárias (AS) praticadas pelas crianças

Os dados obtidos corroboram as conclusões de Jago [et tal.] 2010, p. 1, relativamente à obtenção de diferentes grupos no seio de uma população, quando analisada a AF e o tempo dispendido em actividades sedentárias.

Uma vez que os questionários são anónimos e não foram codificados previamente, e a intervenção se dirigir ao grupo, destaca-se o facto de se ter obtido 22 (52%) das crianças, as quais demonstram ter um comportamento activo e 20 (48%) crianças que poderão beneficiar de futuras intervenções. (Bagby e Adams 2007, p.138)

Após a análise dos dados realizada, identificaram-se os seguintes problemas na população a intervir:

- Mais de metade da população (52%), alvo da avaliação física efectuada para obtenção do IMC, têm peso acima do normal para a sua idade;
- O Meio de deslocação para a Escola é predominantemente o automóvel;
- 20 (48%) crianças apresentam comportamentos pouco activos relativamente à actividade física;

## 4.2. Priorização dos Problemas Identificados

A selecção de prioridades é na metodologia do planeamento em saúde a segunda fase do processo e aquela que irá condicionar a fixação dos objectivos.

De modo a obtermos um planeamento consciente, a utilizar eficientemente os recursos disponíveis e a otimizar os resultados a atingir pela implementação de um projecto, é necessário seleccionar prioridades, procurando identificar os problemas a solucionar em primeiro lugar.

Segundo Tavares (1990, p.85), nesta fase são fundamentais duas etapas, a definição de critérios de decisão e a estimativa e comparação dos problemas.

O método usado para a priorização dos problemas identificados, foi a técnica da Grelha de Análise, a qual permite determinar prioridades, partindo dos critérios, “*importância do problema*”; “*relação entre o problema e o(s) factor(es) de risco*”; “*capacidade técnica de resolver o problema*” e “*exequibilidade do projecto ou da intervenção*”. (Tavares 1990, p.86) A comparação de problemas foi efectuada com base na pesquisa bibliográfica efectuada.

### **1 - Mais de metade da população a intervir (52%), às quais foi efectuada avaliação física para obtenção do IMC têm peso acima do normal para a sua idade**

Relativamente à importância do problema, estes valores coincidem com estudos internacionais e nacionais recentes que expõem a prevalência de excesso de peso e obesidade na infância e adolescência. Este é um fenómeno que tem aumentado progressivamente em todo o mundo, sendo a obesidade infantil já considerada, por esse motivo, uma doença de proporções pandémicas. ( IOFT, 2005, p.7)

Em estudos portugueses, também o excesso de peso e a obesidade têm vindo a aumentar, afectando cada vez mais crianças e adolescentes.

(Padez[et al.], 2004; Estudo Nacional COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative), da Pré-Obesidade e Obesidade Infantil em crianças dos 6-10 anos de Breda e Rito

2007/2008; Prevalência da Pré-Obesidade e Obesidade nas crianças em idade pré-escolar na região da beira interior de Duarte (2008) *in*: Carmo 2008, p.25)

Relativamente à relação entre o problema e o factor de risco, a curto prazo, a obesidade infantil está associada a perturbações físicas (ortopédicas e psico-sociais, nomeadamente compromisso da auto-imagem, perda de auto-confiança, mau rendimento escolar, isolamento e depressão. A longo prazo, cada vez mais com tradução clínica ainda durante a idade pediátrica e independentemente da persistência de obesidade na idade adulta, podem-se associar à obesidade, problemas de hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes tipo II, doenças cardiovasculares, apneia do sono, entre outras. (IOTF 2005, p.7)

Para se actuar no IMC é necessário intervenções de carácter pluridisciplinar, em várias vertentes, pelo que a capacidade técnica para resolver o problema, é reduzida pelo curto espaço de tempo disponível. No entanto todas as intervenções pretendem contribuir para contrariar esse fenómeno.

Relativamente à *exequibilidade do projecto ou da intervenção*, pelo motivo referido anteriormente, também se torna de difícil execução.

## **2- O Meio de deslocação para a Escola é predominantemente o automóvel;**

Relativamente à importância do problema, sabemos que o meio de deslocação das crianças de seis anos de idade depende exclusivamente da decisão dos pais. Quando questionados os pais relativamente à segurança do caminho entre a Escola/Residência, 66% consideram o caminho como inseguro.

Segundo as orientações do IP (2009), um ambiente urbano que incentiva a utilização de veículos motorizados, não promove a actividade física. Pelo contrário, torna-se a força impulsionadora que sustenta a tendência generalizada na população no sentido do excesso de peso e da obesidade. Assim os factores ambientais podem ter um papel importante na determinação e na definição de padrões de actividade física. Dessa forma, as percepções parentais negativas do ambiente, em particular da **segurança** estão negativamente associadas às actividades das crianças e dos jovens nos locais onde vivem. No entanto, a participação das crianças e dos jovens no seu ambiente

local, através da actividade física, é importante para o seu bem-estar físico e social, pois dá-lhes oportunidade de ganharem independência e de estabelecerem contactos sociais. (IP 2009, p.37)

Relativamente à relação entre o problema e o factor de risco, Pender, Murdaugh e Parsons (2011, p. 150), constataam que para as crianças irem a pé ou de bicicleta para a escola, necessitam do suporte parental e que este é muito influenciado pelo ambiente físico nomeadamente nas questões de segurança. Apesar de a investigação consultada pelas anteriores autoras evidenciarem que a adopção de comportamentos saudáveis, especificamente o ir a pé para a escola tendo por base o apoio dos pais, contribui para aumentar a actividade física, especialmente nas crianças, a percepção de insegurança é classificada pelas mesmas autoras como uma importante barreira à prática de actividade física (2011, p. 160).

Através da observação realizada e das várias interacções com os pais, as questões de segurança referidas são devidas à falta de policiamento na escola, a intensidade do trânsito verificado e também com a falta de estacionamento adequados e bem sinalizados que permitam a entrada e saída das crianças em segurança. Por esse motivo, a resolução deste problema passaria pelas autoridades regionais e locais criarem acessos/infra-estruturas adequadas a um percurso seguro, acessível e viável à população e teria de envolver por esse motivo, vários sectores exigindo uma abordagem transectorial. Paralelamente esse investimento e transformação do percurso deveriam ser acompanhados por campanhas de informação, explicando os benefícios para a saúde dos meios de locomoção activos para proporcionar uma maior aderência à mudança de comportamento. Assim a capacidade técnica para resolver o problema torna-se limitada.

Por outro lado, a exequibilidade do projecto pelo espaço temporal limitado e por integrar actividades fora da competência da enfermagem é de difícil resolução.

**3 – 20 (48%) crianças inscritas no 1º ano do 1º ciclo de uma Escola Básica de Alcains apresentam comportamentos poucos activos relativamente à actividade física**

Das 20 (48%) crianças inseridas na população alvo, 22% corresponde às crianças que excedem as 14 horas diárias de actividades sedentárias mas que contudo, conseguem atingir as 7 horas semanais de AF, 19% corresponde às crianças que não conseguem cumprir as 7 horas semanais de AF mas não excedem as 14 horas das actividades sedentárias e 7% das crianças não conseguem atingir as 7 horas semanais e excedem simultaneamente as 14 horas de actividades sedentárias.

Relativamente à *importância do problema*, Bagby e Adams (2007, p.138) no seu artigo, sintetizam as orientações técnicas e directrizes relativamente à AF, usando a evidência científica para identificar as crianças que poderão beneficiar de intervenção. Entre os diferentes grupos identificados, encontram-se as crianças que despendem menos de 1 hora por dia em actividades físicas de intensidade moderada ou vigorosa e as crianças que despendem mais de duas horas por dia em actividades sedentárias.

A *relação entre o problema e o factor de risco* consistem no facto de como já foi referido anteriormente, as oportunidades de se ser fisicamente activos, diminuem com a idade. Por outro lado, estudos já demonstraram que os períodos prolongados de inactividade, nomeadamente o visionamento de televisão ou jogos, estão relacionados com as taxas de obesidade. (Bagby e Adams 2007; Correia 2004)

Segundo o PNS (2004-2010), as actividades de promoção de saúde, nomeadamente acções de prevenção primária e secundária, nem sempre ocupam um lugar de destaque no contexto geral da prestação de cuidados de saúde apesar de se já se ter concluído que são os comportamentos e os estilos de vida que em muito determinam a saúde da população. Neste capítulo do PNS é destacado a AF insuficiente, justificando que Portugal é o país da União Europeia com os níveis mais elevados de sedentarismo e que este comportamento tem uma importância significativa para o peso da doença. Para além disso é referido que 3/4 da população com 15 anos ou mais, descreve a sua principal actividade dos tempos livres como ler, ver TV ou outras actividades sedentárias, segundo o Inquérito Nacional de Saúde (2001). Intervenções são necessárias para contrariar essa tendência. As orientações estratégicas e intervenções apontados pelo PNS (2004-2010), destacam as actividades no âmbito da saúde escolar e é focada a necessidade de incentivar a AF regular, nomeadamente através da *“elaboração de recomendações sobre a AF regular ao longo do ciclo da vida, adaptadas à população portuguesa”* e a *“sensibilização da população para as*

*vantagens da adopção de uma prática de AF regular, adequada a cada situação particular e a cada fase do ciclo de vida em geral*’.

Relativamente à *capacidade técnica para resolver o problema*, o enfermeiro tem um papel fundamental como formador e facilitador da mudança de comportamentos, com vista à obtenção de melhores níveis de saúde da população. Inseridos numa equipa multidisciplinar, os enfermeiros constituem profissionais de excelência, preparados para dinamizar e contribuir com o seu conhecimento técnico-científico e a sua prática, nas intervenções de promoção de saúde realizadas nas escolas e agirem como agentes de mudança positiva na comunidade educativa.

Relativamente à *exequibilidade do projecto ou da intervenção*, a mudança de comportamentos é um processo complexo e moroso, para o tempo de intervenção preconizado. No entanto, mesmo se não se conseguir mudar comportamentos no período que se dispõe, é possível motivar a população e fornecer informação válida que os capacitem na tomada de opções informadas, responsáveis e úteis na opção por comportamentos activos que interferem com a sua saúde.

#### **4.2.1. Prioridades de Intervenção**

O Problema seleccionado, considerado prioritário através da técnica de priorização, Grelha de Análise (Anexo VIII) foi:

**- 20 (48%) Crianças inscritas no 1º ano do 1º ciclo de uma Escola Básica de Alcains apresentam comportamentos pouco activos relativamente à actividade física**

Optou-se por utilizar a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) versão 1.0, para a expressão do diagnósticos e intervenções de enfermagem, tendo sido esta apoiada pela Ordem dos Enfermeiros (OE) que se associou ao Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN). A escolha pela CIPE prende-se por motivos tanto profissionais como pessoais, entendendo que é a melhor forma para expressar uma linguagem profissional que visa ser universalmente compreendida com o objectivo final do avanço da nossa profissão. A nível nacional é visível o esforço para

que se adopte esta metodologia de documentação da prática profissional e é aquela que se utiliza no local onde se efectuou o estágio e que encontrando-se numa fase de parametrização, visa dar um contributo para o registo das intervenções realizadas no âmbito comunitário a nível do SAPE e em futuras intervenções em contexto escolar.

Segundo a CIPE (2005, p.46), Padrão de Exercício traduz-se num “*hábito*”, sendo este definido por uma “*Actividade Executada pelo Próprio com as características específicas: Percurso detalhado seguido como regularidade, conjunto de procedimentos ou actividades usuais, conjunto de acções invariáveis ou habituais*” (2005, p.45). Também importa definir Fazer Exercício que se define por “ *Actividade Executada pelo próprio com as características específicas: Executar actividades físicas e programas de exercícios corporais com o objectivo de se manter em boa condição física, com mobilidade e saudável*. Relativamente ao juízo foi apontado o potencial para melhorar, que se insere no juízo de potencial para desenvolvimento que segundo a CIPE (2005, p.108), se define como a “*potencialidade com as características específicas: capacidade para melhorar, possuir a capacidade de crescimento e posterior desenvolvimento*”. Assim o **diagnóstico de enfermagem** formulado foi: **Potencial para melhorar o padrão de exercício em 48% das crianças inscritas no 1º ano do 1º ciclo de uma Escola de Alcains.**

### **4.3. Fixação de Objectivos**

A fixação de objectivos constitui a terceira etapa do processo de planeamento. (Tavares 1990, p. 113)

Agora que já sabemos o âmbito do projecto a desenvolver, ou seja, a melhoria do padrão de exercício das crianças inscritas no 1º ano do 1º ciclo, iremos definir quais os objectivos ou seja, os resultados que queremos obter na população a intervir.

Segundo o anterior autor (1990, p.115), na formulação dos objectivos, devemos ter em conta as respectivas características de tipo estrutural, as quais englobam a pertinência, ou seja, a adequação aos problemas que necessitam de intervenção, a sua precisão, ou seja, que definam o seu significado, serem realizáveis e por fim serem mensuráveis de forma a possibilitar a respectiva avaliação posterior.

Para além de os objectivos necessitarem de ter um suporte estrutural também devem conter cinco elementos. São eles “*a natureza da situação desejada*”, “*os critérios de sucesso ou de fracasso*”, “*a população-alvo do projecto*”, “*a zona de aplicação do projecto*” e “*o tempo em que deverá ser atingido*”. (Tavares 1990, p. 117)

#### **4.3.1. Fixação dos objectivos a atingir**

##### **Objectivo**

Aumentar para 60% o número de crianças inscritas no 1º ano do 1º ciclo de uma Escola Básica de Alcains com comportamentos activos relativamente à actividade física (atingir as 7h semanais de actividade física e não exceder as 14h semanais de actividades sedentárias), até 11 de Fevereiro de 2011.

##### **Metas**

- Informar pelo menos 50% dos pais/encarregados de educação no dia 21 de Dezembro de 2010, dos principais resultados do questionário aplicado e dos objectivos das intervenções a realizar, com vista à sua participação e respectiva co-participação;
- Estimular pelo menos 25% das crianças inscritas no 1º ano do 1º ciclo de uma Escola EB1 do concelho de Alcains e respectivas famílias para a prática de AF, através da sua presença numa “festa saudável” no dia 7 de Janeiro de 2011;
- Educar pelo menos 25% dos pais/ encarregados de educação das crianças inscritas no 1º ano do 1º ciclo de uma Escola EB1 do concelho de Alcains através da distribuição de uma brochura informativa (instrumento de aprendizagem) acerca das recomendações/orientações técnicas da AF em crianças em idade escolar, benefícios, diferentes tipos de actividades e alternativas lúdicas em família, assim como os respectivos recursos da comunidade local.

- Avaliar a aprendizagem realizada em pelo menos, 50% dos pais/ encarregados de educação das crianças inscritas no 1º ano do 1º ciclo de uma Escola EB1 do concelho de Alcains, relativamente à AF, através de uma ficha de avaliação de conhecimentos.

#### **4.3.2. Selecção de Indicadores**

Segundo Tavares (1990, p.120), é necessário ter em conta dois principais tipos de indicadores. São eles os **indicadores de resultado ou de impacto**, os quais mede as alterações verificadas num problema ou a situação actual desse problema e os **indicadores de actividade ou de execução**, os quais medem a actividade desenvolvida, contribuindo estas para que os objectivos sejam atingidos.

Os indicadores são muito úteis, pois possibilitam a identificação de oportunidades de melhoria para questões assistenciais, económicas, legais e de gestão. Também evidenciam os resultados dos cuidados prestados e possibilitam revisão de metas e objectivos estabelecidos, auxiliando a tomada de decisão. (D’Innocenzo, Adami e Cunha 2006) Também a OE (2007) publicou um documento acerca do resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde, o qual enfatiza a importância da construção e utilização de indicadores que traduzam de forma objectiva o contributo da prática dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população. Os indicadores definidos pretendem avaliar as intervenções realizadas em contexto escolar e têm por base tanto o documento referido anteriormente da OE (2007) como o documento dos indicadores de desempenho da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), que pretende servir de instrumento orientador e como forma de dar visibilidade ao trabalho efectuado na comunidade (Ministério da Saúde, 2010)

**Indicadores de Actividade ou de execução:** Os indicadores de actividade serão a taxa de adesão e a taxa de execução das intervenções realizadas e que correspondem:

- N.º de Pais/Encarregados de Educação presentes na sessão de sensibilização acerca da AF, no dia 21 de Dezembro de 2010;

- N.º de convites entregues à Comunidade Educativa para participação na festa saudável;
- N.º de pessoas da comunidade educativa que participaram na festa saudável no dia 7 de Janeiro de 2011;
- N.º de cordas e t-shirts entregues na festa saudável;
- N.º de Brochuras informativas entregues, acerca da AF;
- N.º de fichas de avaliação de conhecimentos acerca da AF, respondidas pelos pais/encarregados de educação;

**Indicadores de Resultado:** O indicador de resultado, o qual vai traduzir a alteração/melhoria do problema identificado na população irá ser a comparação entre o n.º de crianças inscritas no 1º ano do 1º ciclo da Escola alvo da intervenção com padrão de exercício adequado, antes da intervenção e o n.º de crianças inscritas no 1º ano do 1º ciclo da Escola alvo da intervenção com padrão de exercício adequado, após a intervenção. Esta avaliação terá por base as 8 questões do questionário ESPIGA relativas aos hábitos de actividade física.

#### **4.4. Selecção de Estratégias**

A selecção de estratégias corresponde à quarta etapa da metodologia do planeamento em saúde, a qual corresponde à forma como vamos abordar os problemas identificados como prioritários. Segundo Tavares (1990, p. 149), as estratégias são escolhidas em função dos custos de cada estratégia, os obstáculos a cada estratégia, a respectiva pertinência e as suas vantagens e desvantagens.

Para as intervenções que se pretendem desenvolver, as estratégias escolhidas foram:

- Facilitar a participação da população alvo, no projecto através da utilização de metodologias activas e participativas que estimulem a interacção, promovendo assim a ligação e sentimento de pertença ao projecto;
- Organizar eventos que mobilizem toda a comunidade educativa em torno da actividade física;

- Dinamizar parcerias existentes, de modo a constituírem elementos facilitadores na implementação e dinamização do projecto (professores das crianças; professor de educação física e professora responsável pelo projecto educativo escolar);
- Realizar Educação para saúde de modo a transmitir conhecimentos e habilidades à população alvo, que a capacitem na adopção de comportamentos activos, relativamente à actividade física.

#### **4.5. Preparação Operacional**

A quinta etapa do processo, corresponde à preparação operacional na qual se irá planear como o projecto vai ser executado.

As actividades a executar deverão ser descritas e definidas de acordo com os objectivos que se pretendem alcançar, tendo-se optado por realizar a programação operacional em linguagem CIPE, versão 1.0 (2005) (Anexo IX).

#### **4.6. Avaliação**

A avaliação constitui a sexta etapa da metodologia de planeamento em saúde. (Tavares 1990, p.205)

Esta etapa é fundamental para confrontarmos os objectivos e as metas que delineámos com os resultados obtidos. Por outro lado, também se consegue nesta fase saber se as estratégias escolhidas foram adequadas ou não para as metas pretendidas. Nesta fase, foram utilizadas somente técnicas quantitativas pelo tempo disponível e facilidade de análise. Neste subcapítulo, optou-se por especificar as actividades realizadas e proceder à respectiva avaliação de acordo com os indicadores de actividade, anteriormente definidos.

##### **4.6.1. Especificação das Actividades e respectiva Avaliação**

**ACTIVIDADE Nº 1 – Informação aos pais do padrão de exercício geral verificado**

No dia 21 de Dezembro e após uma reunião de pais na Escola, foi realizada uma sessão de **informação aos pais**, acerca dos principais resultados obtidos do questionário aplicado, ou seja, o padrão de exercício geral verificado bem como a importância da actividade física no desenvolvimento das crianças e como comportamento protector da obesidade infantil. Foram também informados das intervenções a realizar e feita recolha das expectativas gerais, com vista à sua participação nas mesmas. A utilização da **reunião de pais** para esta intervenção pontual foi por ser conhecida uma maior assiduidade dos pais nestas ocasiões. Esta actividade, não implicou custos.

**Avaliação da actividade:**

Estiveram presentes 30 pais na reunião.

**ACTIVIDADE Nº 2 – Distribuição de dispositivo de comunicação**

No dia 3 de Janeiro de 2011 foi entregue um convite aos pais/encarregados de educação, através dos professores das crianças, de modo a incentivar a sua participação numa actividade lúdico/desportiva organizada em parceria com o Prof.º de Educação Física das crianças e intitulada “festa saudável” que decorreu no dia 7 de Janeiro a partir das 17h30. Foi também pedido aos pais para trazerem roupa confortável. Segundo Lencaster, Onega e Forness (1999, p. 275) para ajudar a estabelecer um clima apropriado à aprendizagem para um acontecimento educacional, são importantes os anúncios ao evento, no qual concorrem aspectos como a cor, aspecto, mensagens anunciando o programa e provocando uma figura mental nos participantes, sobre como irá decorrer a respectiva actividade. A intenção foi criar/preparar materiais que atraíssem a população alvo. Assim, a distribuição de **convites** individuais com discriminação da hora e local da intervenção a realizar, constituiu uma estratégia de marketing para aumentar a adesão da comunidade educativa às intervenções. (Anexo X)

**Avaliação da actividade:**

Foram entregues 45 convites, através dos professores.

**ACTIVIDADE Nº 3 – Estimulação do padrão de exercício do grupo alvo da intervenção**

No dia 7 de Janeiro foi **estimulada a prática de AF** através da realização de uma “festa saudável” no refeitório da Escola, com bastante adesão por parte de toda a comunidade educativa, que envolveu vários tipos de actividades físicas, nomeadamente dança, jogos tradicionais e estafetas, com a colaboração do Profº de Educação Física das crianças, bem como os restantes professores. Foi com grande satisfação que se assistiu pais e crianças e até irmãos a aderirem às actividades. Foram formadas equipas entre as três turmas incluindo as respectivas famílias e claro, houve prémios para todos. O interesse era a participação e a familiarização com as referidas actividades num ambiente descontraído e divertido e que envolvesse a família. Permitiu também otimizar momentos lúdicos e divertidos que envolveram a actividade física e que procurou facilitar a compreensão da sua relação com a saúde. Como recursos teve-se acesso aos campos de jogos da escola, relativamente ao espaço exterior e um refeitório como espaço interior, disponibilizados pelo coordenador da escola. Para esta estratégia optimizou-se o material disponível das aulas de educação física, assim como meios áudio da Escola para a música.

Como já foi referido anteriormente o jogo e o brincar é importante para a criança. Como refere a autora (Redman 2003, p.77), a manipulação exploratória de objectos é igualmente útil na sua aprendizagem, assim como o jogo através do qual mais facilmente as crianças desta idade, se conseguem exprimir. Assim em **parceria com o professor de educação física e os respectivos professores das crianças**, conseguiu-se proporcionar diferentes experiências de aprendizagem, com a presença da família em simultâneo cujo o objectivo foi transmitir a mensagem que a actividade física é divertida, existem muitas possibilidades, pode e deve ser realizada com a família, devendo cada família adaptar diferentes estratégias mediante a sua dinâmica familiar e os recursos de que dispõe.

#### **Avaliação da actividade:**

Para avaliar esta actividade, e uma vez que não foi possível a quantificação dos participantes no próprio dia, foi perguntado posteriormente aos pais/encarregados de educação quem tinha ido e dos que participaram, se gostaram e consideraram importante. Assim, obtive um total de 19 crianças inscritas no 1º ano do 1º ciclo que participaram na festa com a respectiva família, pais e irmãos. Houve uma adesão de 42% da população alvo da intervenção. Relativamente à restante comunidade

educativa, estiveram presentes os três professores, representantes das três turmas do 1º ano do 1º ciclo bem como o profº de Educação Física. Por outro lado dos 19 pais/encarregados de educação que participaram, 18 gostaram e consideraram importante e 1, não respondeu.

O custo total desta estratégia rondou os 95€ devido à realização de um slogan e ilustração alusiva à prática de actividade física e alimentação saudável em conjunto com a colega de estágio, que foi estampada em t-shirts, oferecidas aos pais como estratégia de adesão nas actividades e conseqüentemente maior participação. (Anexo XI) Por outro lado, foram oferecidas às crianças cordas como prémio de participação nos jogos e actividades. As cordas constituem dispositivos que englobam a área recreativa, mas também envolvem actividade física, tendo sido por esse motivo, o dispositivo considerado mais adequado.

**É também de realçar a introdução desta intervenção no blog da Escola através do site: <http://novapicota.blogspot.com/2011/01/festa-da-alimentacao-saudavel.htm>, pelos professores no qual foi visível uma apreciação bastante positiva, sendo este um dado extremamente importante que nos devolve um feedback por parte da comunidade escolar. (Anexo XII)**

#### **ACTIVIDADE Nº 4 – Educação dos pais das crianças sobre um padrão de exercício saudável**

No dia 3 de Fevereiro foi distribuída uma brochura informativa aos pais/encarregados de educação das crianças. (Anexo XIII)

O conteúdo da brochura informativa teve em conta o objectivo geral da intervenção, ou seja a promoção da actividade física nas crianças e suas famílias. Assim com base no modelo de promoção da saúde utilizado, foi utilizado o segundo componente do modelo, relativo aos sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar. Para além de pretender dar a conhecer os conceitos e as recomendações importantes para a prática de actividade física, também se preconizou transmitir os “benefícios” para a adopção do comportamento e fornecer estratégias dirigidas às “barreiras percebidas” da sua prática, com base na literatura, adequadas a toda a família e que possam incluir para além da família, os amigos (“influências interpessoais”) e a comunidade local como recurso (“influências situacionais”), tendo sido incluídos locais e sites de Alcains relacionados com a actividade física. O objectivo maior foi facultar ferramentas aos pais das crianças para que integrassem a actividade

física como um hábito no seu dia-a-dia, ou seja, a adoptar um estilo de vida activo, em família.

Para a realização desta brochura contou-se com o apoio da Prof.<sup>a</sup> responsável pelo projecto educativo da escola e o prof.<sup>o</sup> de educação física das crianças, assim como pesquisa electrónica e bibliográfica efectuada.

A realização de uma **brochura informativa** como instrumento de ensino pode conter vários tipos e quantidade de informação, mediante as necessidades existentes. Por outro lado, são facilmente distribuídas com o auxílio das professoras e respeitam o princípio de igualdade e acessibilidade de informação. Para além disso, devido aos horários profissionais e familiares, a pouca disponibilidade dos pais foi um obstáculo à escolha de estratégias que impliquem a presença de todos em simultâneo. Foi realizada uma busca de instrumentos já elaborados nesta área, que já existem. No entanto em português e relativamente às crianças em idade escolar, não se encontrou, pelo que se optou por se elaborar um dirigido à população alvo.

Segundo Redman (2003, p.50) um instrumento de ensino escrito, bem elaborado, adequado aos objectivos de ensino e às capacidades do formando, podem constituir praticamente um método de auto instrução. Foi tido em conta nível de literacia da população, dados recolhidos na fase do diagnóstico de situação. Para além disso, constitui um método, que segundo a autora é possível rever, posteriormente para qualquer esclarecimento adicional.

#### **Avaliação da actividade:**

Foram entregues 45 brochuras informativas, através dos professores das crianças, ou seja 100% da população.

Para avaliar esta actividade, foi também perguntado aos pais se consideraram as brochuras informativas adequadas e se ajudaram a melhorar os seus conhecimentos, ao que responderam 39 pais/encarregados de educação, ou seja, 87% da população com 34 respostas afirmativas e 5, sem resposta.

Relativamente ao custo – 82€.

#### **ACTIVIDADE Nº 5 – Avaliação da aprendizagem através de um instrumento de avaliação**

No dia 11, foi entregue uma ficha de avaliação de conhecimentos transmitidos acerca da actividade física (Anexo XIV), para obter um feed-back e cuja actividade foi realizada em colaboração com os professores que se disponibilizaram na sua distribuição e recolha.

#### **Avaliação da actividade:**

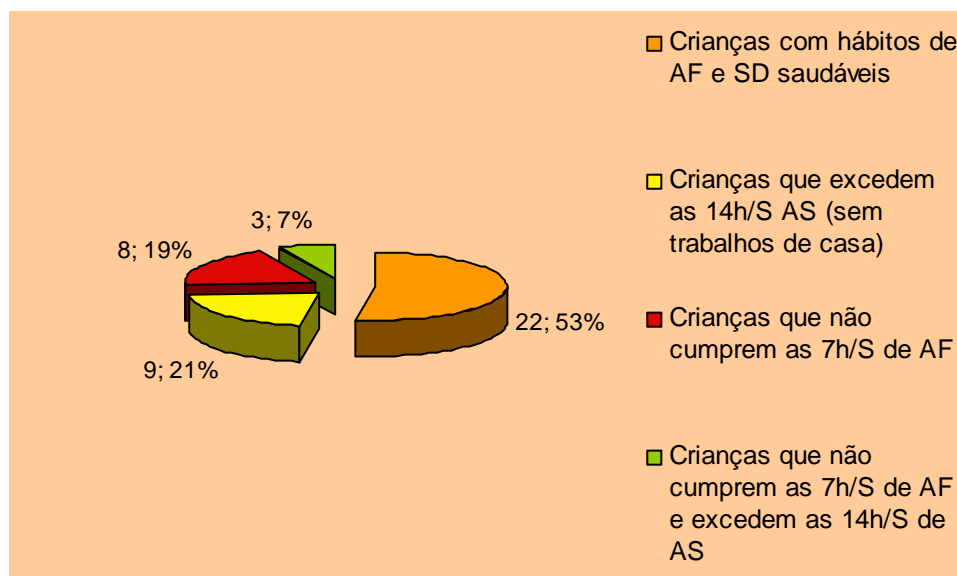
Foram recolhidas 32 questionários, o que correspondeu a 71% da população total. A ficha de avaliação foi composta por 5 afirmações em que, de acordo com os conhecimentos adquiridos, poderiam responder verdadeiro ou falso. As questões basearam-se no significado de actividade física e respectiva destrição do exercício físico. Relativamente a esta questão 94% da população acertou e 6% errou. A segunda questão foi relativa à quantidade de actividade física recomendada nas crianças em idade escolar, na qual 16% da população acertou e 84% não. A terceira consistiu na capacidade de distinguir entre actividade física de intensidade moderada e vigorosa, na qual 97% acertou e 3% não. A quarta teve a ver com os conhecimentos adquiridos relativamente aos benefícios da actividade física, na qual 94% da população acertou e 6% errou e a última consistiu no reconhecimento de uma estratégia para incentivar a actividade física, na qual 100% acertou.

Relativamente às respostas obtidas, pode-se concluir que a educação foi conseguida em todas as áreas pretendidas, excepto na quantidade de actividade física recomendada nas crianças em idade escolar, relativamente à segunda questão, na qual apenas 16% da população acertou e 84% não. Nas restantes questões a grande maioria da população acertou. Será uma área a trabalhar posteriormente, uma vez que é importante a população conhecer as recomendações para as crianças em idade escolar, as quais correspondem ao dobro da dos adultos.

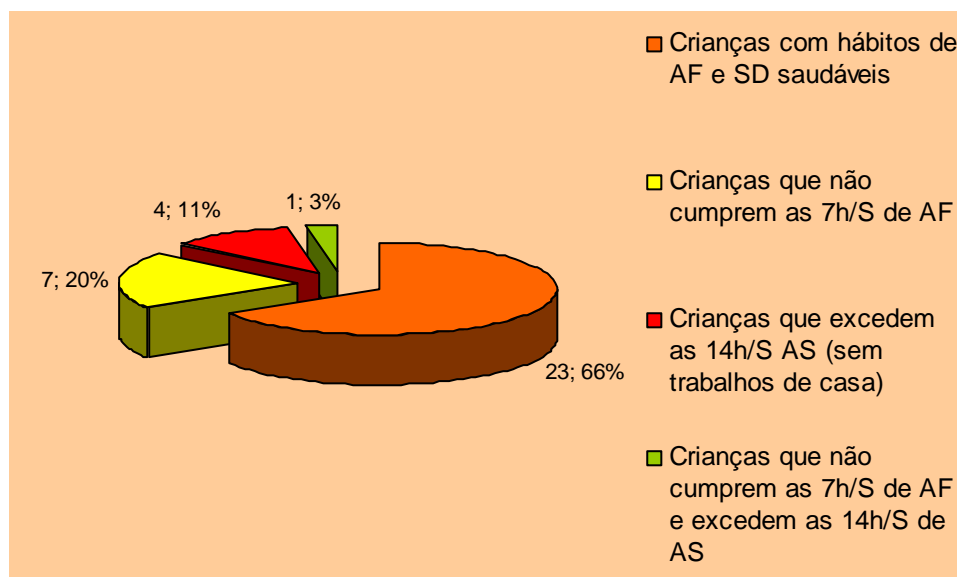
#### **4.6.2. Indicador de Resultado**

O comportamento relativo à actividade física foi avaliado através da aplicação do questionário ESPIGA aplicado inicialmente, relativamente a 8 questões e dirigido novamente aos pais / Encarregados de Educação, cuja análise pretende medir mudanças de comportamentos após as intervenções. Esta informação pretendeu dar resposta ao indicador de resultado ou impacto.

No entanto, salienta-se o facto de que na primeira fase da metodologia utilizada, ou seja, no diagnóstico de situação, foram entregues 42 questionários e no segundo apenas 35. No entanto é possível verificar pequenas mudanças comportamentais que se traduzem nos resultados pretendidos com a intervenção.



**Ilustração 4** – Análise dos resultados obtidos relativamente à quantificação das actividades físicas (AF) e actividades sedentárias (AS) praticadas pelas crianças, antes da intervenção



**Ilustração 5** – Análise dos resultados obtidos relativamente à quantificação das actividades físicas (AF) e actividades sedentárias (AS) praticadas pelas crianças, antes da intervenção

Como se pode verificar pelas anteriores ilustrações, o resultado mais visível é de facto a população com comportamentos saudáveis, ou seja, que consegue atingir as 7 horas semanais e simultaneamente não ultrapassa as 14 horas de actividades sedentárias, relativamente às quais houve um aumento no 2º questionário apesar de o número de questionários entregues ter sido inferior.

Para avaliar se a melhoria é estatisticamente significativa, foi realizado um teste binominal de diferença de proporções (Blalock, 1979), tendo-se obtido  $p > 0.05$  ( $Z = -0,949918$ ), logo aceita-se a hipótese nula. Apesar de se verificar uma melhoria nos resultados da segunda quantificação das actividades físicas e sedentárias, praticadas pelas crianças, a diferença não é estatisticamente significativa, existindo uma elevada probabilidade ( $p > 0.05$ ) de os resultados obtidos não serem fruto apenas das intervenções realizadas.

## 5. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E CONTRIBUTOS PARA O LOCAL DE ESTÁGIO

As modificações ocorridas na sociedade, nomeadamente nos hábitos de vida e conseqüentes As modificações ocorridas na sociedade, nomeadamente nos hábitos de vida e conseqüentes repercussões na saúde da população, levam a uma crescente complexidade de actuação profissional na área da saúde. O desenvolvimento profissional dos enfermeiros é muito importante, para melhorar a capacidade e habilidade na identificação das necessidades de saúde das populações e respectivas respostas, que se pretendem ser dirigidas e eficazes com vista á obtenção de ganhos em saúde. Destaca-se a necessidade de distinguir as actividades de promoção da saúde, nomeadamente acções de prevenção primária e secundária, uma vez que os comportamentos e os estilos de vida em muito determinam a saúde da população. Este trabalho teve como base de apoio, diferentes programas de saúde, que serviram como guia no processo de tomada de decisão ao longo deste trabalho, designadamente o programa de abordagem integrada sobre os determinantes da saúde ligados ao estilo-de-vida, o Programa Nacional de Combate à Obesidade, o Programa Nacional de Saúde Escolar e que considero que de forma articulada, contribuem para a concretização dos objectivos do Plano Nacional de Saúde, contribuindo para adquirir a competência *“participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das actividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objectivos do Plano Nacional de Saúde”* segundo as competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. (Regulamento n.º128/2011)

A realização desta etapa formativa traduz-se numa experiência única que exigiu muito empenho e desenvolvimento tanto a nível pessoal como profissional. Por um lado, foi aprofundado a abordagem a grupos, ao invés do indivíduo assim como o estabelecimento e mobilização de parceiros no âmbito escolar como sejam os professores das crianças e outros funcionários determinantes para a intervenção na escola, que em muito contribuíram para o sucesso das intervenções, nomeadamente a “festa saudável” e a elaboração da brochura informativa que pretendia ser dirigida e adaptada ao grupo alvo. Relativamente ao campo profissional, foram desenvolvidas

inúmeras competências para além da capacidade de trabalhar em parceria. Foi interiorizada e mobilizada a metodologia de planeamento em saúde, a qual permite fazer o diagnóstico de saúde de uma população, priorizar os problemas identificados, atendendo simultaneamente aos recursos disponíveis e planear os cuidados em conformidade. A promoção da saúde foi o pilar da intervenção tendo-se incentivado a actividade física, como comportamento promotor da saúde da população e coadjuvante na prevenção da doença, nomeadamente a obesidade infantil. Sem dúvida que a implicação de todos os intervenientes nos processos de tomada de decisão, especialmente a comunidade educativa, condiciona os resultados finais, bem como a sua participação nas intervenções.

Com a utilização da metodologia do Planeamento em Saúde e respectivas etapas inerentes, contribuiu para adquirir a competência “*estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade*” (Regulamento n.º128/2011). Ao utilizar os conhecimentos sobre determinantes de saúde relativamente à problemática da obesidade infantil, foi utilizado o indicador epidemiológico do IMC para a colheita de dados, e por outro lado, as variáveis sócio-económicas familiares e hábitos de vida, relativamente à actividade física, de modo a estabelecer uma rede de causalidade dos comportamentos pouco activos e proceder ao diagnóstico de situação. Assim e após uma cuidada análise dos dados obtidos, permitiu definir o perfil da população alvo, relativamente à obesidade infantil e hábitos de vida relativamente à actividade física, necessários para ajustar, dirigir e tomar decisões relativamente às intervenções a efectuar.

A avaliação do IMC constitui um importante indicador epidemiológico que permite identificar crianças pré-obesas e obesas. Através da sensibilização dos profissionais de saúde da UCSP V de Alcains, a respectiva avaliação, tornou-se numa prática diária e constitui actualmente um indicador da ULS de Castelo Branco a ter em conta em crianças a partir dos dois anos de idade nas consultas de saúde infantil. A introdução no SAPE, das medidas antropométricas identificadas através da avaliação física das crianças, serviu como ponto de partida para obter dados que permitem a comparação ao longo do tempo, e a avaliação das intervenções tanto no âmbito académico como posteriormente, a nível profissional, relativamente à proporção de crianças que melhoraram o seu problema de excesso de peso/obesidade com a continuidade das

intervenções. É possível obter este indicador através da fórmula apresentada de seguida, segundo o Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde (OE 2007):

$$I = \frac{\text{N.º de crianças com diminuição do percentil de IMC}}{\text{N.º de crianças com um percentil de IMC } \geq 85 \text{ no início do projecto}}$$

Este indicador, para além de fornecer os ganhos em saúde na população, também permite dar visibilidade aos cuidados prestados e contribui para o reconhecimento da nossa profissão.

Após a etapa da priorização dos problemas, na qual foi utilizada a grelha de análise, foi identificada a necessidade de trabalhar e otimizar o padrão de exercício das crianças em contexto escolar. Por esse motivo e com a colaboração dos professores foram efectuadas intervenções dirigidas tanto às crianças como aos pais, de forma a capacitá-los para optarem por comportamentos activos que contribuam para a sua saúde e previnam a doença, fornecendo contributos para adquirir a competência “*contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades*” (Regulamento n.º128/2011) Em todas as etapas da metodologia utilizada, teve-se como referencial teórico o modelo de promoção de saúde da Nola Pender (1996) contribuindo para a competência “*usa modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde*”. A educação para a saúde constituiu uma estratégia fundamental que foi adaptada ao grupo alvo. Relativamente às crianças, foram utilizadas metodologias que englobaram a manipulação de objectos e actividades práticas e também a comunicação verbal. Relativamente aos pais, foi proporcionada uma experiência prática em grupo no período pós-escolar e foi fornecida uma brochura informativa como instrumento de aprendizagem, tendo contribuído para adquirir a competência “*gere e disponibiliza informação adequada às características dos grupos e comunidades*”. No entanto, no decorrer do processo de avaliação, foi identificada a necessidade de sensibilizar os pais para a quantidade de actividade física necessária nas crianças a partir dos 6 anos de idade, que é de facto, o dobro da dos adultos, quando se deslocam ao centro de saúde para efectuar o exame global de saúde dos

5/6 anos, uma vez que se concluiu que os pais desconhecem esse aspecto. A brochura informativa realizada, ficou por esse motivo, disponível no Centro de Saúde como instrumento de apoio a fornecer aos pais, para colmatar essa necessidade.

## 6. CONCLUSÃO

A realização deste estágio e elaboração do relatório proporcionou a mobilização de um conjunto de conhecimentos, que integram metodologias de base conceptual e de organização de trabalho que permitem melhorar o exercício profissional e consequentemente os resultados finais que na prática, pretendem melhorar a saúde da população.

É na Escola que as crianças passam uma grande parte do seu dia e, como tal, esta não pode demitir-se da responsabilidade de promover, em parceria com os profissionais de saúde, a melhoria da qualidade de vida das crianças e suas famílias. É, portanto, imprescindível que cada vez mais os profissionais de saúde se aproximem da Escola, pois só delineando um conjunto de estratégias adequadas se poderá exercer uma influência positiva sobre comportamentos e estilos de vida. A educação para a saúde deve ser realizada de forma participada e direccionada às necessidades sentidas e expressas pelo grupo envolvido. Este trabalho estando integrado no projecto educativo da Escola/Agrupamento terá continuidade com a colaboração da UCSP V de Alcains. Pretende-se assim, fornecer os instrumentos e resultados para que possam dar continuidade e estender as actividades a outros anos escolares, como está preconizado no referido projecto educativo.

A realização deste trabalho contribuiu pessoalmente para estimular a minha criatividade, a capacidade de análise sobre as necessidades de aprendizagem e serviu de motivação para o desenrolar de todo o processo. Definir objectivos a atingir, elaborar um plano de acção com intervenções que vão de encontro às necessidades de uma população e avaliar o resultado das mesmas, é imprescindível para promover a qualidade dos cuidados de enfermagem. Permite uma introspecção sobre as nossas práticas, em que podemos reflectir acerca do nosso desempenho global em todo o processo.

Foram identificadas algumas limitações e considerações para trabalhos futuros, nomeadamente não se ter conseguido relacionar o IMC das crianças com os seus hábitos de vida relativamente a comportamentos mais activos ou mais sedentários, o

que teria tornado mais rico a análise das características do grupo alvo. Para isso deveria ter-se procedido à codificação dos questionários por exemplo com a atribuição de números. Teria sido possível verificar dessa forma, se a quantidade de actividade física e o tempo dispendido em actividades sedentárias influenciaria o IMC. A codificação dos questionários também iria ajudar a avaliar a intervenção de forma mais correcta, uma vez que iria permitir comparar por criança o comportamento antes da intervenção e posterior.

Por outro lado, a inexperiência na concretização de projectos de intervenção comunitária e a utilização da metodologia do planeamento em saúde também foi uma limitação, que no entanto, considero ter resultado numa experiência enriquecedora e que em muito irá contribuir para o futuro da prática profissional. A etapa de diagnóstico da situação foi morosa pois o instrumento de dados utilizado foi extenso. Tratam-se de questões que não foram anteriormente acauteladas mas que no entanto, conduzem a uma aprendizagem mais rica para o formando.

## 7. BIBLIOGRAFIA

ANTÓNIO, Tavares (1990) – **Métodos e técnicas de Planeamento da Saúde**.  
Ministério da Saúde: Lisboa.

AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION (APHA) - **ACTION Plan: Healthy People 2010 Objectives for Prevention and Control of Childhood Obesity**. Acedido em 27/2/2011. Disponível em:  
<http://www.apha.org/programs/resources/obesity/obesityactplan.htm>.

ANDRADE, Maria Isabel – **Educação para a Saúde: Guia para Professores e Educadores**. Lisboa: Texto Editora, 1996.

AAP: Policy Statement (2006) - **Active Healthy Living: Prevention of Childhood Obesity Through Increased Physical Activity**. [em linha] .Acedido em: 10/6/2010.  
Disponível em: <http://www.aap.org/healthtopics/overweight.cfm> (2006)

BAGBY, K., & ADAMS, S. - **Evidence-based practice guideline: increasing physical activity in schools--kindergarten through 8th grade**. 2007. Journal of School Nursing (Allen Press Publishing Services Inc.), 23(3), 137-143. Retrieved from EBSCOhost.

BAPTISTA, Maria Isabel Machado (DGIDC – NES) - **Educação Alimentar em Meio Escolar. Referencial para uma Oferta Alimentar Saudável**. 2006. Ministério da Educação, Direcção – Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, Direcção – Geral da Saúde, Ministério da Saúde.

BLALOCK, Hubert M. (1979) – **Social Statistics**. 2ª Ed. Auckland: McGraw-Hill Book Company

BOLANDER, V.R., SORENSEN e LUCKMAN. **Enfermagem Fundamental**. Lisboa. Lusodidacta. 1998. ISBN 972-83383-05-3;

CABRITA, Ana Maria Gil Santos - **Recreio – Espaço de Lazer/Tempo de Aprender**. 2005. Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique.

CANECO, Sílvia (2010) – **Obesidade infantil em Portugal diminuiu 2,8% nos últimos sete anos**. Acedido em: 27/2/2011. Disponível em: <http://www.ionline.pt>.

CARMO C.; MOTA C.; PEREIRA E. (2007) - **Factores de Risco Cardiovascular: Prevenção desde a Infância**. *Nascer e Crescer* 16(3): p.168-72.

CARMO, Isabel do [et al.] (2008) – **Obesidade em Portugal e no Mundo** – Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC): Division of Nutrition, **Physical Activity and Obesity** (2010). Acedido em 20/1/2011. Disponível em: <http://www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/guidelines/children.html>.

Cleland, V., Timperio, A., Salmon, J., Hume, C., Telford, A., & Crawford, D. (2011). A Longitudinal Study of the Family Physical Activity Environment and Physical Activity Among Youth. *American Journal of Health Promotion*, 25(3), 159-167. Retrieved from EBSCOhost.

CORREIA, Patrícia (2004) – **Atividade Física na infância**. *Revista Portuguesa de clínica geral* n.º20. p.523-535;

DECRETO-LEI nº 161/96. **D.R.I Série -A** N.º 205 (4/9/1996) p.2960.

DECRETO-LEI nº 155-A/98. **D.R.I Série -A** N.º 102 (4/5/1998) p.1988 (2)-1988(14).

FLORINDO, Alex Antonio [et al.] (2004) - **Metodologia para a avaliação da atividade física habitual em homens com 50 anos ou mais**. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 2, Apr. Acedida em 3/1/2011 Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102004000200022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102004000200022&lng=en&nrm=iso)

Jago, R., Fox, K., Page, A., Brockman, R., & Thompson, J. (2010). Physical activity and sedentary behaviour typologies of 10-11 year olds. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 7 Retrieved from EBSCOhost.

GOMES, José Precioso (2009) - **As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar.**

[em linha]. Acedido em: 10/1/2011. Disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/face/ojs/index.php/faced/article/viewFile/5229/3858>.

GUEDES, [et al.] (2009) – **Actividade física de escolares: análise segundo o modelo teórico de promoção da saúde de Pender.** Revista da Escola de Enfermagem da USP vol.43 n.º4. São Paulo. ISSN 0080-6234;

IASO.ORG. International Obesity Task Force (IOTF) (2005) - **About Obesity** [em linha].

Acedido em: 10/6/10. Disponível em: <http://WWW.obesity.chair.ulaval.ca/IOTF.HTM>.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2006). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1**, Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.

INSTITUTO DO DESPORTO DE PORTUGAL, IP – Orientações da União Europeia para a actividade física: Políticas Recomendadas para a Promoção da Saúde e do Bem-Estar. Lisboa: Estrelas de Papel, Lda, 2009. ISBN: 978-989-8330-01-7;

JOY, E. A. - **Practical Approaches to Office-Based Physical Activity Promotion for Children and Adolescents.** 2008. *Current Sports Medicine Reports*, 7(6), 367-372. Retrieved from EBSCOhost.

Lei n.º 5/2007, de 16 de Janeiro de 2007 - Lei de Bases da Actividade Física e do Desporto - Artigo 28.º **Estabelecimentos de educação e ensino**

LANCASTER, Jeanette; ONEGA, Lisa e FORNESS, Douglas (1999) – **Teorias, Modelos e Princípios Educacionais aplicados à Enfermagem Comunitária.** In: STANHOPE, Márcia e LANCASTER, Jeanette (1999) – **Enfermagem Comunitária.**

**Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos.** 4ª ed. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-05-3.

MAGALHÃES [*et al.*] (2002) – **Padrão de actividade física. Estudo em crianças de ambos os sexos do 4º ano de escolaridade.** Revista Portuguesa de Ciências do Desporto, vol.2, n.º5.p.47-57.

MOTA, Jorge; SALLIS, James F. (2002) - **Actividade Física e Saúde. Factores de Influência da Actividade Física nas Crianças e nos Adolescentes.** Porto: Campo das Letras – Editores, S.A.

NETO, Carlos (1997) - **Jogo e Desenvolvimento da Criança.** Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.

OLIVEIRA; GOMES e CAMPOS (2003) – **Obesidade infantil, actividade física e Sedentarismo em crianças do 1º ciclo do Ensino Básico da Cidade de Bragança (6 a 9 anos).** Acedido em 10/6/2010. Disponível em:  
<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/mot/v4n3/v4n3a04.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1985). **As Metas da Saúde para Todos: Metas da Estratégia Regional Europeia da Saúde para Todos.** Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) - Divulgar: **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual.** Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) - Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros; Ordem dos Enfermeiros – Divulgar: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) **Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2010) – **Indicadores de desempenho da Unidade de Cuidados na Comunidade.**

PADEZ, Cristina [et al.] (2004) – **Prevalence of overweight and obesity in 7-9 year-old portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002.** In: American journal of human biology, 16. p.670-678.

PADEZ, Cristina; FERNANDES, T.; MOURÃO, Inês; MOREIRA, Pedro; ROSADO, V. (2008), «Prevalência da Pré-obesidade e Obesidade em Crianças Portuguesas de 7-9 Anos». In CARMO, Isabel ; SANTOS, Osvaldo; CAMOLAS, José; VIEIRA, João (2008), *Obesidade em Portugal e no Mundo*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, p.163-172.

PENDER, Nola; MURDAUGH, Carolyn; PARSONS, Mary Ann (2011) – **Health Promotion in Nursing Practice.** 6ª ed. New Jersey: Pearson Education. ISBN-10:0-13-509721-5.

PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara (1993) – **Modelos para o exercício de Enfermagem.** Londres: Heinemann Nursing

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Informação, Comunicação e Educação para a Saúde - **Actividade física e desporto: Actuação ao nível da Educação para a Saúde.** Circular informativa Nº30 de 20/08/07. Disponível em: <http://www.dgs.pt>.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão da Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. **Saúde Infantil e Juvenil: Programa – Tipo de Actuação.** 2ª Ed. 2005. Lisboa: Gráfica Maiadouro. ISBN 972-675-084-9.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão da Saúde Escolar. **Programa Nacional de Saúde Escolar.** 2006.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde. Divisão das doenças genéticas, crónicas e geriátricas - **Programa Nacional de Combate à Obesidade**. Circular informativa N°03 de 17/03/05. Disponível em: <http://www.dgs.pt>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. Volume 1.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003.

PORTUGAL. UNICEF. Adoptada pela  
Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. [em linha]. Acedido em: 15/1/2011. Disponível em: [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)

REDMAN, Barbara Klug (2001) - **A prática da educação para a saúde**. 9ª ed. Lisboa: Lusociência. ISBN: 972-8383-39-8.

Regulamento n.º 128/2011 – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. Publicado no DR, 2.ª série, n.º 35, de 18/2/2011.

RITO A. e BRENDA J. (2009) - **WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative – Portugal**. [em linha]. Acedido em: 15/7/2010. Disponível em: [www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt](http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt).

SAKRAIDA, Teresa J. (2002) – **Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender**. In: TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha R. – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra**. 5ª edição. Lusociência: Loures. ISBN 972-8383-74-6.

STANHOPE, Márcia e LANCASTER, Jeanette (1999) – **Enfermagem Comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos.** 4ª ed. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-05-3.

Victor JF, Lopes MVO, Ximenes LB (2005)– **Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender.** Acta Paulista de Enfermagem Vol.18, n.º3.São Paulo. ISSN 0103-2100.

WONG, Donna L. (1999). **Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva.** 5ª Edição. RJ: Editora Guanabara Koogan. Capítulo 15 Promoção da Saúde da Criança em idade escolar e sua família. Pág.394 – 413.

World Health Organization (2009) – **Percentage of Physically Active Children and Adolescents.** [em linha]. Acedido em: 10/6/2010. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/print.html>.

World Health Organization (2010) – **Diet and Physical activity: a public health priority.** [em linha]. Acedido em: 10/6/2010. Disponível em: <http://www.who.int/topics/obesity/en/>.

World Health Organization (2004) - **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health.** [em linha]. Acedido em 10/2/2011. Disponível em: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf).

World Health Organization (2010)– **Population – based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and thecnical meeting.** Switzerland: Geneva. ISBN 978 92 4 159934 4.

World Health Organization (2011). **Physical Activity.** [em linha]. Acedido em 10/2/2011. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>.

World Health Organization (2011). **Physical Activity and Young People.** [em linha]. Acedido em 10/2/2011. Disponível em: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_young\\_people/en/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/index.html).

## **ANEXOS**

**ANEXO I - QUESTIONÁRIO ESPIGA, APLICADO AOS PAIS /  
ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO DAS CRIANÇAS**

Encarregados de Educação:

Este questionário destina-se à realização de um projecto de estágio das enfermeiras Isabel Alexandra Sevivas Ribeiro e Raquel da Conceição Martins Lourenço que se encontram a frequentar o primeiro curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na área de especialização da Enfermagem Comunitária.

Este projecto tem como objectivo principal monitorizar e promover uma alimentação saudável e a actividade física aos vossos filhos e respectivas famílias.

A informação que fornecer será utilizada para desenvolver algumas actividades de promoção da saúde que faz parte da segunda fase do nosso projecto.

A sua opinião é muito importante! Não existem respostas certas ou erradas pois o que pretendemos é a sua resposta sincera e pessoal.

Responda, por favor, tendo em conta o momento presente e o caso particular do seu educando. As suas respostas são anónimas e confidenciais e destinam-se somente a tratamento estatístico.

Para qualquer esclarecimento adicional poderá contactar:

Isabel Ribeiro – tel. 967219072; E-mail: isaribeiro79@gmail.com

Raquel Lourenço – tel. 962307250; E-mail: rakelita1@gmail.com

## 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

9. A primeira papa de colher foi:       Papa       Sopa de legumes       Açorda

Outra (especifique): \_\_\_\_\_

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

Não       Sim. Qual? \_\_\_\_\_

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

Não       Sim. Qual? \_\_\_\_\_

### **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 vez de 15-15 dias	1 a 3 vezes por semana	4 a 7 vezes por semana	Mais de 1 vez por dia
12. Leite magro ou meio-gordo	<input type="checkbox"/>				
13. Leite gordo	<input type="checkbox"/>				
14. Leite aromatizado (ex. achocolatado)	<input type="checkbox"/>				
15. Bebidas de soja	<input type="checkbox"/>				
16. Iogurte	<input type="checkbox"/>				
17. Sobremesas lácteas e outros produtos lácteos (pudins, queijinho petit-suisse)	<input type="checkbox"/>				
18. Gelados	<input type="checkbox"/>				
19. Queijo fresco, requeijão ou queijo magro	<input type="checkbox"/>				
20. Queijo gordo (Serpa, Nisa, Serra, amanteigado)	<input type="checkbox"/>				
21. Enchidos (chouriço, linguiça, paio, farinheira)	<input type="checkbox"/>				
22. Carne	<input type="checkbox"/>				
23. Peixe	<input type="checkbox"/>				
24. Ovos	<input type="checkbox"/>				
25. Manteiga/Margarina	<input type="checkbox"/>				
26. Azeite	<input type="checkbox"/>				
27. Pão	<input type="checkbox"/>				
28. Pão escuro (com sementes, de mistura, integral)	<input type="checkbox"/>				
29. Cereais ao pequeno-almoço	<input type="checkbox"/>				
30. Sopa de legumes/hortaliça	<input type="checkbox"/>				
31. Hortícolas (excluindo batatas e leguminosas)	<input type="checkbox"/>				
32. Fruta fresca	<input type="checkbox"/>				
33. Sumo de fruta 100%	<input type="checkbox"/>				
34. Refrigerantes / Chás açucarados	<input type="checkbox"/>				
35. Refrigerantes diet ou light	<input type="checkbox"/>				
36. Batata frita de pacote, snacks, pipocas ou aperitivos salgados	<input type="checkbox"/>				
37. Rebuçados, gomas ou chocolates	<input type="checkbox"/>				
38. Biscoitos/bolachas doces, bolos, <i>donuts</i>	<input type="checkbox"/>				
39. Fast-food (pizza, batata frita em casa, hambúrgueres, salchichas)	<input type="checkbox"/>				
40. Água	<input type="checkbox"/>				

## **Actividade Física**

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

### **I da para a Escola**

- Costuma ir no autocarro escolar
- Vai de transporte público
- É transportada de automóvel
- Costuma ir de bicicleta
- Vai a pé
- Outra. \_\_\_\_\_

### **Regresso da Escola**

- Costuma ir no autocarro escolar
- Vai de transporte público
- É transportada de automóvel
- Costuma ir de bicicleta
- Vai a pé
- Outra. \_\_\_\_\_

**42.** Qual a distância entre a escola e a residência da criança?

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

**43.** 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

**44.** 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 questão seguinte)
- Não (Continue para a **questão 46**)

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

\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ m

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

\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ m

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

\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ m

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

**Dias úteis**

**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 ou mais por dia

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

49. 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**

**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 ou mais horas por dia

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

50. Tem computador em casa?  Sim  Não

**51.** 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)

- | <b>Dias úteis</b>   | <b>Fim-de-semana</b>                                      |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca                            | <input type="checkbox"/> Nunca                            |
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora por dia          | <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora por dia          |
| <input type="checkbox"/> Cerca de 1 hora por dia          | <input type="checkbox"/> Cerca de 1 hora por dia          |
| <input type="checkbox"/> Cerca de 2 horas por dia         | <input type="checkbox"/> Cerca de 2 horas por dia         |
| <input type="checkbox"/> Cerca de 3 ou mais horas por dia | <input type="checkbox"/> Cerca de 3 ou mais horas por dia |

**52.** 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)

- | <b>Dias úteis</b>   | <b>Fim-de-semana</b>                                      |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca                            | <input type="checkbox"/> Nunca                            |
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora por dia          | <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora por dia          |
| <input type="checkbox"/> Cerca de 1 hora por dia          | <input type="checkbox"/> Cerca de 1 hora por dia          |
| <input type="checkbox"/> Cerca de 2 horas por dia         | <input type="checkbox"/> Cerca de 2 horas por dia         |
| <input type="checkbox"/> Cerca de 3 ou mais horas por dia | <input type="checkbox"/> Cerca de 3 ou mais horas por dia |

### **Características gerais da Família**

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

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

Adultos: \_\_\_\_\_ Crianças até aos 18 anos: \_\_\_\_\_

**54.** Nível de instrução:

(assinale a opção referente ao último grau terminado)

- | <b>Pai (ou tutor)</b>                              | <b>Mãe (ou tutora)</b>                             |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Não sabe ler nem escrever | <input type="checkbox"/> Não sabe ler nem escrever |
| <input type="checkbox"/> Não completou a 4ª classe | <input type="checkbox"/> Não completou a 4ª classe |
| <input type="checkbox"/> 1º Ciclo (4ª classe)      | <input type="checkbox"/> 1º Ciclo (4ª classe)      |

- 2º Ciclo (6º ano)
- 3º Ciclo (9º ano)
- Secundário (12º ano)
- Bacharelato/Licenciatura
- Mestrado/Doutoramento

- 2º Ciclo (6º ano)
- 3º Ciclo (9º ano)
- Secundário (12º ano)
- Bacharelato/Licenciatura
- Mestrado/Doutoramento

**55. 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

**56. 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

**57. Qual o tipo de casa que habitam actualmente?**

- Moradia
- Moradia geminada
- Apartamento
- Outra (especifique): \_\_\_\_\_

**58. A sua casa é:**

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

**59. Quem preencheu este questionário?**

- Pai
- Avô/Avó
- Outro (especifique): \_\_\_\_\_
- Mãe

Mais uma vez, obrigado pela sua colaboração!

**ANEXO II - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À ESCOLA PARA  
REALIZAÇÃO DO PROJECTO**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

# PROJECTO DE ESTÁGIO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DA FAMÍLIA

***“Promoção da Actividade Física e de uma  
Alimentação Saudável às crianças do 1º  
ano da Escola EB1 de Alcains e suas  
Famílias”***

Trabalho Elaborado por:  
Isabel Alexandra Sevivas Ribeiro  
Raquel da Conceição Martins Lourenço

---

Orientação da Prof.<sup>a</sup> Cláudia Bacatum  
Co-Orientação da Enf.<sup>a</sup> Maria Helena Chesqueira

---

Castelo Branco, 2011

**Assunto:** Pedido de Autorização para realizar um projecto de intervenção no âmbito da alimentação e da actividade física, em meio escolar

No âmbito do Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização da Enfermagem Comunitária, foi-nos proposto a elaboração de um projecto de estágio no âmbito da Unidade Curricular, Estágio de Intervenção Comunitária a desenvolver no 3.º Semestre no âmbito do Estágio de Enfermagem Comunitária e da Família. Este irá decorrer no período de 27 de Setembro de 2010 a 25 de Fevereiro de 2011 na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) V de Alcains em Castelo Branco e cuja finalidade será o desenvolvimento de competências na intervenção em enfermagem comunitária, utilizando estratégias adequadas à diversidade dos contextos visando a aquisição de melhores níveis de saúde das famílias, grupos e comunidades.

O aumento da prevalência da obesidade infanto-juvenil tem sido documentado num grande número de países e é já considerada uma doença de proporções pandémicas. Após a Revolução Industrial, as mudanças socioeconómicas, culturais e os numerosos avanços tecnológicos proporcionaram transformações nos estilos de vida na população, a nível mundial. Apesar dos benefícios económicos alcançados, as mudanças nos estilos de vida originadas pela modernização colocaram a população de um modo geral em risco, no âmbito da saúde. Entre as modificações ocorridas nos estilos de vida, destaca-se uma alimentação inadequada, associada a níveis reduzidos de actividade física. Também as crianças e jovens têm alterado os seus hábitos diários especialmente devido a novos padrões de entretenimento (TV, Internet, Jogos de vídeo). Esta mudança tem coincidido com taxas crescentes de excesso de peso e de obesidade infantil.

**População Alvo** - A população alvo, são 47 crianças inscritas no 1.º ano da Escola EB1 de Alcains, a qual pertence ao Agrupamento de Escolas José Sanches Alcains do distrito de Castelo Branco e que se encontra na área de abrangência da UCSP V de Alcains e respectivas famílias.

Pretende-se com a concretização deste projecto, capacitar as crianças e respectivas famílias em escolhas e adopção de estilos de vida saudáveis relacionados com uma alimentação saudável e a prática de actividades físicas.

O projecto tem como objectivos trabalhar alguns hábitos de vida das crianças, nomeadamente a alimentação e a actividade física. Para isso, haverá uma fase inicial de diagnóstico em que irá consistir numa avaliação física das crianças, nomeadamente a medição da altura, do peso e do índice de massa corporal e pelo preenchimento de um questionário dirigido aos respectivos pais, de modo a conhecer os referidos hábitos de vida das crianças. As conclusões obtidas após tratamento dos dados serão utilizadas para desenvolver algumas actividades de promoção da saúde numa segunda fase do nosso projecto.

Com os melhores cumprimentos,

Isabel Ribeiro – 967219072; isaribeiro79@gmail.com  
Raquel Lourenço – 962307250; rakelita1@gmail.com

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<b>Tarefas/ Meses</b>	<b>Out. 2010</b>	<b>Nov. 2010</b>	<b>Dez. 2010</b>	<b>Jan. 2011</b>	<b>Fev. 2011</b>
<b>Diagnóstico da situação</b>					
<b>Levantamento de problemas</b>					
<b>Priorização dos problemas</b>					
<b>Seleção do problema a intervir</b>					
<b>Estabelecimento de objectivos</b>					
<b>Seleção de recursos para intervenção</b>					
<b>Intervenção na comunidade</b>					
<b>Avaliação</b>					
<b>Comunicação dos resultados obtidos</b>					

**ANEXO III - CONSENTIMENTO INFORMADO DIRIGIDO AOS  
PAIS/ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO**

**Assunto:** Pedido de autorização aos encarregados de educação

Castelo Branco, Outubro de 2010

**Encarregados de Educação:**

As enfermeira Isabel Alexandra Sevivas Ribeiro e Raquel da Conceição Martins Lourenço, a tirar o primeiro Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vêm por este meio pedir a autorização a todos os encarregados de educação, para que participem assim como os vossos filhos no nosso projecto que visa promover uma alimentação saudável e a actividade física às crianças e suas famílias. O projecto tem como objectivos trabalhar alguns hábitos de vida das crianças, nomeadamente a alimentação e a actividade física. Para isso, haverá uma fase inicial de diagnóstico em que irá consistir numa avaliação física das crianças, nomeadamente a medição da altura, do peso e do índice de massa corporal e pelo preenchimento de um questionário dirigido aos respectivos pais, de modo a conhecer os referidos hábitos de vida das crianças. As conclusões obtidas após tratamento dos dados serão utilizadas para desenvolver algumas actividades de promoção da saúde numa segunda fase do nosso projecto.

A sua colaboração é muito importante para nós.

Agradecemos desde já.

Para qualquer esclarecimento adicional:

Isabel Ribeiro – 967219072; isaribeiro79@gmail.com  
Raquel Lourenço – 962307250; rakelita1@gmail.com

## AUTORIZAÇÃO/CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_

(nome do encarregado de educação)

aceito de maneira livre e esclarecida que o aluno \_\_\_\_\_n.º

\_\_\_\_\_, participe neste projecto, orientada pela Professora Cláudia Bacatum e Enfermeira Helena Chasqueira.

\_\_\_\_\_

(assinatura)

## **ANEXO IV - INSTRUMENTO DE REGISTO UTILIZADA PARA A AVALIAÇÃO FÍSICA DAS CRIANÇAS**

ESCOLA -  
Data da Avaliação -  
Professor Coordenador/Responsável –  
Turma –  
Examinadores: Isabel Ribeiro  
Raquel Lourenço

<b>N.º</b>	<b>Sexo</b>	<b>Consentimento</b>	<b>Altura</b>	<b>Peso</b>	<b>IMC</b>
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

**ANEXO V - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO NÚCLEO REGIONAL DO  
ALENTEJO DA PLATAFORMA CONTRA A OBESIDADE PARA  
UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ESPIGA**



## **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, 21 de Outubro de 2010

Exmas. Sras. Enfermeiras Isabel Ribeiro e Raquel Lourenço

Face ao v/ pedido efectuado a 13 de Outubro, 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 VI - ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS QUESTIONÁRIOS**

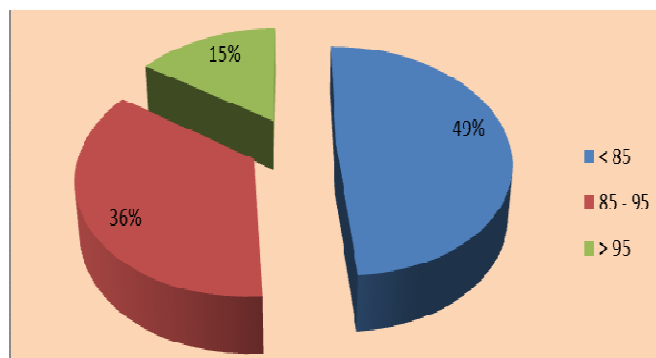
Na fase de diagnóstico de situação foi utilizado o primeiro componente do modelo de Promoção da Saúde da Nola Pender (1996), o qual se refere ao comportamento anterior, pelo que foi colhido informação relativa aos hábitos de vida das crianças relativamente à prática de actividade física e quantificação de actividades consideradas sedentárias, praticadas pelas crianças. Para além disso, o primeiro componente deste modelo engloba também as características pessoais, as quais interferem directamente no comportamento para a promoção da saúde. A nível dos factores biológicos interessa a idade, o género e o índice de massa corporal. A altura e o peso foram também avaliados através de métodos antropométricos standards. O cálculo do IMC é importante uma vez que é frequentemente utilizado na investigação epidemiológica como a única medida de obesidade infantil. A nível dos factores sócio-culturais pessoais e segundo a literatura, revela-se importante a variável estatuto sócio-económico e a educação/habilitações académicas, assim como a influência que é proporcionada pelos pais relativamente à prática de actividades físicas, nomeadamente ao meio de transporte utilizado na deslocação de casa para a Escola e vice-versa e frequência em clubes desportivos.

### **Resultados obtidos da Avaliação Física (1º instrumento de recolha de dados)**

<b>Sexo</b>	
Feminino	53% (valor absoluto)
Masculino	47% (valor absoluto)

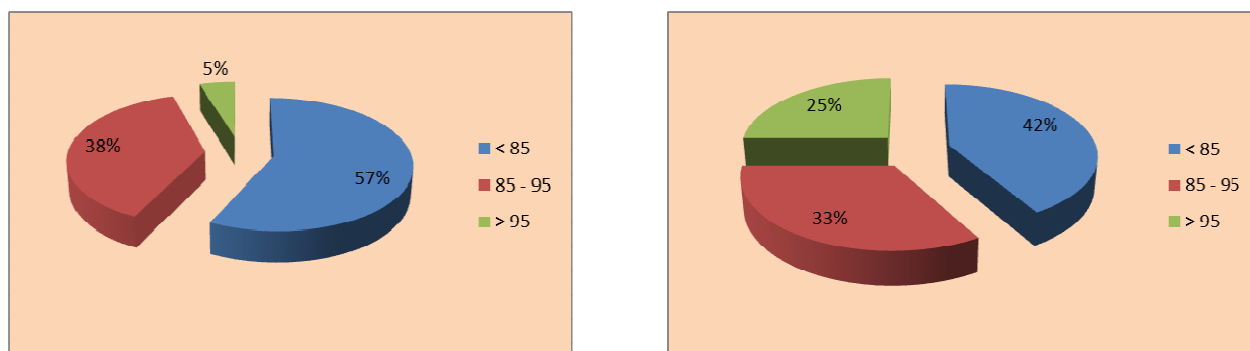
**Quadro 1 – Identificação do género da população**

Relativamente à variável sexo, das 45 crianças avaliadas, com consentimento informado assinado pelos pais, verifica-se que 47% das crianças são do sexo masculino e 53% são do sexo feminino.



**Ilustração 6 - Percentil**

Após relacionar dentro de cada género, a idade com o IMC, foram inseridos os valores de IMC em curvas de percentis, utilizando as tabelas utilizadas desde Setembro de 2005 pela DGS obtendo-se como se verifica na anterior imagem, 48% das crianças com IMC adequado para a sua idade e 52% das crianças avaliadas com excesso de peso. Dentro destes 52% das crianças, 36% encontram-se na pré-obesidade e 16% na obesidade.



**Ilustração 7 – Percentil masculino (esquerda), percentil feminino (direita)**

Pela visualização dos gráficos ilustrados em cima, consegue-se verificar que o excesso de peso total é mais significativo no sexo feminino. Apesar da pré-obesidade apresentar 33% no sexo feminino, número inferior ao sexo masculino, existem 25% de meninas obesas, número superior ao dos rapazes, nos quais existe apenas 5% de obesidade. Os resultados obtidos acompanham a tendência, já evidenciada nalguns estudos em que os valores de IMC são superiores em crianças do sexo feminino (Campos, Gomes e Oliveira 2008, p. 18)

## RESULTADOS OBTIDOS DA ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS (2º INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS)

Foram obtidos 42 questionários, sendo que 90% dos questionários foram preenchidos pela mãe e 10%, pelo pai.

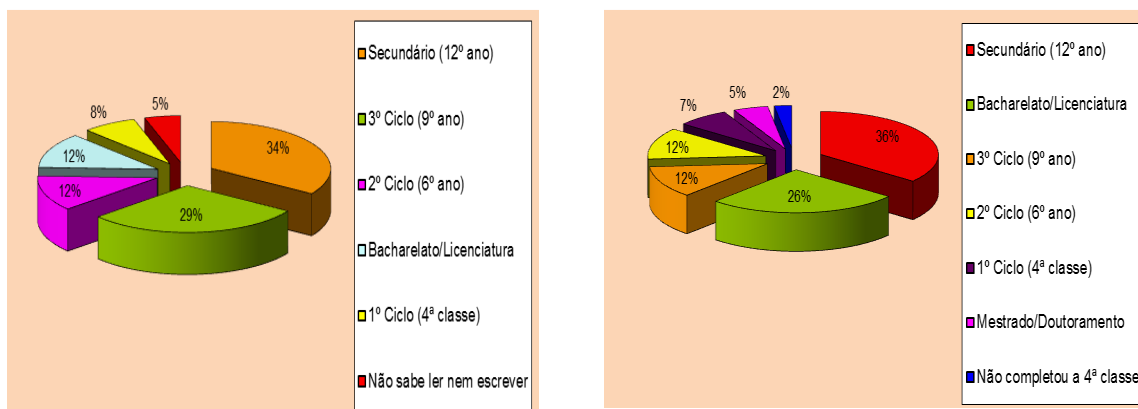
### DADOS SÓCIO-CULTURAIS DA FAMÍLIA

Nº de pessoas	Nº de adultos	Nº de crianças até aos 18 anos de idade
0	0	15
1	1	16
2	40	9
3	1	1
4	0	1

Quadro 2 – Número de pessoas dentro do agregado familiar, para além da criança

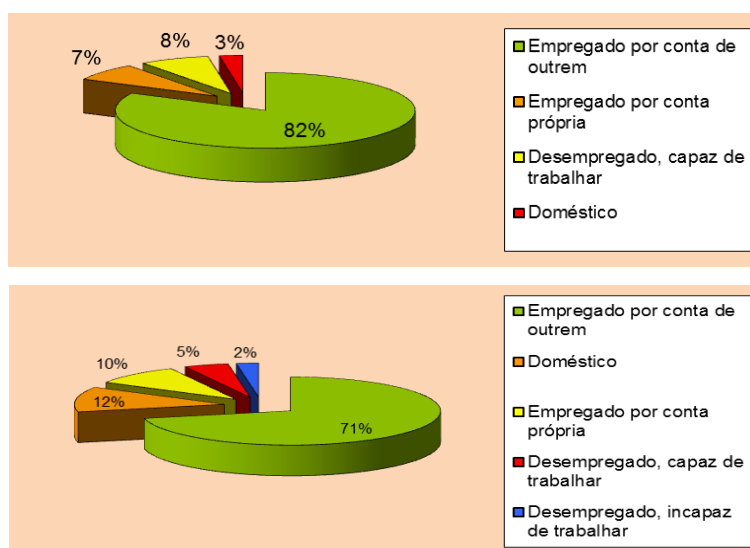
Através deste gráfico é possível verificar que o tipo de famílias existentes são provavelmente famílias nucleares, ou seja famílias constituídas pelo homem, mulher e filhos biológicos ou então famílias reconstituídas, sendo estas compostas pelo homem, mulher que têm filhos de casamentos prévios e os seus próprios filhos biológicos, vivendo em comum. Estas representam 40 das 42 famílias inquiridas, como se pode verificar pela ilustração posterior. É possível verificar também que a tradicional família alargada, onde conviviam marido, mulher, filhos e avós ou outros parentes consanguíneos, não está presente como ocorre actualmente, exceptuando uma família a qual contém 3 adultos, para além da (s) criança(s). No entanto, é conhecido a manutenção do seu suporte emocional, cuidados às crianças e assistência financeira aos seus membros. Relativamente às famílias monoparentais, ou seja, famílias de um ou mais filhos em que existe apenas um progenitor, apesar de serem cada vez mais frequentes na sociedade actual (Bolander 1998, p.398), existe apenas uma família com esta característica no grupo a intervir.

Relativamente ao número de crianças existentes no agregado familiar, mais de 50% das crianças têm irmãos. Deste modo está favorecida/facilitada a realização de actividade física através de actividades de socialização e lúdicas entre irmãos.



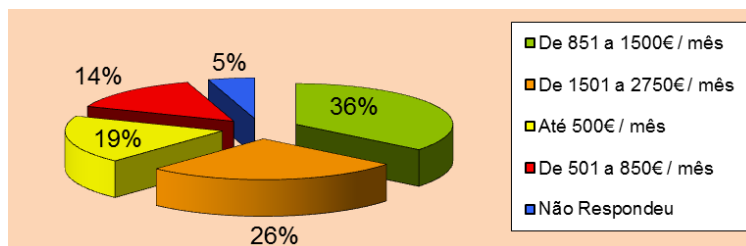
**Ilustração 8 – Nível de instrução do pai ou tutor (esquerda) e da mãe ou tutora (direita)**

Relativamente ao nível de instrução, destaca-se o facto de serem as mães que possuem um nível de instrução mais elevado, relativamente aos pais. No entanto, é relevante o facto de apenas 12% dos pais e 31% das mães, terem frequentado o Ensino Superior.



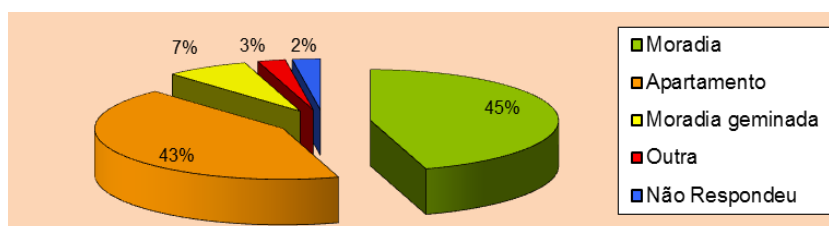
**Ilustração 9 – Situação profissional do pai ou tutor (esquerda) e da mãe ou tutora (direita)**

Relativamente à situação profissional, a maioria dos pais trabalha por conta de outrem. Tanto nos pais como nas mães existe uma taxa de desemprego entre os 7% no caso das mães e 8% no caso dos pais, que no entanto, não é representativa da população. Por outro lado, aproxima-se da condição sócio-económica actual do país, onde a taxa de desemprego é superior a 10%.



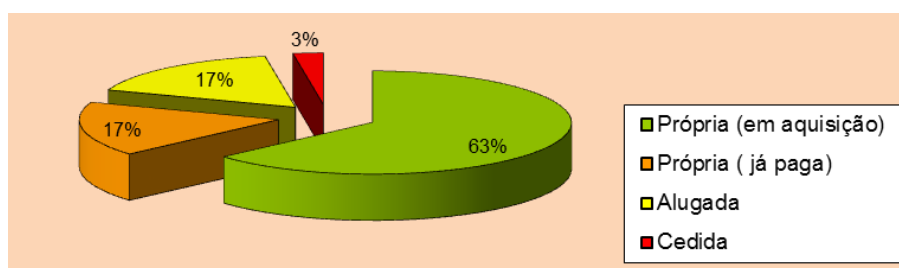
**Ilustração 10 – Rendimento médio mensal do agregado familiar**

Em relação ao rendimento médio mensal do agregado familiar existe uma grande variabilidade. No entanto 62% auferem rendimentos mensais superiores a 851€ e destaca-se o facto de 33% dos agregados familiares receber rendimentos inferiores a 850€. Tendo em conta que mais de 50% das famílias têm mais de uma criança no agregado familiar, provavelmente não haverá nessas situações disponibilidade económica para realizar qualquer tipo de desporto que exija uma mensalidade, por converter-se num encargo extra para a família.



**Ilustração 11 – Tipo de habitação**

O tipo de habitação predominante é as moradias com 46% e apartamentos com 43%. As moradias geminadas representam 7% da população. Admite-se que habitações do tipo moradias cria mais oportunidades e mais espaço para as crianças realizarem actividades físicas, nomeadamente vários tipos de actividades lúdicas/recreativas ao ar livre.



**Ilustração 12 – Situação da habitação**

Nota: fazer paragrafo que resuma que foi tb analisado os seguintes factores: situação da habitacao; Rendimento médio mensal do agregado familiar;

### Hábitos de vida das crianças do 1.º Ciclo da Escola EB1 de Alcains, relativamente à prática de actividade física

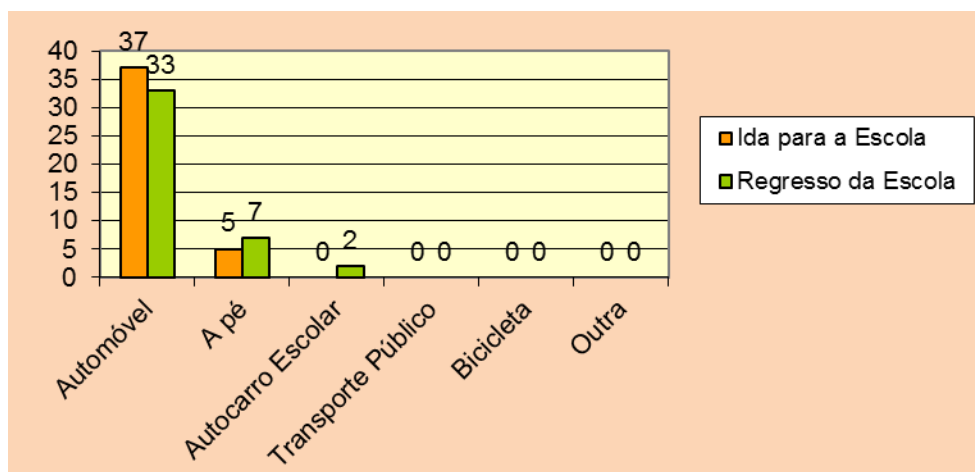


Ilustração 13 – Meio de deslocação para a escola

Relativamente ao meio de deslocação para a Escola, predomina o automóvel tanto para a ida como para o regresso da Escola, apesar da distância ser curta como se confirma no gráfico apresentado de seguida. Apenas 5 crianças vão a pé para a escola e 7 regressam a pé para casa.

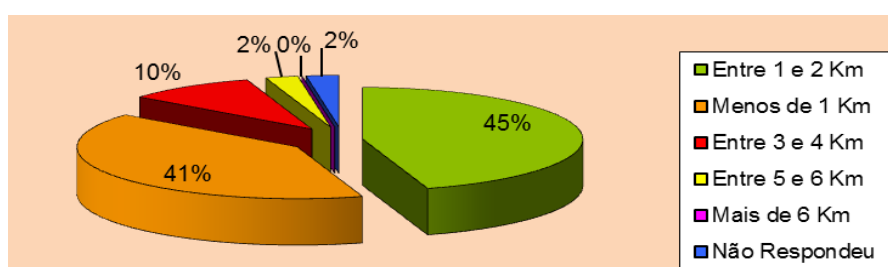
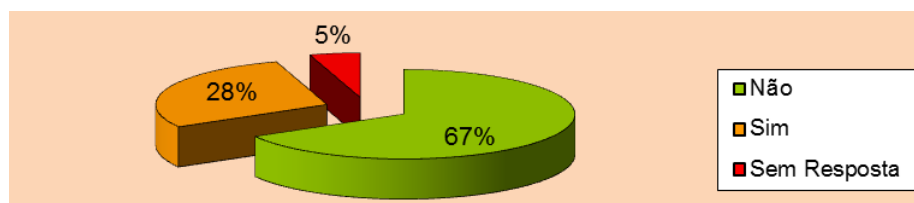


Ilustração 14 – Distância entre a Escola/Residência

Relativamente à distância entre a Escola e a Residência, verifica-se 46% da população reside a uma distância situada entre 1 e 2 km e 40%, a menos de 1 Km. Existe 10% da população que reside entre 3 e 4 Km. Apenas 2% reside entre 5 e 6 Km e 2%, não respondeu a esta questão.



**Ilustração 15 – Opinião sobre a segurança sobre o caminho da escola**

No entanto, quando questionados os pais relativamente à segurança do caminho para a Escola, 66% classificam o caminho como inseguro. Provavelmente esta sensação de insegurança manifestada pelos pais se deva ao trânsito diário junto aos acessos da escola, principalmente na hora de entrada e saída das crianças.

Um ambiente urbano que incentiva a utilização de veículos motorizados, desincentiva a actividade física promovendo a tendência generalizada da população para o excesso de peso e a obesidade. (IP 2009, P.37)

O transporte utilizado é realçado na literatura, uma vez que andar a pé, de bicicleta e o uso de transportes públicos contribui significativamente para a manutenção de adequados níveis de actividade física. No entanto, são apontados alguns determinantes que influenciam negativamente os pais das crianças a optar por estas escolhas de transporte saudáveis, como o medo do tráfico rodoviário, pouca segurança verificada nalgumas zonas urbanas e a falta de espaços verdes e adequados à sua prática diária. (WHO 2009, p. 3; IP, 2009, p.38)

Uma vez que as crianças nesta idade, ainda não possuem autonomia suficiente, estão sujeitas às limitações que são impostas pelos adultos. Assim as percepções parentais do ambiente são fundamentais, em particular da segurança pois se forem negativas também influenciam negativamente as actividades das crianças dos locais onde vivem. A participação das crianças no seu ambiente local, através da actividade física, é importante para o seu bem-estar físico e social, pois dá-lhes oportunidade de ganharem independência e de estabelecerem contactos sociais.

Relativamente à prática de actividade física incluída nas actividades escolares, as crianças frequentam semanalmente 2h15 de educação física, sendo esta disciplina opcional no 1º ciclo, pertencendo às disciplinas das AEC (Actividades de

Enriquecimento Curricular). Mesmo sendo opcional, apenas uma aluna Das três turmas do 1º ciclo é que não frequenta a referida actividade. Este facto revela que os pais consideram importante incluir a educação física na formação dos seus educandos.

Para além disso a literatura enfatiza a importância da prática de actividades físicas na Escola, sendo um contributo inestimável para a prática total de actividades físicas diárias da população infantil e juvenil e na melhoria da condição física. ( IP 2009, p. 34; WHO 2009, p. 3)

Uma das estratégias que a Escola tem implementada é a “*disponibilização dos espaços escolares para actividades desportivas da comunidade escolar*” (Projecto Educativo 2010/2011). Mediante pagamento das entidades que o alugam, nomeadamente Clubes Desportivos e Associações, a Escola disponibiliza os espaços dos ginásios para a prática de actividade física como seja o Judo, aulas de manutenção física para os pais e ainda prática de modalidades variadas.

Para além da educação física as crianças realizam outros tipos de actividade física na Escola, local onde passam a maior parte do seu dia e onde têm uma maior probabilidade de acumular actividade física através dos jogos e brincadeiras que desenvolvem no recreio. Com a introdução das AEC's, as crianças passam actualmente desde as 9h até às 17h30 em contexto escolar. Com 6 anos de idade, as crianças são muito activas. Gostam de correr, saltar e brincar, implicando todas estas actividades dispêndio de energia, para além de serem óptimas formas de desenvolverem as suas capacidades motoras assim como a sociabilidade.

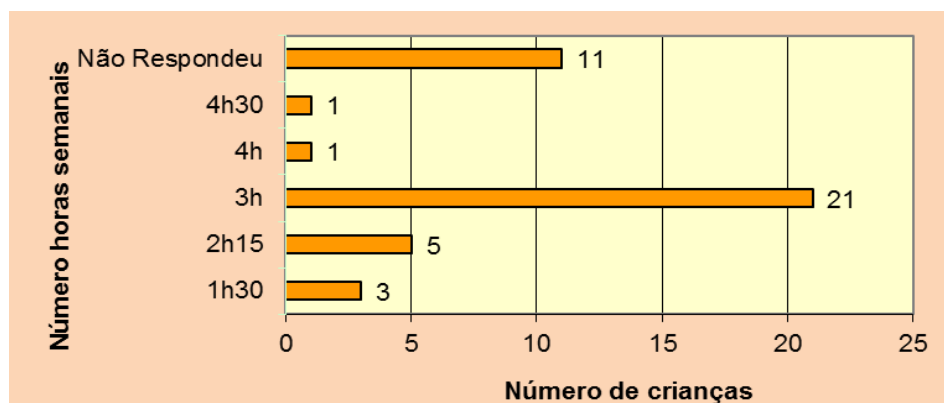


Ilustração 16 – Total de horas semanais que as crianças praticam actividade física na escola

No entanto, quando analisamos as respostas dos pais relativamente à questão do número de horas semanais em que os seus filhos praticam actividades físicas na Escola, 21 pais o que corresponde a metade da população total que respondeu, praticam 3h semanais, 5 consideram que os seus filhos praticam 2h15, 3 praticam 1h30, 1 pai/mãe considera que o seu filho pratica 4h e 1 respondeu 4h30. Também se destaca o facto de que 11 questionários estavam sem resposta relativamente a esta questão. Podemos inferir através deste gráfico que os pais têm falta de conhecimentos acerca do significado mais abrangente de actividade física e que a associam à realização de Educação Física. No entanto, a AF utilizada nas deslocações, nas tarefas da vida diária, nas actividades lúdicas/recreativas na escola e fora da escola, são abrangidas. A AF incorpora todas as formas de movimento que contribuam para o dispêndio energético total.

### ACTIVIDADE FÍSICA PRATICADA FORA DO AMBIENTE ESCOLAR

Quando questionada a população relativamente à frequência de actividades físicas fora do meio escolar, apenas 40% frequentam Clubes Desportivos e 60% das crianças não frequentam.

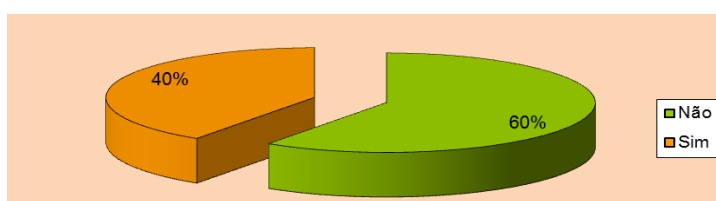


Ilustração 17 – Frequência das crianças em clubes desportivos

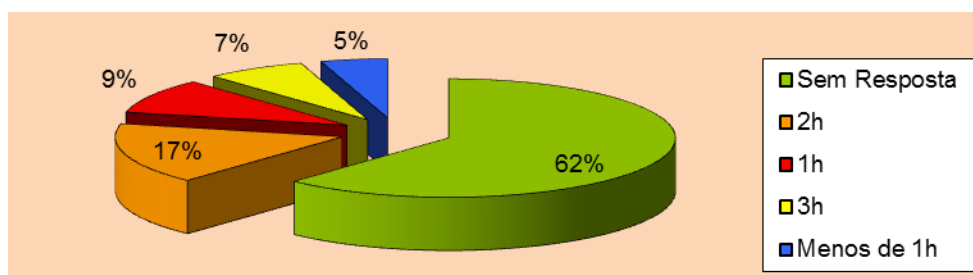
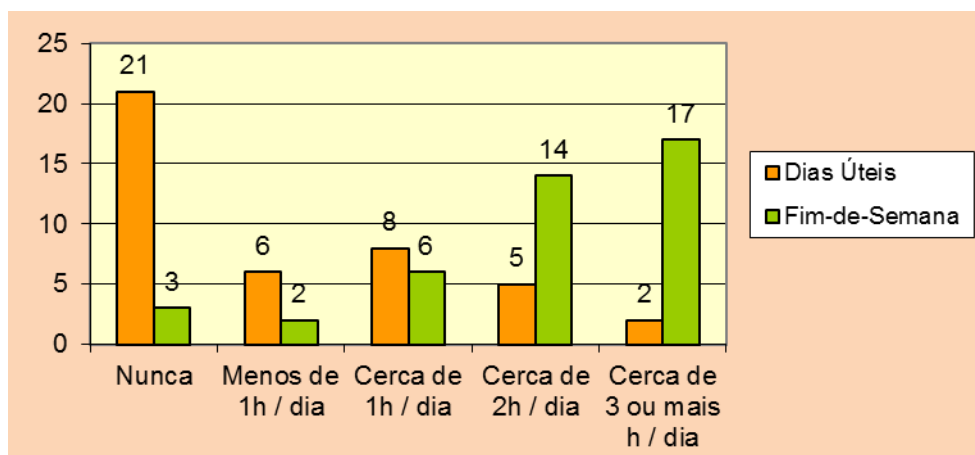


Ilustração 18 – Horas semanais que a criança frequenta o clube desportivo

Dos 40% que frequentam clubes desportivos, quando inquiridos relativamente ao número de horas semanais dispendidas nessa actividade, verifica-se que 17% frequenta o respectivo clube 2h por semana, 10% frequenta 1h, 7% 3h e 5% das crianças frequenta menos de 1 h semanal.



**Ilustração 19 – Horas diárias que a criança brinca fora de casa**

Em relação à prática de actividades físicas, nomeadamente o brincar verifica-se pelo gráfico acima representado, que nos dias úteis 21 crianças nunca brincam fora de casa na vizinhança ou noutra local, apesar de Alcains ser uma vila pequena, 6 brincam menos de 1h, 8 cerca de 1h, 5 cerca de 2 horas e 2 cerca de 3 ou mais horas por dia. Por outro lado, nos fins-de-semana, 14 crianças brincam cerca de 2h por dia e 17 crianças, cerca de 3 ou mais horas por dia. Verifica-se também que nos fins-de-semana, 6 crianças brincam 1 hora por dia, 2 menos de 1 hora e 3, nunca brincam.

O brincar é também uma mistura de actividade física e de exercício físico. Por exemplo, Jogar á apanhada, brincadeira frequente observada nos recreios, tem um objectivo lúdico mas também é uma forma de exercício porque implica corridas, um tipo de actividade aeróbia de intensidade vigorosa que fortalece a capacidade cardiovascular da criança.

Para analisar o total de horas dispendidas na realização de actividades físicas, partiu-se da recomendação que por dia as crianças devem realizar pelo menos 60 minutos de

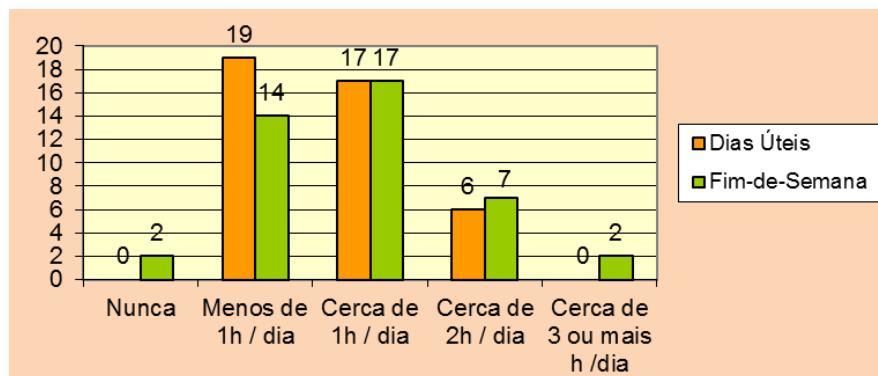
actividade física (IP 2009, p. 34; WHO 2009, p. 3; Pender, Murdaugh e Parsons 2011, p. 148)

Através do questionário utilizado para a recolha de dados, consegue-se obter o número total de horas de actividade física realizada por semana, através da soma do número de horas de actividades físicas realizadas na escola com o número de horas que brincam fora de casa e horas dispendidas em actividades desportivas, no caso das crianças que as praticam. O questionário utiliza para obter esta informação, perguntas de escolha múltipla, em que era possível optar por uma das 5 opções de modo a que os pais conseguissem quantificar o número de horas de actividades físicas praticada pelos seus filhos: “nunca”, “menos de uma hora semanal”; “cerca de uma hora semanal”; “cerca de 2 horas semanais” e “3 ou mais horas semanais”. De modo a quantificar a primeira e a última opção, utilizou-se as fórmulas para cálculo da pontuação do questionário Baecke (1982) de actividade física habitual (AFH). Na qual teve-se como critério que menos de uma hora por semana, correspondia a 30 min e que três ou mais horas, corresponderia a 3h30 min.

O questionário de AFH de Baecke et al teve sua origem na Holanda e foi publicado em 1982. O instrumento tem sido empregado em pesquisas epidemiológicas num contexto mundial. (Florindo [et al.] 2004, p.1)

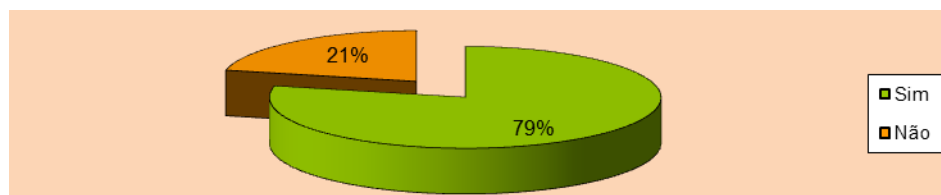
Da análise dos dados conclui-se que 11 crianças (26%) cujos pais responderam ao questionário, não conseguem atingir as 7 horas semanais de AF.

Relativamente às **actividades sedentárias** realizadas pelas crianças, foi possível através do questionário aplicado, avaliar o sedentarismo relativamente à realização dos trabalhos de casa, actividades realizadas no computador e a Televisão perante o tempo, em horas diárias, que despendem nessas actividades.

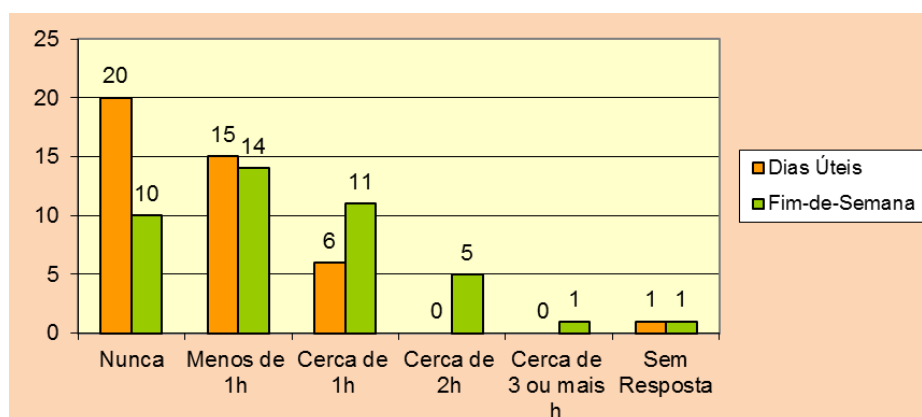


**Ilustração 20 – Horas diárias dispendidas a realizar os trabalhos de casa / ler**

Analisando os gráficos, verifica-se que as crianças gastam na sua maioria entre 30 min a 1h diária na realização dos trabalhos de casa, tanto nos dias úteis como nos fins-de-semana. Existem 2 crianças que não dispendem tempo nesta actividade aos fins-de-semana e por outro lado 2 crianças dispendem 3 ou mais horas por dia, nesta actividade.



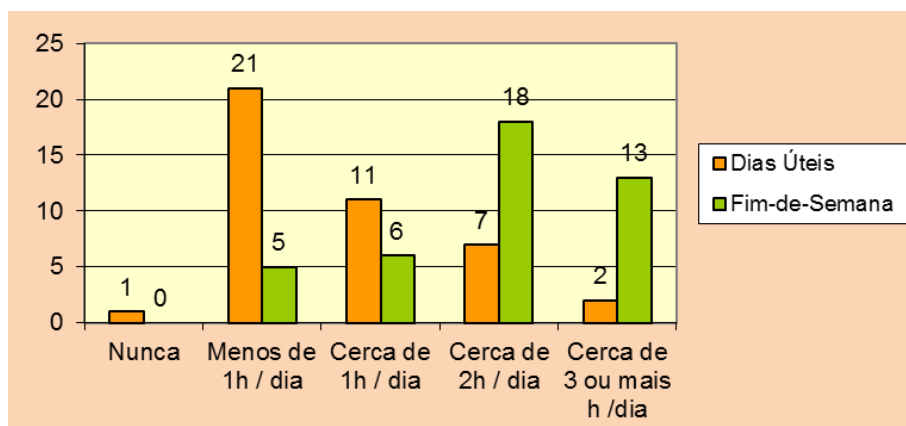
**Ilustração 21 – Se possuem computador**



**Ilustração 22 – Horas diárias dispendidas a jogar jogos electrónicos/computador**

Relativamente ao facto de possuírem ou não computador, 79% possuem e 21% não. No entanto, dentro das crianças que possuem computador, verifica-se que a grande

maioria gasta até 1 h diária em actividades no âmbito do computador, tanto nos dias úteis como nos fins-de-semana.



**Ilustração 23 – Horas dispendidas pela criança a ver televisão**

Relativamente ao tempo dispendido a assistir televisão, que como se verifica pelo gráfico anteriormente representado, nos dias úteis as crianças despendem até 1h diária a assistir televisão mas pelo contrário, nos fins-de-semana gastam mais tempo nesta actividade, despendendo 2h ou 3h ou mais diárias, na sua maioria.

Segundo Pender, Murdaugh e Parsons (2011, p. 148), as actividades consideradas sedentárias, nomeadamente o visionamento de televisão e jogos de computador, não devem ultrapassar as 2 horas diárias.

Tendo como base esta orientação, somou-se novamente por criança as actividades que incluíam o visionamento de televisão e tempo dispendido no computador. A realização dos trabalhos de casa, não foi incluída por ser uma actividade sedentária mas de origem académica. Tem haver com tarefas importantes para o desenvolvimento cognitivo e académico, que a criança não deverá descuidar na sua rotina. Este raciocínio é corroborado em alguns estudos. (Bagby e Adams 2007)

Através da análise dos dados, verifica-se que 12 crianças (29%) excedem as 14 horas semanais na realização de actividades, consideradas sedentárias.

Por outro lado, quando confrontados os dados, por criança entre o total da actividade física realizada e as actividades sedentárias, verificou-se que existem quatro grupos distintos na população:

- Crianças activas e que não excedem as 14 horas semanais de actividades sedentárias;
- Crianças com défice de AF e simultaneamente excedem as 14 horas semanais de actividades sedentárias;
- Crianças activas mas que excedem as 14 horas semanais de actividades sedentárias (TV e computador);
- Crianças com défice de AF mas que não excedem as 14 horas semanais de act. Sedentárias.

#### **Crianças activas e que não excedem as 14 horas semanais de actividades sedentárias**

Este grupo é composto por 22 (52%) crianças, onde se verifica que a prática de AF atinge as 7 horas ou mais, semanais recomendadas para a sua idade e por outro lado o tempo despendido em actividades sedentárias, não excede as 14 horas semanais.

#### **Crianças com défice de AF e simultaneamente excedem as 14 horas semanais de actividades sedentárias**

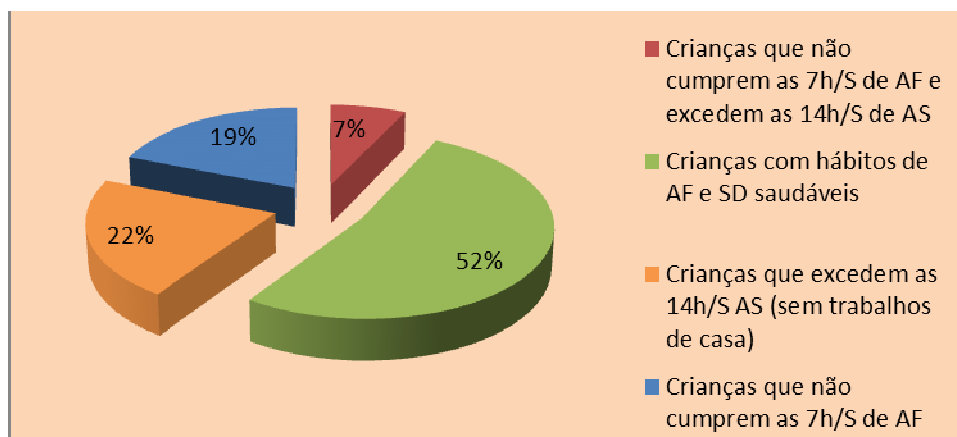
Este grupo da população corresponde a 3 (7%) crianças e é caracterizado pela insuficiente AF e excesso de tempo despendido em actividades sedentárias.

#### **Crianças activas mas que excedem as 14 horas semanais de actividades sedentárias**

Este grupo é composto por 9 (21%) crianças, que durante uma semana conseguem praticar actividade física que vai de encontro às recomendações para a idade. No entanto, relativamente às actividades sedentárias excedem as 14 horas.

#### **Crianças com défice de AF mas que não excedem as 14 horas semanais de actividades sedentárias**

Este grupo corresponde a 8 (19%) crianças, as quais numa semana não conseguem acumular as 7 horas semanais de AF. No entanto também não excedem o limite das 14 horas de actividades sedentárias preconizadas.



**Ilustração 24 – Análise dos resultados obtidos**

Os dados obtidos corroboram as conclusões de Jago [et tal.] 2010, p. 1, relativamente à obtenção de diferentes grupos no seio de uma população, quando analisada a AF e o tempo dispendido em actividades sedentárias.

Uma vez que os questionários são anónimos e não foram codificados previamente, e a intervenção ser dirigida ao grupo, destaca-se o facto de se ter obtido 22 (52%) das crianças, as quais demonstram ter um comportamento activo e 20 crianças que poderão beneficiar de futuras intervenções.

Após a análise dos dados realizada, identificaram-se os seguintes problemas na população a intervir:

- Mais de metade da população (52%), alvo da avaliação física efectuada para obtenção do IMC, têm peso acima do normal para a sua idade;
- O Meio de deslocação para a Escola é predominantemente o automóvel;
- 20 (48%) crianças apresentam comportamentos pouco activos e/ou sedentários;

**ANEXO VII - TABELA DA QUANTIFICAÇÃO DAS ACTIVIDADES FÍSICAS E ACTIVIDADES SEDENTÁRIAS PRATICADAS PELAS CRIANÇAS ANTES DA INTERVENÇÃO**

N.º	Horas de AS	Horas de AS sem trabalhos de casa	Horas de AF	AS sem trabalhos de casa	Défice de AF	risco	saudável
1	19,30	8.30	11,30				1
2	9,30	7	15				1
3	9	6.30	2		1		
4	19	10	12				1
5	9,30	4.30	7				1
6	25	18	9	1			
7	11	8.30	1		1		
8	26	21.30	7	1			
9	12	8.30	8,45				1
10	16	12.30	11,45				1
11	19,30	12.30	13,30				1
12	11	6.30	10				1
13	24	17	12	1			
14	20,30	17	5			1	
15	25	18	5,30			1	
16	19	24.30	3			1	
17	11,30	8	6,45		1		
18	21	17.30	16	1			
19	17,30	14	5		1		
20	16,30	13	22				1
21	12	8.30	5,45		1		
22	29	17	7	1			
23	13,30	4.30	13				1
24	17,30	13	10				1
25	19,30	10.30	9,30				1
26	22,30	13.30	12				1
27	22,30	20.30	17	1			
28	14	9.30	4		1		
29	36,30	32	7	1			
30	22,30	10.30	4,15		1		
31	23	14	12,30				1
32	22	14	---		1		
33	17	10	7				1
34	20	11	9,30				1
35	19	7	20,30				1
36	20,30	9.30	20,30				1
37	13	6	17				1
38	17	13.30	17				1
39	28	21	20	1			
40	25	21.30	8,30	1			
41	15,30	3.30	11				1
42	16,30	7.30	10				1
				9	8	3	22

**ANEXO VIII - GRELHA DE ANÁLISE UTILIZADA PARA A  
PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS**

<b>Crítérios</b>	<b>Mais de metade da população a intervir (52%), às quais foi efectuada avaliação física para obtenção do IMC têm peso acima do normal para a sua idade</b>	<b>O meio de deslocação para a escola é predominantemente o automóvel</b>	<b>20 (48%) Crianças não atingem as 7h semanais de AF e/ou excedem as 14h semanais de AS</b>	<b>Problema Seleccionado (+)</b>
<b>Importância do problema</b>	(+)	(+)	(+)	1, 2 e 3
<b>Relação problema factor de risco</b>	(+)	(+)	(+)	1, 2 e 3
<b>Capacidade e técnica para o resolver</b>	(-)	(-)	(+)	3
<b>Exequibilidade do projecto</b>	(-)	(-)	(+)	3

**ANEXO IX - PREPARAÇÃO OPERACIONAL EM LINGUAGEM CIPE,  
VERSÃO 1 (ICN 2005)**

Processo de enfermagem	ACÇÃO	CLIENTE	FOCO	JUIZO	LOCALIZAÇÃO	RECURSOS	TEMPO
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>		20 crianças do 1º ano do 1º ciclo e respectivas famílias	Padrão de Exercício	Potencial de desenvolvimento			De 21 de Dez. de 2010 a 11 de Fev. de 2011
<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	Informar	Pais das crianças do 1ºano do 1º ciclo	Padrão de Exercício		Escola Primária (reunião de pais)	Questionário (Resultados)	21 de Dezembro de 2010
	Distribuir	Pais das crianças do 1ºano do 1º ciclo				Dispositivo de comunicação (convite para participar na “festa saudável”)	3 de Janeiro de 2011
	Estimular	Crianças do 1º ano do 1º ciclo e respectivas famílias	Padrão de Exercício		Escola Primária (Refeitório)	Dispositivo de recreação (material utilizado nas aulas de EF)	7 de Janeiro de 2011
	Distribuir	Crianças do 1º ano do 1º ciclo e respectivas famílias			Escola Primária (Refeitório)	dispositivo de recreação/aprendizagem -cordas; - T-shirts	7 de Janeiro
	Distribuir	Pais das crianças do 1º ano do 1º ciclo				Material de aprendizagem (Brochura informativa)	3 de Fevereiro
	Educar	Pais das crianças do 1º ano do 1º ciclo	Padrão de exercício saudáveis			Material de Leitura (Brochura informativa)	De 3 de Fevereiro a 11 de Fevereiro
	Avaliar	Pais das crianças do 1º ano do 1º ciclo	Aprendizagem			Instrumento de Avaliação	11 de Fevereiro
	Distribuir	Pais das crianças do 1º ano do 1º ciclo	Padrão de Exercício			questionário	11 de Fevereiro
	Avaliar	45 crianças do 1º ano do 1º ciclo	Padrão de Exercício			questionário	De 11 de Fevereiro a 14 de Fevereiro
<b>RESULTADOS DE ENFERMAGEM</b>			Padrão de Exercício	Melhorado			11 de Fev.

**ANEXO X - CONVITE DIRIGIDO AOS PAIS/ENCARREGADOS DE  
EDUCAÇÃO PARA PARTICIPAREM NUMA "FESTA SAUDÁVEL"**

## Convite

Convidam-se os pais e as crianças para a participação de uma festa saudável (com actividades lúdicas, música e alimentação saudável ) que irá ocorrer dia 07, de Janeiro de 2011 a partir das 17 horas no Refeitório da Escola E.B. 1 de Alcains.

## **ANEXO XI - SLOGAN ESTAMPADO NAS T-SHITS**



**ANEXO XII - COMENTÁRIO DA COMUNIDADE EDUCATIVA SOBRE A  
"FESTA SAUDÁVEL" PUBLICADO NO SITE DA ESCOLA**

<http://novapicota.blogspot.com/2011/01/festa-da-alimentacao-saudavel.htm>

TERÇA-FEIRA, 11 DE JANEIRO DE 2011

### **A Festa da Alimentação Saudável**

No dia 7 de Janeiro, pelas 17h e 30m, na cantina da nossa escola, realizou-se a **Festa da Alimentação Saudável**, no âmbito do Projecto de estágio do 1º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado na área de Especialização da Enfermagem Comunitária, desenvolvido pelas enfermeiras Raquel Lourenço e Isabel Ribeiro e a sua orientadora, enfermeira Marília.



Esta actividade reuniu as professoras, os pais e encarregados de educação dos alunos do 1º ano da EB1 de Alcains, num convívio muito agradável, que incluiu, inicialmente, estafetas entre alunos e pais, com a preciosa colaboração do Prof. Bruno de Educação Física. Seguiu-se depois uma pequena refeição saudável, com sopa, legumes e muita fruta... Foi num ambiente de alegria e sensibilização ao equilíbrio alimentar que pais, filhos e professores terminaram o dia e a semana de trabalho.



É de salientar a forte adesão dos pais, que participaram e colaboraram de forma muito empenhada. Foi interessante ver os alunos a comer e repetir sopa, comer cenoura ralada e fruta.



Queremos agradecer às senhoras enfermeiras (e seus colaboradores) que se esforçaram para que nada faltasse. Parabéns!



Queremos agradecer às senhoras enfermeiras (e seus colaboradores) que se esforçaram para que nada faltasse. Parabéns!

As professoras do 1º ano da EB1 de Alcains

Publicada por Agrupamento de Escolas José Sanches em [20:00](#) 

[Enviar a mensagem por e-mail](#)[Dê a sua opinião!](#)[Partilhar no Twitter](#)[Partilhar no Facebook](#)[Partilhar no Google Buzz](#)

Etiquetas: [alimentação](#), [EB1 Alcains](#)

## **ANEXO XIII - BROCHURA INFORMATIVA SOBRE ACTIVIDADE FÍSICA**

## PROMOÇÃO DA ACTIVIDADE FÍSICA

A actividade física está relacionada com a saúde e o estilo de vida, e deveria estar incluída na rotina diária de todas as pessoas.

Existem cada vez mais estudos que mostram que a actividade física melhora o bem-estar do corpo e da mente, e que ainda reduz o risco de doenças crónicas.

O desejo de todos os pais é que as suas crianças sejam saudáveis e tenham uma vida feliz.

Assim a actividade física através dos jogos e das brincadeiras, exercício e a alimentação, são recursos para a vida diária de uma criança, fundamentais para a formação das suas capacidades físicas, mentais e também sociais. Que em muito contribuem para o seu bem estar e a sua saúde global.

As crianças da Escola EB1 de Alcains participam no seu dia-a-dia em diversos tipos de actividade física na escola, nomeadamente quando participam em jogos com os amigos/colegas no recreio, nas aulas de educação física e em outras actividades desportivas em que participem fora da Escola.

A intenção desta brochura informativa é ajudar os pais/família a manter esse nível de actividade física ou aumentar, se necessário porque há medida que as crianças vão crescendo as oportunidades de serem fisicamente activos vão diminuindo. Por esse motivo, esta é a idade ideal para os estimular a adoptar um estilo de vida activo.

1



"Encoraje o seu filho a realizar actividades físicas divertidas sozinho ou com amigos"

2

### O QUE É A ACTIVIDADE FÍSICA?

A actividade física é qualquer movimento do corpo produzido pelos músculos que requeira gasto de energia.

Importante também é distinguir a actividade física do exercício físico, sendo este último, um ramo da actividade física, envolvendo no entanto um planeamento e estruturação. Por outro lado, o exercício envolve movimentos corporais repetitivos realizados para melhorar ou manter uma adequada função e resistência cárdio-respiratória, força muscular, resistência muscular, flexibilidade e composição corporal.

### QUANTO TEMPO POR DIA, DEVE O SEU FILHO DEDICAR À REALIZAÇÃO DE ACTIVIDADE FÍSICA DE MODO A TER BENEFÍCIOS PARA A SUA SAÚDE?

Para crianças a partir dos 6 anos está recomendado, no mínimo, **60 minutos de actividade física todos os dias**, incluindo a **actividade de intensidade vigorosa, pelo menos três vezes por semana**, de modo a assegurar um desenvolvimento saudável, tanto a nível da saúde física, como mental e social.

O tempo total poderá ser acumulado em sessões de pelo menos 10 minutos, nomeadamente nos intervalos escolares quando jogam à bola e brincam à apanhada.

3



"... andar de bicicleta é uma das muitas actividades físicas que poderá inserir no quotidiano do seu filho."

4

#### Que tipo de actividades físicas deve incluir nos 60 minutos diários?

- Deve encorajar o seu filho a participar em actividades adequadas à idade, que sejam lúdicas e oferecer várias alternativas para ir de encontro às suas preferências.

- Deve certificar-se que as actividades que o seu filho desenvolve, englobam os seguintes tipos de actividade física:

#### Actividade aeróbia

Este tipo de actividade física deve estar incluído na maior parte dos 60 minutos ou mais, preconizados para um dia e pode incluir tanto a actividade aeróbia de intensidade moderada (caminhada rápida), como a de intensidade vigorosa (corrida). Certifique-se de incluir este tipo de actividade física de intensidade vigorosa, pelo menos três vezes por semana.

#### Fortalecimento Muscular

Exemplos deste tipo de actividade física são a realização de ginástica, uma actividade física estruturada ou subir escadas e andar de bicicleta, actividades não estruturadas que deverão fazer parte da vida do seu filho pelo menos três vezes por semana, inseridos nos 60 minutos diários recomendados.

#### Fortalecimento ósseo

Inclui actividades como saltar à corda, correr ou nadar, pelo menos três vezes por semana inseridos nos 60 minutos ou mais de actividade física diária recomendada.

5

#### COMO É QUE SEI QUE A ACTIVIDADE AERÓBIA DO MEU FILHO É DE INTENSIDADE MODERADA OU VIGOROSA?

- Pode-se considerar **actividade física moderada**, qualquer tipo de actividade não estruturada que acelera o ritmo cardíaco e que exige um esforço moderado para o seu cumprimento, gastando em média 3-6 Kcal/minuto.

- A **actividade física vigorosa**, é qualquer tipo de actividade que requer um grande esforço físico e causa um rápido aumento da frequência cardíaca e respiratória, gastando mais que 6 Kcal/minuto.

**Exemplo:** se o seu filho vai para a escola a pé acompanhado dos amigos ou outra pessoa, provavelmente estará a desempenhar uma **actividade moderada**. No entanto, e em meio escolar enquanto corre para a apanhar um colega durante uma brincadeira no intervalo, provavelmente estará a desempenhar um tipo de **actividade de intensidade vigorosa**.

Para apoiar todos os pais interessados em cumprir as recomendações internacionais, apresentam-se de seguida exemplos dos diferentes tipos de actividade física. Muitas destas actividades estão incluídas em duas ou três categorias diferentes, tornando assim possível para o seu filho realizar cada tipo de actividade física, pelo menos três dias por semana. Para além disso, algumas actividades como andar de bicicleta ou jogar basquetebol, podem ser realizadas tanto com intensidade moderada como vigorosa, dependendo do nível de esforço que o seu filho depende na sua execução.

6

Tipos de actividade física	Exemplo de actividades dirigidas a crianças em idade escolar
Actividade aeróbia de intensidade moderada	Ir a pé para a escola; Actividades recreativas, nomeadamente caminhadas, andar de skate ou de patins; Andar de bicicleta
Actividade aeróbia de intensidade vigorosa	Jogos activos que impliquem correr ou perseguir; Andar de bicicleta; Saltar à corda; Artes marciais, nomeadamente o judo ou o karaté; Atletismo; Desportos colectivos (futebol, basquetebol) ou individuais (natação, ténis ou ginástica.)
Fortalecimento Muscular	Jogos que impliquem combate e lutas fictícias entre crianças; Flexões modificadas (com os joelhos no chão); Exercícios de resistência que use o próprio peso do corpo ou outros; Escalada em parede ou corda; Balançar no recreio ou em barras próprias; Ginástica.
Fortalecimento Ósseo	Jogo da macaca; Saltar e pular; Saltar à corda; Correr; Desportos como todos os tipos de ginástica, basquetebol, Voleibol, Badminton, Ténis.

7

### SERÁ QUE A BRINCADEIRA AJUDA/COMPLEMENTA A ACTIVIDADE FÍSICA PRECONIZADA?

Correr, saltar, andar de bicicleta, gastar energia...As brincadeiras para além de serem óptimas formas de desenvolver as capacidades motoras e a sociabilidade das crianças, são também a melhor maneira de as levar a gostar da actividade física e de a relacionarem com a obtenção de prazer.

A brincadeira é uma mistura de actividade física e de exercício físico. Jogar à apanhada tem um objectivo lúdico mas também é uma forma de exercício porque implica corridas, um tipo de



actividade aeróbia de intensidade vigorosa que fortalece a capacidade cardiovascular da criança.

A variedade de actividade física também é fundamental para o seu desenvolvimento motor. Assim os exercícios devem ser divertidos e por esse motivo, esteja aberto a jogos e a brincadeiras como jogar à apanhada, saltar à corda, corridas, jogar à bola, andar de bicicleta, nadar, entre muitos outros.

8

### Quais os benefícios da actividade física regular?

Indispensável no crescimento e desenvolvimento infantil;

A sua prática traz efeitos benéficos para a manutenção do peso corporal; Crianças activas desenvolvem músculos e ossos mais fortes e têm menor risco de desenvolver problemas de saúde tais como, Diabetes Tipo II, Hipertensão Arterial e outras doenças na idade adulta;

Ajuda a manter um humor estável e a dormir melhor;

A participação em actividades físicas promove o seu desenvolvimento social proporcionando oportunidades para as crianças se expressarem, desenvolverem sentimentos de auto-confiança, interações sociais e uma adequada integração e ligação com os seus pares/colegas;

Também já foi apontado em alguns estudos que mais tarde na adolescência, os jovens mais activos conseguem evitar comportamentos de risco tais como o tabaco, o álcool e o abuso de substâncias psico-activas e que para além disso, apresentam melhores níveis de aproveitamento escolar.



9

### O QUE POSSO FAZER PARA QUE O MEU FILHO SE TORNE/MANTENHA-SE FISICAMENTE ACTIVO?

✓ Torne-se um modelo a seguir, adoptando um estilo de vida também activo porque a melhor forma de ensinar uma criança é dar o exemplo;

✓ Insira a actividade física na sua vida familiar diária, realizando passeios ou jogos juntos como por exemplo: Ir ao parque ao fim-de-semana a pé e levarem a bicicleta, o triciclo ou a bola;

✓ Forneça ao seu filho equipamento que encoraje a realização de actividade física nunca esquecendo a sua protecção;

✓ Leve o seu filho a lugares que permitam a liberdade de movimentos, nomeadamente a parques públicos, campos de jogos locais;

✓ Seja positivo nas actividades físicas em que o seu filho participa e encoraje o interesse em novas actividades;

✓ Torne a actividade física divertida. Actividades divertidas podem ser todas aquelas que sejam do seu agrado tanto, actividades estruturadas como não estruturadas. As actividades podem abranger desde os desportos de equipa a actividades recreativas individuais como passear, correr, andar de skate, andar de bicicleta, nadar, actividades de recreio, entre outras;

✓ Encoraje o seu filho a realizar actividades divertidas sozinho ou com amigos; com a família, como dar um passeio, jogar à apanhada ou andar de bicicleta, em vez de ficar a ver TV, jogar em consolas ou computadores, devendo estas estar limitadas a 2 horas diárias.

10

Promotora  
Isabel Ribeiro

Estudante do 1.º Curso de Mestrado em  
Enfermagem:  
Área de Especialização em Enfermagem  
Comunitária  
da Escola Superior de Enfermagem de  
Lisboa

Orientação  
Prof. Cláudia Bacatum

Co-orientação  
Enf.ª Helena Chasqueira

Alcains, Fevereiro 2011

## LOCAIS DE LAZER E LÚDICOS EM ALCAINS

Parques Infantis e Largo de Stª Apolónia  
Campo Trigueiros de Aragão  
Polidesportivo  
2 Pavilhões Desportivos  
Piscina Coberta e Descuberta  
Pistas de Atletismo  
Campo de Ténis  
Circuito de Manutenção de Santa Apolónia

LINKS

[www.papaleguasalcains.com](http://www.papaleguasalcains.com)  
[www.cdalcains.com](http://www.cdalcains.com)  
[www.judoclubealcainense.com](http://www.judoclubealcainense.com)  
[www.zerozero.pt](http://www.zerozero.pt)

## BIBLIOGRAFIA

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION: Division of Nutrition, Physical Activity and Obesity. 2010. Disponível em:  
<http://www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/guidelines/children.html>;

WHO – Physical Activity and Young People. 2011. Disponível em:  
[http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_young\\_people/en/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/index.html);

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Informação, Comunicação e Educação para a Saúde - Actividade física e desporto: Actuação ao nível da Educação para a Saúde. Circular informativa Nº30 de 20/08/07. Disponível em: <http://www.dgs.pt>;

INSTITUTO DO DESPORTO DE PORTUGAL, IP – Orientações da União Europeia para a actividade física: Políticas Recomendadas para a Promoção da Saúde e do Bem-Estar. Lisboa: Estrelas de Papel, Lda, 2009. ISBN: 978-989-8330-01-7;

PENDER, Nola; MURDAUGH, Carolyn; PARSONS, Mary Ann – Health Promotion in Nursing Practice. 6ª ed. New Jersey: Pearson Education, Inc. 2011. ISBN-10:0-13-509721-5;

## **ANEXO XIV - FICHA DE AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS**

## **Ficha de avaliação de conhecimentos**

A presente ficha de avaliação tem por objectivo identificar os conhecimentos adquiridos relativos aos benefícios da actividade física regular da sua família e principalmente dos seus filhos, uma vez que uma das estratégias para incentivar os seus filhos a terem uma vida saudável é tornar-se um modelo a seguir, adoptando um estilo de vida também activo. Leia as seguintes afirmações e classifique-as como, verdadeiras ou falsas, ou assinale se não souber, de acordo com os conhecimentos que adquiriu.

1 - A Actividade física é qualquer movimento do corpo produzido pelos músculos que requeira gasto de energia, enquanto o exercício físico é um ramo da actividade física envolvendo no entanto, um planeamento e estruturação.

VERDADEIRO

FALSO

NÃO SEI

2 - Para crianças a partir dos 6 anos de idade está recomendado no mínimo 30 minutos de actividade física todos os dias.

VERDADEIRO

FALSO

NÃO SEI

3 - Se o seu filho vai para a escola a pé acompanhado pelos amigos ou outra pessoa provavelmente estará a desempenhar uma actividade física de intensidade moderada.

VERDADEIRO

FALSO

NÃO SEI

4 - Crianças que tenham uma actividade física regular desenvolvem músculos e ossos mais fortes e têm menor risco de desenvolverem problemas de saúde.

VERDADEIRO

FALSO

NÃO SEI

5 - Deve incentivar o seu filho a ficar em casa a ver TV, jogar consolas ou computador, em vez de ir brincar, dar passeios, ou andar de bicicleta com os amigos ou familiares.

VERDADEIRO

FALSO

NÃO SEI

Obrigada.

**ANEXO XV - TABELA DA QUANTIFICAÇÃO DAS ACTIVIDADES FÍSICAS E ACTIVIDADES SEDENTÁRIAS PRATICADAS PELAS CRIANÇAS APÓS INTERVENÇÃO**

N.º	Horas sedentárias semanais (por indivíduo)	Sem trabalhos de casa	Total Horas de actividade física semanais (por indivíduo)	Sedentarismo sem trabalhos de casa	défice de act física	risco	saudável
1	19.30	7.30	22				1
2	14	7	1.30		1		
3	7	4.30	9.30				1
4	19	10	8.20				1
5	12.30	8	10.45				1
6	14.30	11	20.35				1
7	11.30	8	6		1		
8	23	14	11				1
9	23.30	17	5.45			1	
10	31.30	21.30	9.15	1			
11	23	11	6		1		
12	23	9	13.15				1
13	26	21	26.30	1			
14	17.30	8.30	11.45				1
15	19.30	7.30	22				1
16	22	13	7				1
17	19.30	12.30	17				1
18	15	8.30	9.30				1
19	18	11	20				1
20	17.30	14	12				1
21	41	29	20	1			
22	11.30	3.30	10.30				1
23	11	7.30	9				1
24	13.30	4.30	8.35				1
25	14.30	10	5		1		
26	18.30	9.30	15				1
27	10.30	4.30	8.30				1
28	15.30	11	15.30				1
29	18.30	4.30	---		1		
30	21.30	12.30	11.55				1
31	17.30	10.30	6.45		1		
32	15	10.30	12.30				1
33	21	14	6.45		1		
34	25	16	16	1			
35	16	9	12				1
				4	7	1	23