

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

Promoção de estilos de vida saudáveis em idade

pré-escolar

Alimentação e exercício físico

Maria Filomena da Silva Cândido Teixeira

2012

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved, grey shapes that resemble a stylized wave or a series of brushstrokes.

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização
Enfermagem Comunitária

**Promoção de estilos de vida saudáveis em idade
pré-escolar**
Alimentação e exercício físico

Maria Filomena da Silva Cândido Teixeira

Relatório de estágio orientado por:
Professor António Major

2012



**"Não basta saber, é preciso também aplicar;
Não basta querer, é preciso também fazer"**

Johann Wolfgang von Goethe

AGRADECIMENTOS

Ao terminar este projeto de intervenção comunitária não posso deixar de agradecer a quem de uma forma ou outra, contribuiu para a sua concretização.

Ao meu orientador, professor António Major, pela sua pertinência na orientação, *input* motivacional e reconhecimento das competências desenvolvidas. À restante equipa pedagógica pelos contributos sempre tão importantes ao longo dos seminários realizados.

À minha orientadora local, enfermeira Ana Paula Marinho, pela sua disponibilidade, carinho, apoio e integração na equipa de saúde escolar e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Também pela sua presença como elemento de ligação da equipa de saúde escolar ao Jardim de Infância (JI). À equipa da UCC, coordenada pela enfermeira Paula Duarte, que me recebeu com carinho fazendo-me sentir integrada em toda a sua dinâmica de funcionamento.

À enfermeira chefe do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) X, Cristina Correia, pelo reconhecimento da importância desta etapa do meu percurso de formação profissional, ao permitir a flexibilização de horário e à enfermeira coordenadora da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Olival, Conceição Nota, pela facilidade nessa flexibilização. Às colegas da UCSP Olival onde exerço funções, por todo o apoio, interesse, motivação e colaboração na minha substituição nos momentos ausentes.

À equipa da Unidade de Saúde Pública (USP) do ACES X pela possibilidade de consulta das fichas de ligação dos exames globais de saúde, que permitiram a validação da problemática a nível local.

À enfermeira Lurdes Veigas, licenciada em nutrição, pelo importante contributo na validação dos conteúdos da ação de educação para a saúde.

A toda a comunidade educativa do JI, coordenada pela educadora Ana Ferreira, pela sua disponibilidade, interesse e esforço em ser parceiro neste projeto e em conjunto permitir ultrapassar todos os obstáculos, levando à sua concretização como planeado.

Aos colegas do Mestrado pela partilha de saberes.

Ao meu querido marido, pelo apoio incondicional desde o primeiro momento, pela motivação, paciência e carinho e à minha querida filha por saber esperar por uma mãe algo ausente e por me dar alegria de viver e força para tudo ultrapassar.

A todos aqueles que ao longo da minha vida contribuíram para o que sou hoje, família, amigos, professores, colegas, o meu, muito obrigada.

RESUMO

Portugal constitui-se como um dos países com maior prevalência de obesidade infantil. Um programa de prevenção e controle da obesidade infantil deve incluir a promoção de hábitos alimentares saudáveis, combinados com a prática de atividade física, envolvendo pais e comunidade educativa e intervindo como prevenção primária ao nível da comunidade pré-escolar (Direção Geral de Saúde - DGS, 2006).

O projeto realizado no ACES X – Cacém-Queluz teve como **foco de intervenção** as crianças dos 3 aos 6 anos, de um Jardim de Infância (JI) pertencente ao parque escolar da cidade do Cacém. O **objetivo geral** foi o de sensibilizar as crianças frequentadoras do JI e respetivos encarregados de educação para a promoção de estilos de vida saudáveis, na componente da alimentação e do exercício físico. Como referencial teórico, optou-se pelo **Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender** (2011) e como modelo de desenvolvimento cognitivo infantil, **Piaget** (1896-1980).

Utilizou-se a **Metodologia de Planeamento em Saúde** de Imperatori e Giraldes (1993), Tavares (1990). Para o diagnóstico de situação aplicou-se o questionário utilizado pelo Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade (NRAPCO) durante a realização do Projeto ESPIGA (Estudo de Saúde da População Infantil da Região do Alentejo), com 58 respondentes dos 75 que constituíam a amostra de tipo não probabilístico. Os dados foram tratados utilizando estatística descritiva e revelando como **resultados**, convertidos em diagnósticos de enfermagem, elaborados com recurso à taxonomia de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) Versão 2, o **Comportamento alimentar infantil comprometido** e o **Padrão de exercício físico comprometido**.

A educação para a saúde foi a estratégia selecionada para a resolução destes problemas, com uma abordagem às 75 crianças e respetivos encarregados de educação.

A realização do projeto contribuiu para o reconhecimento da importância da promoção da saúde e para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária.

Palavras-chave: Promoção de saúde, alimentação saudável, exercício físico, enfermagem comunitária, planeamento em saúde.

ABSTRACT

Portugal is one of the countries with the highest prevalence of childhood obesity. A childhood obesity preventive and controlling program must include the combination of healthy nutrition habits with regular exercise, involving the parents and the school community and intervening as a primary prevention at the preschool setting (Directorate-General for Health - DGS, 2006).

The project operationalized at ACES X - Cacém-Queluz had as intervention focus the 3 to 6 year old children of a kindergarten of Cacém city school park. Its general objective was to sensitize the children and their family to the promotion of healthy lifestyles on nutrition and exercise fields. The **Health Promotion Model of Nola Pender** (2011) was used as theoretical reference and as cognitive development of children model, **Piaget** (1896-1980).

It was used the **Health Planning Methodology** of Imperatori and Giraldes (1993), Tavares (1990). For situational diagnosis it was used a questionnaire developed by the Alentejo Regional Centre of the Platform Against the Obesity (NRAPCO), during ESPIGA (Alentejo childhood population health study) with 58 respondents out of the 75 individuals from a non-probabilistic sample. Descriptive statistics was used to the treatment of data and the **results** converted in nurse diagnosis with the International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Version 2 resource, revealed a **compromised child nutrition behavior** and a **compromised physical exercise pattern**.

Health education was the strategy used to solve these problems, with a 75 children and direct family approach.

This project contributed to the recognition of the importance of health promotion and to the development of specialized skills concerning community nursing.

Keywords: Health promotion, healthy nutrition, physical exercise, community nursing, health planning.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CATL – Centro de Atividades de Tempos Livres

CIPE – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem

DALY – Disability Adjusted Life Year

Dr. - Doutor

Dr.^a - Doutora

DGIDC – Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular

DGS – Direção Geral de Saúde

ESPIGA – Estudo de Saúde da População Infantil da Região do Alentejo

IMC – Índice de Massa Corporal

JI – Jardim de Infância

NRAPCO – Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCO – Plataforma Contra a Obesidade

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PROF. - Professor

SINUS – Sistema de Informação para Unidades de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – World Health Organization

INDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. JUSTIFICAÇÃO E PERTINÊNCIA.....	13
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
2.1. O Desenvolvimento Cognitivo Infantil.....	16
2.2. O <i>setting</i> pré-escolar e a promoção da saúde.....	17
2.3. A intervenção da Enfermagem Comunitária.....	20
3. METODOLOGIA	23
3.1. Questões Éticas	23
3.2. População alvo	24
3.2.1. Caracterização da cidade do Cacém	24
3.2.2. Caracterização do Centro de Saúde do Cacém.....	24
3.3. Foco de Intervenção	25
3.3.1. Caracterização do Jardim de Infância	25
3.4. Amostra	25
3.5. Diagnóstico de Situação	26
3.5.1. Caracterização da amostra	27
3.5.2. Hábitos Alimentares – Problemas identificados	30
3.5.3. Atividade física – Problemas identificados	35
3.5.4. Diagnósticos de Enfermagem	36
3.6. Definição de prioridades.....	37
3.7. Fixação de objetivos	38
3.8. Seleção de estratégias	40
3.9. Elaboração de Programas ou Projetos.....	43
3.9.1. Recursos	44
3.10. Preparação da execução.....	44
3.11. Avaliação	45
CONCLUSÃO.....	53
BIBLIOGRAFIA.....	57
APÊNDICES.....	61
ANEXOS	136

INDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I - Cronograma de Atividades Projetado

APÊNDICE II - Cronograma de Atividades Efetivado

APÊNDICE III - Plano da sessão de apresentação do projeto à equipa da UCC

APÊNDICE IV - Plano da sessão de apresentação do projeto aos encarregados de educação no JI

APÊNDICE V - Consentimento Informado

APÊNDICE VI - Consentimento para atividades com as crianças

APÊNDICE VII - Definição de prioridades através da grelha de análise

APÊNDICE VIII - Logotipo do projeto

APÊNDICE IX - Recursos

APÊNDICE X - Tabela de atividades

APÊNDICE XI - Cronograma das atividades de intervenção

APÊNDICE XII - Horário das atividades de intervenção

APÊNDICE XIII - Diário de campo

APÊNDICE XIV - Questionário de avaliação qualitativa das crianças

APÊNDICE XV - Pedidos de colaboração nas atividades

APÊNDICE XVI - Agradecimento aos encarregados de educação

APÊNDICE XVII - Plano da sessão de educação para a saúde

APÊNDICE XVIII - Questionário de avaliação da sessão de educação para a saúde

APÊNDICE XIX - Folhetos entregues na sessão de educação para a saúde

APÊNDICE XX - Plano da aula de *fitness*/dança

APÊNDICE XXI - Plano do *peddy paper*

APÊNDICE XXII – Exemplo do Mapa de Consumos

APÊNDICE XXIII - Tabela de consumos diários ao pequeno-almoço e de sopa e peixe ao jantar

APÊNDICE XXIV - Fotografias das atividades efetuadas

APÊNDICE XXV - Plano da sessão de apresentação do relatório à equipa da UCC

APÊNDICE XXVI - Avaliação da sessão de apresentação do relatório à equipa da UCC

INDICE DE ANEXOS

ANEXO I - Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

ANEXO II - Autorização para realização de estágio no ACES X Cacém-Queluz na UCC
Cacém Care

ANEXO III - Centro Social/JI

ANEXO IV - Questionário Espiga (NRAPCO)

ANEXO V - Autorizações para utilização de questionário ESPIGA e questionário CEBQ

ANEXO VI - Roda dos alimentos

ANEXO VII - Processo de Enfermagem centrado na Comunidade

ANEXO VIII - Modelo de 7 eixos da CIPE® versão 2

ANEXO IX - Grelha de Análise

ANEXO X - Agradecimento do JI

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Consumo de leite magro ou meio gordo.....	31
Figura 2 - Consumo de iogurte	31
Figura 3 - Consumo de peixe.....	32
Figura 4 - Consumo de manteiga/margarina	32
Figura 5 - Consumo de azeite.....	33
Figura 6 - Consumo de pão	33
Figura 7 - Consumo de sopa de legumes/hortaliça	34
Figura 8 - Consumo de hortícolas (excluindo batatas e leguminosas)	34
Figura 9 - Consumo de frutas frescas.....	35
Figura 10 - Minutos gastos por semana em atividade física praticada na escola	35

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Problemas e respetivos objetivos	39
Quadro 2 – Processo de enfermagem segundo a CIPE® Versão 2	42
Quadro 3 – Processo de enfermagem segundo a CIPE® Versão 2	42
Quadro 4 – Diagnósticos de enfermagem, objetivos específicos e atividades	44
Quadro 5 – Metas e respetiva avaliação.....	52

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Indicadores de atividade	52
---	----

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), citada pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2005), considera a obesidade como sendo a epidemia do séc. XXI. Refere que os valores de obesidade têm triplicado nas últimas 3 décadas.

A nível mundial estimava em 2008 a existência de 1.5 biliões de adultos maiores de 20 anos com excesso de peso. Desses, 200 milhões de homens e 300 milhões de mulheres eram obesos, refletindo assim a existência de um adulto obeso em cada 10 (OMS, 2011). Considera também que cerca de 20% da População Europeia seja obesa, apresentando Portugal uma das mais elevadas taxas de prevalência. Estima também que se esta epidemia não for travada, 50% da população mundial poderá ser obesa em 2025 classificando assim como um grave problema de saúde pública (DGS, 2005).

A nível mundial a OMS (2000), citada pela DGS (2005) referia a existência de mais de 14 milhões de crianças com excesso de peso, sendo 3 milhões obesas. Já em 2010 considerava existirem perto de 43 milhões de crianças de idade inferior a 5 anos com excesso de peso (OMS, 2011), demonstrando a rápida evolução desta epidemia. Na Europa estimava que 1 em cada 5 crianças teria excesso de peso, sendo Portugal um dos países com maior prevalência de obesidade infantil.

Segundo a Plataforma contra a Obesidade (PCO, 2007), foi considerado prioritário pelos vários governos Europeus e como estratégia de combate à obesidade, a prevenção da obesidade infantil. A DGS (2005) considera que a “prevenção e tratamento da obesidade infantil constituem uma prioridade em matéria de saúde pública” (PCO, 2007, p.2). É fundamental investir em termos de promoção de saúde. Nesta matéria e segundo recomendações da OMS (2011), deve intervir-se ao nível da prevenção da obesidade infantil através da alteração de estilos de vida. Um programa de prevenção e controle da obesidade infantil deve incluir a promoção de hábitos alimentares saudáveis, combinados com a prática de atividade física. Neste tipo de ações é crucial o envolvimento dos pais e da comunidade educativa (DGS, 2005). Em termos Europeus, a OMS (1999) estabeleceu como metas de **saúde para todos**, a promoção da saúde através de estilos de vida saudáveis, considerando o ambiente escolar como o *setting* adequado e os serviços de saúde como tendo um papel importante na “promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, no que se refere à saúde das crianças e à escolarização” (DGS, 2006, p. 4). Nesta problemática da obesidade infantil e verificando-se como já referido o aumento da

incidência e prevalência de obesidade infantil em idade escolar, torna-se importante intervir como prevenção primária ao nível da comunidade pré-escolar. Consideram-se os primeiros anos de vida cruciais na aprendizagem de bons hábitos que serão decisivos a médio e longo prazo (DGS, 2006).

Sensível a esta questão surge o interesse em desenvolver o projeto de intervenção comunitária inserido no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, na área da **Promoção de estilos de vida saudáveis em idade pré-escolar: Alimentação e Exercício Físico**. A prática de uma alimentação saudável associada à prática regular de exercício físico são dois dos determinantes para a saúde que devem ser iniciados o mais precocemente, no sentido de promover a saúde (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

A operacionalização do projeto foi efetuada com estágio no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) X – Cacém-Queluz, Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) – Cacém Care, que acolheu o projeto com agrado pelo facto de ser inovador no local. Esteve-se integrada na equipa de Saúde Escolar. A orientação local foi feita pela Enf.^a Ana Paula Marinho, com a especialidade em Enfermagem Comunitária. O **foco de intervenção** foi as crianças dos 3 aos 6 anos, de um Jardim de infância pertencente ao parque escolar da cidade do Cacém. O projeto tinha como **finalidade** contribuir para a operacionalização do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), na área de intervenção da promoção de estilos de vida saudáveis ao nível do ensino pré-escolar. O **objetivo geral** foi o de sensibilizar as crianças frequentadoras do JI e respetivos encarregados de educação para a promoção de estilos de vida saudáveis, na componente da alimentação e do exercício físico.

Como referencial teórico, optou-se pelo **Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender** (2011). O horizonte temporal foi desde 3 de Outubro de 2011 a 17 de Fevereiro de 2012 (apêndice I e II). Para a operacionalização do projeto de intervenção previamente delineado, utilizou-se a Metodologia de Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993), Tavares (1990).

Por ser o primeiro projeto de intervenção comunitária realizado, a mestranda baseada nos níveis de competência de Benner (2001), considerou-se no nível de **iniciado**.

O presente relatório descreve os passos seguidos, utilizando a Metodologia de Planeamento em Saúde, no sentido de operacionalizar o projeto previamente elaborado.

1. JUSTIFICAÇÃO E PERTINÊNCIA

Para a OMS (2011) a **obesidade** é considerada uma doença crónica, caracterizada pelo excesso de gordura corporal acumulada, capaz de produzir alterações ao nível da saúde. Este excesso de gordura é resultante de balanços positivos em termos energéticos. Este desequilíbrio resulta de vários fatores como sejam os fatores genéticos, metabólicos, comportamentais e ambientais. É definida com base na medição do **Índice de Massa Corporal (IMC)**, sendo o excesso de peso um IMC igual ou superior a 25 e obesidade um IMC igual ou superior a 30 (OMS, 2011). Para as crianças e devido ao seu rápido crescimento e desenvolvimento, estes valores são traduzidos em valores de percentis, considerando-se como “**excesso de peso** ou **pré-obesidade** um percentil acima de 85 e abaixo de 95 e como **obesidade**, valores de percentil acima de 95” (DGS, 2005, p. 45).

A obesidade tem uma elevada prevalência sobretudo ao nível dos países desenvolvidos, havendo uma relação inversa entre o nível socioeconómico e a sua prevalência e atingindo tanto o género feminino, como o masculino, todas as idades e todos os biótipos. É a seguir ao tabagismo, a 2ª causa de morte passível de prevenção (DGS, 2005) e constitui-se como o 5º risco para mortalidade a nível mundial (OMS, 2011). A OMS (2011) estima que existam a nível global 2.8 milhões de mortes prematuras por ano causadas pelas co morbilidades associadas à obesidade – Diabetes tipo II (44%) e outras patologias metabólicas; doenças cardiovasculares (23%); acidentes vasculares cerebrais; neoplasias (7 a 41%). Existem no entanto inúmeras patologias associadas à obesidade, que embora de carácter menos grave em termos de mortalidade, são também altamente indutoras de morbilidade – Patologias osteoarticulares, dermatológicas e psicossociais, aumentando assim o *DALY* (Disability Adjusted Life Year) associado. Nas crianças para além do risco de virem a ser adultos obesos com todas as co morbilidades associadas, aumenta o risco de morte prematura. Muitas das crianças desenvolvem em idade infantil e/ou adolescência patologias vulgarmente associadas à idade adulta com os custos psicológicos inerentes (OMS, 2011). Pelas co morbilidades associadas, representa um elevado custo económico em gastos com a saúde, estimando-se que ronde os 2 a 7% dos custos totais com a saúde. Em Portugal estes custos poderão ter valores na ordem dos 3.5% (DGS, 2005, p. 2).

Para a DGS (2005), a epidemia da obesidade é um dos mais graves desafios de saúde pública, visto ter a sua origem numa “mudança rápida de determinantes sociais, económicos e ambientais do estilo de vida das pessoas” (p.1), causada por má nutrição associada a fraca atividade física. Segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2004-2010, Portugal é o País da União Europeia (UE) com os níveis mais elevados de sedentarismo, contribuindo para 3.3% do peso da doença (DGS, 2004). Considera a importância da implementação de medidas estratégicas na prevenção e controlo da pré-obesidade e obesidade. Assume-se como prioridade da PCO (2007) e no sentido de cumprir os objetivos da carta europeia contra a obesidade da OMS emanada em 2006, a prevenção e o controlo da obesidade infantil. No âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2006), é considerado que grande parte dos problemas associados aos estilos de vida pode ser prevenida com a integração da promoção da saúde nos currículos escolares e que os determinantes da saúde devem estar inseridos nas orientações curriculares desde o ensino pré-escolar. Como estratégias, considera a importância das equipas de saúde escolar no desenvolvimento de atividades promotoras de saúde na comunidade educativa, assumindo “um papel ativo na gestão dos determinantes da saúde da comunidade educativa, contribuindo desse modo para a obtenção de ganhos em saúde, a médio e longo prazo, da população portuguesa (p. 6).

Padez [et al] (2004), citados na PCO (2007), referem uma prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças entre os 7 e os 9 anos de cerca de 30%. Um estudo de Rito (2006), referido igualmente na PCO (2007), dirigido a crianças em idade pré-escolar (3 aos 6 anos), revelou uma prevalência de excesso de peso de 13.6% para os rapazes e 20.4% para as raparigas e de obesidade de 6.5% para os rapazes e de 6.9% para as raparigas.

Verificou-se na avaliação dos Exames Globais de Saúde aos 5/6 anos, de 2009, no Centro de Saúde do Cacém, a existência de cerca de 30% de crianças com excesso de peso e obesidade (UCC, 2010), o que está de acordo com os valores referenciados a nível nacional. Com o intuito de verificar se a problemática se mantinha, efetuou-se em Abril de 2011, uma consulta das fichas de ligação existentes na Unidade de Saúde Pública (USP) do Agrupamento, resultantes dos Exames Globais de Saúde dos 5/6 anos, efetuados no ano de 2010 às crianças do Centro de Saúde do Cacém. Do Universo de 839 crianças, chegaram à USP 251 (29.9%) fichas de ligação, que foram consultadas. Destas, 19.1% das crianças apresentavam excesso de peso e 14.3%, obesidade,

confirmando a problemática e justificando a necessidade de intervenção. Alertada para esta situação e fundamentada na bibliografia consultada, decidiu-se desenvolver o projeto de intervenção comunitária na promoção destes dois determinantes de saúde, cruciais na prevenção da obesidade infantil e que como demonstrado pela evidência científica, devem ser iniciados o mais precocemente possível, com a participação ativa dos pais e dos alunos (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011). Pender, Murdaugh e Parsons (2011) consideram que um programa de promoção da saúde deve englobar a promoção de uma alimentação saudável, em primeiro lugar porque promove a saúde, ao nutrir adequadamente o organismo e em segundo lugar porque previne a doença, nomeadamente a obesidade e outras doenças crónicas. Enaltece também os benefícios da prática de atividade física regular, inclusive pelas crianças, promovendo um bom desenvolvimento físico, mental e social e prevenindo a doença, como por exemplo a obesidade infantil.

Parece assim justificado o desenvolvimento de um projeto de intervenção na comunidade pré-escolar baseado nesta problemática. A escolha do JI referido, deveu-se ao facto de ser o que reunia condições para uma amostra mais significativa (11.7%), de crianças em idade pré-escolar pertencentes ao parque escolar da cidade do Cacém. A decisão foi tomada em parceria com a equipa de saúde escolar da UCC. O projeto foi bem acolhido, uma vez que a problemática da obesidade infantil na área de abrangência era já uma preocupação, justificando intervenção a curto prazo, para a qual este projeto pôde de certo modo contribuir. O Projeto incidiu na promoção de uma alimentação saudável e na promoção da prática de exercício físico. Estes dois determinantes de saúde contribuem para que a criança tenha um estilo de vida promotor de saúde, intervindo-se portanto ao nível da prevenção primária em relação à obesidade infantil. A intervenção foi efetuada ao nível das crianças e dos seus encarregados de educação. São estes os maiores responsáveis e decisores em termos de comportamentos alimentares e de exercício físico das crianças, pelo que devem ser incluídos como parceiros neste tipo de projetos, sendo-lhes também dirigida a intervenção (Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular - DGIDC, 2011). No entanto também as crianças parecem ser promotoras de mudança nos seus pais e/ou encarregados de educação. Deste facto decorreu a importância de intervir também a este nível, tendo adequado as estratégias de intervenção à sua fase de desenvolvimento, fundamentada na teoria de desenvolvimento cognitivo de Piaget (1896-1980).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. O Desenvolvimento Cognitivo Infantil

Devido ao facto das intervenções de enfermagem serem também dirigidas a crianças, tornou-se importante compreender o seu desenvolvimento cognitivo, com o objetivo principal de conseguir adaptar as estratégias e atividades ao seu estágio de desenvolvimento, para que a mensagem transmitida pudesse ser apreendida.

Vários são os autores que se dedicaram a esta questão. Para o projeto adotou-se Piaget. As estratégias foram definidas tendo por base o que o autor considera em termos de desenvolvimento, para a faixa etária da amostra deste projeto de intervenção.

Piaget (1896-1980) é considerado o grande impulsionador da **teoria cognitiva**, que postula a existência de quatro estágios de desenvolvimento cognitivo no ser humano. Em 1976 formula a **teoria da epistemologia genética**, explicando a forma como o indivíduo constrói o seu conhecimento. Considera a existência de uma inteligência verbal ou refletida que surge apoiada na inteligência prática ou sensoriomotora. Esta inteligência refletida, apoia-se em hábitos ou associações baseados no sistema de reflexos relacionados com a estrutura anatómica e morfológica do organismo, ou seja, apenas biológicos e com a adaptação deste ao meio, havendo uma continuidade no desenvolvimento intelectual.

O desenvolvimento do conhecimento está ligado ao processo de embriogénese, que segundo Piaget (2009), termina na idade adulta caracterizando-se por ser um processo espontâneo. Já a aprendizagem é caracterizada por ser despoletada por situações vividas, havendo uma assimilação ativa e estando subordinada ao desenvolvimento.

O desenvolvimento ocorre em quatro estágios. Cada um deles evolui englobando o anterior, ampliando-o. São sequenciais mas não rígidos cronologicamente. São quatro os fatores na transição dos estágios, a **maturação**, o **papel do meio ambiente físico**, a **transmissão social** e a **autorregulação** ou equilíbrio (Piaget, 2009).

O primeiro estágio é o **Sensório-Motor** ou **Pré- verbal** que decorre entre os 0 e os 2 anos. A criança vai assimilando gradualmente o meio, adquirindo associações de forma mecânica, que lhe permitem o desenvolvimento da inteligência através de reações circulares primárias, posteriormente secundárias e por fim terciárias, havendo no entanto uma inteligência inata resultante da hereditariedade e de mecanismos biológicos (Piaget,

1971). Trata-se de um conhecimento prático em que os objetos não têm permanência (Piaget, 2009).

O segundo estágio é o **Pré-operacional**, que decorre entre os 2 e os 6/7 anos. É o início da linguagem verbal, da função simbólica, do pensamento ou representação. Neste estágio os objetos têm permanência e a criança consegue já distinguir o simbólico do objeto mesmo quando ausente. Pode agir por simulação e não consegue ainda relacionar factos (Piaget, 2009).

De acordo com o desenvolvimento nesta faixa etária devem ser desenvolvidas atividades com as crianças que impliquem jogos e similares, com o objetivo de lhes captar a atenção, permitir a compreensão, a participação e a socialização. Poderão ser mostrados filmes, nomeadamente para as crianças de 5/6 anos (DGIDC, 2011).

O terceiro estágio é o das **Operações Concretas**, que decorre entre os 7 e os 12 anos. Neste estágio, a criança opera com objetos e não sobre hipóteses expressadas verbalmente (Piaget, 2009).

Por último, o quarto estágio é o das **Operações Formais** ou **Hipotético-dedutivas** que decorre a partir dos 13 anos e em que ocorre o desenvolvimento das operações de raciocínio abstrato. A criança liberta-se inteiramente do objeto concreto, inclusive o representado, podendo raciocinar apenas com hipóteses (Piaget, 2009).

2.2. O setting pré-escolar e a promoção da saúde

A **Promoção da Saúde** foi definida na Conferência Internacional em Ottawa (1986) como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar.

Tendo em consideração que neste projeto se pretende a promoção da saúde, através da promoção de estilos de vida saudáveis, tornou-se importante a escolha de um modelo teórico que permitisse nortear as intervenções de enfermagem, adequando-as o mais possível àquilo que é a promoção da saúde. Teve-se o cuidado de escolher o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (anexo I) que parece ser o mais integrador deste conceito e que justifica a intervenção ao nível do *setting* pré-escolar em termos de promoção da saúde, principalmente na área da alimentação e exercício físico.

Este modelo identifica os fatores **cognitivos** e **perceptivos** como principais determinantes do comportamento de promoção da saúde, considerando que estes podem

ser modificados através da intervenção promotora de saúde efetuada pela enfermagem (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Para a criação do seu modelo Pender baseou-se na **Teoria da Aprendizagem Social** de Bandura. Na sua teoria, Bandura (1999) considera que em termos de comportamento humano existe uma interação recíproca entre os fatores internos e cognitivos do indivíduo e o ambiente, influenciando-se mutuamente. Coloca grande ênfase na capacidade de auto direção, autorregulação e autoeficácia do indivíduo. Na aquisição de comportamentos refere a importância da observação dos modelos significativos que poderão ser imitados. Chama a este processo **Modelação**, que envolve a **observação**, a **imitação** e a **integração**. Refere a motivação como componente essencial de aprendizagem social.

Pender considera também a motivação como tendo um papel fundamental na indução ou manutenção de comportamentos de promoção de saúde, sendo papel da enfermagem motivar para a promoção de estilos de vida saudáveis (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Considera a existência de uma definição de saúde centrada no indivíduo, na família ou na comunidade, devendo esta ser conhecida no sentido de direcionar a **promoção da saúde**, que define como sendo o comportamento que é adotado, com o objetivo de aumentar o bem estar e a saúde. Considera a importância da promoção da saúde (promover a saúde), sobre a prevenção primária (evitar a doença). Refere ser esta a forma de abordagem mais apropriada na adoção e/ou alteração de comportamentos, enfatizando um conceito positivo de saúde e bem-estar, principalmente nas ações dirigidas a crianças e adolescentes (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Refere que a **Educação para a saúde** é uma das componentes da promoção da saúde, mas que o seu foco se centra apenas em atividades e experiências de aprendizagem, enquanto a **promoção da saúde** compreende para além da educação para a saúde, a prevenção e a proteção de saúde (políticas de saúde) (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

No seu **Metaparadigma** considera que todo o ser humano tem capacidade de mudança comportamental, compete à **enfermagem** potencializar essa capacidade de mudança e assegurar a sua manutenção (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

O conceito de **saúde** apresenta uma dimensão biopsicossocial, espiritual, cultural e ambiental, sendo dinâmico e relacionando-se com as experiências de vida dos indivíduos,

famílias e comunidades e com o modo como perspetivam a sua saúde e bem estar. Considera que a saúde individual não pode estar dissociada da saúde da sociedade onde o indivíduo está inserido. Este (**pessoa**) nas suas componentes biopsicossocial, espiritual, cultural e ambiental influencia e é influenciado pelo seu meio (**ambiente**), numa estreita relação de saúde entre o ser humano e o ecossistema, ao qual se adapta mantendo o seu bem estar (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

No seu modelo estão contemplados todos os níveis de **prevenção** podendo ser aplicado ao longo de todo o ciclo vital.

O modelo centra-se nos determinantes de comportamentos de promoção da saúde. Como principais **Pressupostos** contempla a natureza multidimensional do indivíduo, família ou comunidade na gestão dos comportamentos de saúde interagindo com o ambiente através de processos biopsicossociais complexos, que são responsáveis pela motivação individual para comportamentos orientados no sentido da melhoria da saúde (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Pender considera que nas escolas a promoção da saúde deve ser no sentido de promover a aquisição de conhecimentos e ferramentas, que permitam o autocuidado e o desenvolvimento de decisões acertadas acerca da saúde; reforçar atitudes positivas de saúde; estruturar o ambiente e as influências sociais no sentido de promover comportamentos de promoção de saúde; facilitar o crescimento e a auto atualização; e sensibilizar os estudantes para aspetos ambientais e culturais que podem ser prejudiciais à saúde e bem estar (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Considera uma maior facilidade de adesão a comportamentos saudáveis nas crianças, devido ao facto de terem hábitos e rotinas menos acentuados e adquiridos e que, os comportamentos e hábitos adquiridos durante a infância, persistem por mais tempo que os adquiridos na idade adulta. Refere igualmente que os comportamentos não saudáveis após estarem enraizados são mais difíceis de reverter em adultos (ex: sedentarismo) (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Os programas de promoção da saúde para terem sucesso devem ser baseados em princípios e teorias científicas comportamentais; envolver os alunos, os pares e a família; utilizar os recursos da comunidade e contribuir para a promoção da saúde a nível comunitário (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Identifica como principais fatores influenciadores dos hábitos e comportamentos das crianças em termos de promoção de saúde, os modelos das pessoas significativas

(ex: pais) - influenciam quer como exemplo quer na possibilidade de escolhas que disponibilizam aos filhos; as redes onde estão inseridos (ex: pares, vizinhos, organizações); a estrutura social (ex: escolhas disponíveis nas próprias escolas); e a mensagem comunitária (ex; influência da televisão, da publicidade, etc.) (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Pender considera a importância de uma alimentação saudável e o benefício do exercício físico como comportamentos promotores de saúde referindo que os hábitos saudáveis de alimentação e exercício físico podem ser apreendidos durante a pré-escola ou nos primeiros anos escolares (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

A **atividade física** é definida como sendo qualquer movimento corporal que implique movimento muscular com conseqüente gasto energético e inclui atividades de lazer, ocupacionais e de rotina diária. O **exercício físico** é uma subcategoria da atividade física, planejada, estruturada e repetitiva, com o objetivo de aumentar ou manter a performance física ou a saúde (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Baseada neste modelo tornou-se importante conhecer os hábitos alimentares e de atividade física das crianças, tendo em atenção os fatores biológicos, psicológicos, socioculturais e económicos que os influenciam. Munida dessas informações, fornecidas pelos pais e sabendo que constituem modelos de aprendizagem, tornou-se importante a intervenção a este nível. Se os pais estiverem motivados a alterar comportamentos condicionarão nos filhos essa mudança. Por outro lado e sabendo que as crianças conseguem ser indutoras de alteração de comportamentos nos pais e que conseguem interiorizar conhecimentos nesta fase, que perdurarão no futuro, tornou-se importante realizar atividades com estas, utilizando estratégias com o intuito de desenvolver as **cognições** e **afetação** ao comportamento, com o objetivo de promover estilos de vida saudáveis em termos de alimentação e exercício físico.

2.3. A intervenção da Enfermagem Comunitária

A **Enfermagem Comunitária** é a área de especialidade que combina a teoria de enfermagem com a de saúde pública numa prática centrada na população e que se destina a promover e preservar a saúde das comunidades (Shuster e Goeppinger, 2011). Segundo a Conferência Europeia de Munique (2000), a enfermagem comunitária desenvolve a sua prática, “centrada na comunidade, promovendo estilos de vida saudáveis, contribuindo para prevenir a doença” (Correia et al, 2001, p.75). **Comunidade**

“é um grupo social determinado por limites geográficos e/ou por valores ou interesses comuns. Os seus membros conhecem-se e interagem (...). Funciona dentro de uma estrutura social particular, e exhibe e cria normas, valores e instituições sociais” (Expert Committee Report de enfermagem comunitária da OMS, 1974, citado por Pender, Murdaugh e Parsons, 2011, p. 26).

A maior ênfase na importância da participação comunitária, assumida como um direito e um dever, influenciador no planejamento, gestão e prestação de cuidados de saúde é referida na Conferência de Alma-Ata, em 1978. É atribuída uma importância acrescida aos cuidados de saúde primários como promotores de saúde, através de uma participação e envolvimento comunitário nos processos de tomada de decisão. Também na carta de Ottawa, em 1986, se reforça a importância da capacitação dos cidadãos como intervenientes no seu processo de saúde, através da adoção de estilos de vida saudáveis (WHO, 2009).

A Declaração de Jacarta, quarta conferência internacional de promoção da saúde (OMS, 1997) reforça a necessidade de fazer com o povo. Realça a importância da **participação comunitária**, considerada como o processo pelo qual os indivíduos possuem **Capacitação** para tomar parte e intervir nas decisões institucionais, governamentais e ambientais que afetem a sua saúde (WHO, 2009). A enfermagem comunitária deve promover nos cidadãos o **Empowerment** para se tornarem pró-ativos e interventivos em todas as decisões que afetem o seu bem estar, *“when the community is the client, the nurse and the community work together to achieve mutual goals, as community members are actively involved in all steps of the process”* (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011, P. 69).

Compreender a forma como é entendida a saúde pelo grupo/comunidade em que a enfermagem comunitária vai intervir é também um aspeto fundamental em termos de promoção de saúde, permitindo nortear as atividades de educação para a saúde (Carvalho, 2007).

Nas suas intervenções, a enfermagem comunitária, com o objetivo de planear, intervir e avaliar de forma mais assertiva, deve contemplar a **Metodologia de Planejamento em Saúde**, que se define como sendo a “racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde (...), implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 23). Constitui-se como

ferramenta necessária, para a elaboração de estratégias de ação com vista à transformação da realidade.

Para Imperatori e Giraldes (1993, p. 28), o processo de planeamento é composto por várias etapas: “**diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução, e avaliação**”. Embora estas etapas não sejam estanques, visto o planeamento em saúde se caracterizar pelo seu carácter contínuo e dinâmico, é importante o respeito por cada uma delas, condicionando uma atuação concertada e fundamentada em termos de intervenções da enfermagem ao nível comunitário.

Segundo estes autores, a primeira fase do planeamento, o **diagnóstico de situação** deve corresponder ao levantamento dos problemas/necessidades de saúde da população onde se pretende intervir. A concordância entre as necessidades sentidas e o diagnóstico de situação elaborado justifica a pertinência da intervenção. Este diagnóstico deve ser elaborado em equipa multisectorial e sempre com a participação da comunidade envolvida.

A qualidade na elaboração do diagnóstico de situação vai determinar a escolha das **prioridades**. Após esta escolha há que definir os **objetivos**, que vão posteriormente permitir a avaliação dos resultados obtidos, após a implementação das estratégias definidas para cada problema de saúde, identificado no diagnóstico de situação. Os objetivos podem ser especificados através de objetivos operacionais (**metas**), definidos como sendo “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 80).

Após estas etapas inicia-se então a **seleção de estratégias** que pretende conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde identificados. Procede-se seguidamente à elaboração de **programas** e projetos, sendo o **projeto** considerado como “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 129). Em termos de **avaliação**, consideram a pertinência ou justificação das atividades, o grau de execução do programa em relação ao objetivo previsto, o rendimento ou relação entre os resultados e os recursos humanos ou materiais, e a eficácia ou efeito desejado sobre a redução dum problema de saúde, que pode identificar-se com o impacto (Imperatori e Giraldes, 1993).

3. METODOLOGIA

A operacionalização do projeto foi efetuada com estágio no Agrupamento de Centros de Saúde X – Cacém-Queluz, Unidade de Cuidados na Comunidade – Cacém Care, integrada na equipa de Saúde Escolar. Efetuou-se um estudo de tipo descritivo que segundo Fortin, Côté e Fillion (2009) tem como principal finalidade “definir as características de uma população ou fenómeno” (p. 34).

3.1. Questões Éticas

Em qualquer tipo de investigação os princípios éticos devem ser respeitados. Quando a investigação é efetuada a seres humanos, esses princípios assumem um carácter decisivo antes e durante todas as fases da investigação. São vários os organismos que têm enunciado princípios que devem ser estritamente respeitados. Destacam-se o Código de Nuremberga (1947), que nos seus 10 artigos define “regras e princípios que asseguram a obtenção do consentimento esclarecido, a proteção contra o prejuízo físico ou mental e o equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes” (Fortin, Côté e Fillion, 2009, p. 184). A Declaração de Helsínquia (1964), que nas suas várias revisões tem definido regras e princípios em relação aos métodos científicos, à publicação dos resultados e à diferenciação entre investigação terapêutica e não terapêutica. Também a Comissão Nacional Americana (1978), definiu 3 princípios éticos em relação à investigação em sujeitos humanos, o respeito pela autonomia, a beneficência e a justiça, significando isto que numa investigação se deve respeitar a autonomia das pessoas, inclusive das que estão diminuídas, que deve procurar o bem, não prejudicando o sujeito e que deve haver equidade entre todos os sujeitos. Também os Conselhos de Investigação Canadianos, através do seu “*Enoncé de Politique de Trois Conseils*” (1998), elaboraram 7 princípios éticos, de onde se destaca o respeito pelo consentimento livre e informado, a equidade e o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais (Fortin, Côté e Fillion, 2009).

A carta de Ottawa (OMS, 1986) refere também como princípio ético fundamental na promoção da saúde, a questão de se capacitar as pessoas para assumirem o controlo sobre a sua saúde, sendo parceiros igualitários em todas as fases do processo. Autorizar que o sujeito lidere o seu processo de alteração de estilo de vida consiste numa abordagem ética para melhorar a saúde de todos (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Estes princípios foram respeitados ao longo de toda a implementação do projeto. Inicialmente requereu-se e obteve-se aprovação do ACES para implementar o projeto na comunidade escolar do Cacém (anexo II), no âmbito do PNSE, integrada na equipa da UCC à qual o projeto foi apresentado (apêndice III). Posteriormente requereu-se e obteve-se aprovação para a sua operacionalização no JI. Assumiu-se que as vantagens e benefícios da sua aplicação eram superiores aos inconvenientes. A 3ª fase consistiu na sua apresentação em reunião, aos encarregados de educação, onde lhes foram devidamente explicados objetivos e procedimentos (apêndice IV). O consentimento livre e esclarecido foi pedido e assinado (apêndice V), assegurou-se a confidencialidade e o carácter voluntário nas atividades, para as quais se pediu autorização (apêndice VI).

3.2. População alvo

A população alvo corresponde à população estudada com características comuns (Fortin, Côté e Fillion, 2009) e foram as crianças em idade pré-escolar (3-6 anos), pertencentes ao parque escolar da cidade do Cacém (1072).

3.2.1. Caracterização da cidade do Cacém

Em termos históricos a Freguesia de Agualva-Cacém foi criada a 15 de Maio de 1953, elevada à categoria de Vila em 25 de Setembro de 1985 e elevada à categoria de Cidade em 04 de Julho de 1996. Pertence ao Concelho de Sintra e ao Distrito de Lisboa (UCC, 2010, p. 14). Segundo dados constantes dos Censos de 2011, possui uma área aproximada de 10,5 Km² e cerca de 79 805 habitantes. É composta pelas freguesias de Mira-Sintra (5 280), São Marcos (17 412), Agualva (35 824) e Cacém (21 289) (INE - Censos 2011, Resultados provisórios).

É um dos centros da área metropolitana de Lisboa com grande desenvolvimento industrial e comercial, dispondo de variadíssimos equipamentos e serviços e de dois importantes eixos de comunicação (um rodoviário e outro ferroviário). Devido a estes fatores o crescimento demográfico tem sido acentuado, muito derivado também da situação de migração, condicionando uma complexa problemática social.

3.2.2. Caracterização do Centro de Saúde do Cacém

Após a reconfiguração dos Centros de Saúde, decorrente da reforma do Cuidados de Saúde Primários, o Centro de Saúde do Cacém ficou integrado no Agrupamento de Centros de Saúde X - Cacém-Queluz. É constituído por várias Unidades Funcionais: 2

Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) – Olival e Aqualva; 2 Unidades de Saúde Familiares (USF) – S. Marcos e Mira Sintra; 1 Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) – Cacém Care. Articula com a Unidade de Saúde Pública (USP) e com a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Tem 88818 utentes inscritos, com 2999 crianças dos 3 aos 6 anos (SINUS, 12/07/2011). O parque escolar é constituído por 1072 crianças em idade pré-escolar (UCC, Saúde Escolar, 14/07/2011).

3.3. Foco de Intervenção

Crianças em idade pré-escolar (3-6 anos) frequentadoras do JI pertencente ao parque escolar da cidade do Cacém.

3.3.1. Caracterização do Jardim de Infância

O JI encontra-se inserido num Centro Social (anexo III), que desenvolve a sua atividade no âmbito do apoio às crianças e às suas famílias, dispondo das seguintes valências: Creche, Jardim de Infância e Centro de Atividades de Tempos Livres (CATL). Tem 125 crianças, distribuídas por 5 salas, em idade pré-escolar. Uma sala de crianças com 3 anos, uma sala de crianças com 4 anos, uma sala de crianças com 5/6 anos e duas salas mistas (3-6 anos).

3.4. Amostra

A amostra deve conter as características da população alvo, sendo representativa dessa população (Fortin, Côté e Fillion, 2009). Optou-se por uma amostra não probabilística (por conveniência). A escolha do JI referido, deveu-se ao facto de ser o que reunia condições para uma amostra mais significativa (11.7%) e representativa das crianças em idade pré-escolar, pertencentes ao parque escolar da cidade do Cacém. Foi escolhido em consenso com a equipa de Saúde Escolar. Das 125 crianças pertencentes ao JI, por contingências logísticas de espaço no JI e de tempo em termos de aplicação das atividades de intervenção, selecionaram-se 75 crianças, correspondentes a 60% da população do JI. Foram selecionadas as crianças das salas não mistas, considerando-se representarem de forma adequada a população em idade pré-escolar do referido JI.

3.5. Diagnóstico de Situação

De acordo com a metodologia de planeamento em saúde de Imperatori e Giraldes (1982) e após obtenção do consentimento informado, foi realizado o diagnóstico de situação em que se pretendia:

- ❖ Conhecer os hábitos alimentares e de exercício físico das famílias das crianças das salas dos 3, 4 e 5 anos, que frequentam o JI.

Meta: Aplicação de Instrumento de Colheita de Dados a 70% dos encarregados de educação.

Estratégias de Intervenção: Aplicação de questionário utilizado pelo NRAPCO durante a realização do Projeto Espiga (anexo IV).

Um questionário tem por objetivo “recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimento e opiniões” (Fortin, Côté e Fillion, 2009, p. 380).

O questionário referido foi validado e aplicado à população infantil escolar, portuguesa. É composto por 107 questões fechadas (caracterização familiar; antecedentes pessoais e familiares; escala de frequência alimentar; questionário de comportamento alimentar (CEBQ); escala de perceção dos encarregados de educação; atividade física) e uma questão aberta, para comentários.

A sua utilização foi autorizada pela Dr.^a Cristina Miranda, coordenadora do NRAPCO e em termos de questionário de comportamento alimentar (CEBQ), pelo Dr. Vítor Viana (anexo V). O CEBQ avalia através de escalas o comportamento de adesão ou rejeição alimentar, inferindo através das respostas a existência de um comportamento promotor ou não de risco de obesidade. Se as respostas indicarem adesão alimentar após a avaliação desta escala, então significa a existência de um comportamento de risco para a obesidade, conforme devidamente avaliado e comprovado por este questionário em comparação com os IMC.

Indicadores de Avaliação:

Nº de questionários preenchidos X100

Nº de questionários entregues

Para a operacionalização desta fase de **Diagnóstico de Situação**, foram efetuadas várias reuniões com a Diretora do JI, com o intuito de melhor clarificar o

objetivo geral para a realização do estágio, o horizonte temporal, a colaboração em parceria requerida e “*timings*” mais adequados para intervir com as crianças e encarregados de educação de forma a não perturbar a dinâmica habitual do JI.

Decorrente destas reuniões foi reservado à mestrandia, espaço nas reuniões de pais habituais de início de ano letivo. Foram efetuadas três reuniões, uma por cada sala, no dia 13 de Outubro de 2011, onde após apresentar o projeto, se pediu a colaboração dos encarregados de educação, quer para a 1ª fase do diagnóstico de situação, tendo sido entregues os questionários, quer para a realização das atividades junto dos seus educandos e em parceria com estes. Assinatura do consentimento informado.

Pareceu haver uma boa aceitação, o que se veio a confirmar através do preenchimento do questionário referido, com 58 respondentes do total de 75 (19 da sala dos 3 anos, 19 da sala dos 4 anos e 20 da sala dos 5 anos), correspondente a 77,3% da amostra, tendo portanto, ultrapassado a meta definida para esta fase (70%). O período de recolha do instrumento de colheita de dados decorreu desde o dia 13 de Outubro de 2011 até ao dia 8 de Novembro de 2011.

Para o tratamento dos dados obtidos, utilizou-se estatística descritiva, recorrendo a medidas de tendência central e a medidas de dispersão, com o auxílio do programa informático Microsoft Office Excel 2010. O objetivo da estatística descritiva é “destacar o conjunto de dados brutos tirados de uma amostra de maneira que sejam [facilmente] compreendidos” (Fortin, Côté e Fillion, 2009, p. 411).

3.5.1. Caracterização da amostra

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender tem como objetivo avaliar o comportamento individual em termos de procura de estilos de vida promotores de saúde e bem estar. Ao referir a natureza multidimensional do indivíduo em interação interpessoal e com o meio ambiente considera três componentes nessa avaliação: 1 - **Características e experiências individuais** (Comportamento anterior e Fatores pessoais: Físicos, Socioculturais e Psicológicos); 2 - **Comportamento específico** - sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento a alcançar (Percebe benefícios para a ação, Percebe barreiras para a ação, Percebe autoeficácia, Sentimentos em relação ao comportamento, Influências interpessoais e Situações influenciadoras); 3 – **Resultado do comportamento** (Compromisso com um plano de ação, Exigências imediatas e Preferências e Comportamento de promoção de saúde). Considera a possibilidade do

enfermeiro após esta avaliação poder planejar ações (intervenções) a aplicar individualmente ou em grupo e a possibilidade de as avaliar e reformular (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Nesta caracterização da amostra foi avaliada a componente 1 do Modelo de Promoção da Saúde. O conhecimento das características da amostra permite delinear mais assertivamente as estratégias de intervenção.

Após o tratamento estatístico verificou-se que os dados obtidos eram semelhantes em relação às crianças das 3 salas, permitindo generalizar os problemas identificados sem especificação de sala. Esse fato levou a que também a estratégia pudesse ser a mesma nas diferentes salas, apenas com uma ligeira adaptação em termos de grupo etário em relação às atividades desenvolvidas com as crianças.

Alguns dos dados colhidos são apresentados através de gráficos para melhor clarificação, sendo especificadas as pequenas diferenças encontradas.

Os questionários entregues aos encarregados de educação foram respondidos em 69.6% por mães e em 30.4% por pais, nas crianças com 3 anos, em 77.3% por mães e em 22.7% por pais, nas crianças com 4 anos e em 87% por mães e em 13% por pais nas crianças com 5 anos.

A amostra é composta maioritariamente por crianças com 38 semanas de gestação ao nascer (Moda), com peso ao nascer com maior frequência relativa acima dos 3001 kg e comprimento médio de 46.6% na sala dos 3 anos, 48,8% na sala dos 4 anos e 48.7% na sala dos 5 anos.

As crianças fizeram na sua maioria amamentação materna, tendo sido exclusiva até aos 2.6 meses, em média, com uma mediana nos 2 meses e uma amplitude de 6, para as crianças da sala dos 3 anos. Para as crianças da sala dos 4 anos, verificou-se uma média de 2.6 meses, com a mediana nos 3 meses e uma amplitude de 6. Em relação às crianças da sala dos 5 anos verificou-se uma média de 3.5 meses de amamentação exclusiva, com uma mediana nos 4 meses e uma amplitude de 6. As crianças dos 3 anos, introduziram leite artificial em média aos 3.1 meses, com uma mediana nos 2 meses e uma amplitude de 11. As crianças de 4 anos introduziram o leite artificial em média aos 4 meses, com uma mediana nos 2 meses e uma amplitude de 13. As crianças dos 5 anos introduziram o leite artificial em média aos 3.4 meses, com uma mediana aos 2 meses e uma amplitude de 12. A introdução alimentar foi iniciada em média entre os 4 e os 5 meses, com uma frequência superior aos 60% para a papa.

Em termos de doenças ou medicação as crianças são na sua maioria saudáveis, com uma percentagem acima dos 89%, não tomando qualquer medicação. Os problemas de saúde apresentados pelas restantes crianças são de foro alérgico, fazendo medicação para o efeito.

Os encarregados de educação apresentam um peso médio de 82.7 kg para os pais e de 60.8 kg para as mães das crianças da sala dos 3 anos, correspondendo a um IMC médio de 26.4 para os pais e 22.7 para as mães, com 100% de resposta a estas questões; de 79.4 kg para os pais (89.4% de respostas) e de 62.7% para as mães (100% das respostas), correspondentes a um IMC de 25.9 para os pais e 23.7 para as mães das crianças da sala dos 4 anos; e de 78 kg para os pais (85% de respostas) e de 65.2 kg para as mães das crianças da sala dos 5 anos, com 100 % de resposta a esta questão.

Em termos das patologias - Diabetes, Hipertensão Arterial e Hipercolesterolemia, verificou-se a existência de 2 pais diabéticos (3.4%); 2 pais (3.4%) e 1 mãe (1.7%) com hipertensão arterial; 14 pais (24.1%) e 6 mães (10.3%), com hipercolesterolemia. 13 pais (22.4%) e 4 mães (6.8%), desconheciam a sua situação de saúde em relação a algumas destas patologias. Os valores apresentados são em relação à totalidade da amostra.

No que se refere a habilitações académicas, a moda e mediana é o ensino secundário para os pais e o ensino superior (Bacharelato/Licenciatura) para as mães, das crianças com 3 anos e o ensino secundário é a moda e mediana para os pais das restantes crianças. Trabalham na sua maioria por conta de outrem. O agregado familiar das crianças de 3 e 5 anos tem um rendimento médio mensal situado entre os 1501 e os 2750€. O agregado familiar das crianças de 4 anos, situa-se entre os 850 e os 1500€. Os agregados familiares são constituídos em média por 2 adultos e 1 ou 2 crianças com idade inferior aos 18 anos, para além da criança pertencente à amostra. Vivem maioritariamente em apartamentos próprios (em aquisição).

Em relação ao questionário de comportamento alimentar (CEBQ), não se verificou na avaliação das suas escalas de adesão e rejeição à comida, alterações significativas de preocupação, com a maioria das respostas na escala de likert situadas no **por vezes**. Por esse motivo não foi possível identificar um comportamento por parte destas crianças que possa indicar tendência para a obesidade. Também os pais não percecionam alterações de comportamento nos filhos, com as respostas em termos de moda no **nunca**.

As crianças deslocam-se para/e do JI maioritariamente transportadas de automóvel (moda), distando a sua casa numa moda para entre 3 e 4 Km. Apenas 4 pais (6.8%)

consideraram o caminho entre a residência e o JI, seguro para que a criança se possa deslocar a pé.

As crianças da sala dos 3 anos, dormem em média 11.7h por dia, com uma mediana situada nas 11.5h, uma amplitude de 4 e um desvio padrão de 1.14. As crianças dos 4 anos dormem em média 11.4h por dia, com uma mediana nas 11.5h, uma amplitude de 4 e um desvio padrão de 1.07. As crianças dos 5 anos dormem em média 10.1h por dia, com uma mediana de 10h, uma amplitude de 3 e um desvio padrão de 0.86.

3.5.2. Hábitos Alimentares – Problemas identificados

Após analisadas todas as questões, destacam-se neste relatório os resultados que suscitaram hábitos alimentares, que poderão ser demonstrativos de um estilo de vida nesta área menos saudável e no qual se deve intervir, de forma a contribuir para criar a motivação para a adesão a hábitos alimentares promotores de saúde. Apresentam-se apenas os grupos da roda dos alimentos onde foram identificados problemas.

A Roda dos Alimentos (anexo VI) é composta por sete grupos, com funções e características nutricionais específicas, estando representadas as percentagens e/ou porções e respetivas equivalências que devem ser consumidas ao longo de um dia, em relação aos alimentos constituintes de cada grupo. No centro está colocada a água devido à sua importância metabólica (DGS, 2005).

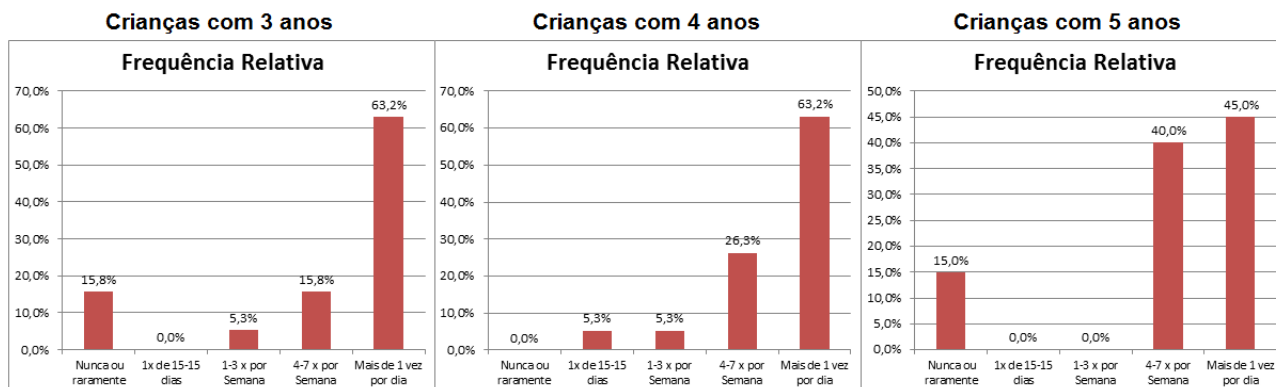
LATICÍNIOS

Para Nunes e Breda (2005), a dose diária de leite recomendada para crianças saudáveis com idades entre os 3 e os 6 anos, é de aproximadamente 1/2 litro. No entanto dentro do mesmo grupo alimentar qualquer um dos alimentos pode ser consumido, respeitando as equivalências respetivas, para que a alimentação se mantenha equilibrada. Na literatura consultada verificaram-se ligeiras diferenças nas equivalências, nos diferentes grupos alimentares. Adotou-se a que vem referida pelo Instituto do Consumidor (2004). Assim: 1 porção = 250 ml de leite = 30 g de queijo = 2 iogurtes sólidos pequenos = 1 iogurte líquido = 40 g de requeijão.

Na colheita de dados verificou-se que o consumo de leite vai sendo ao longo do tempo diminuído em termos de frequência semanal. Nesta fase de desenvolvimento da criança não é adequado, devendo ser consumido **mais de uma vez por dia**, o que não se

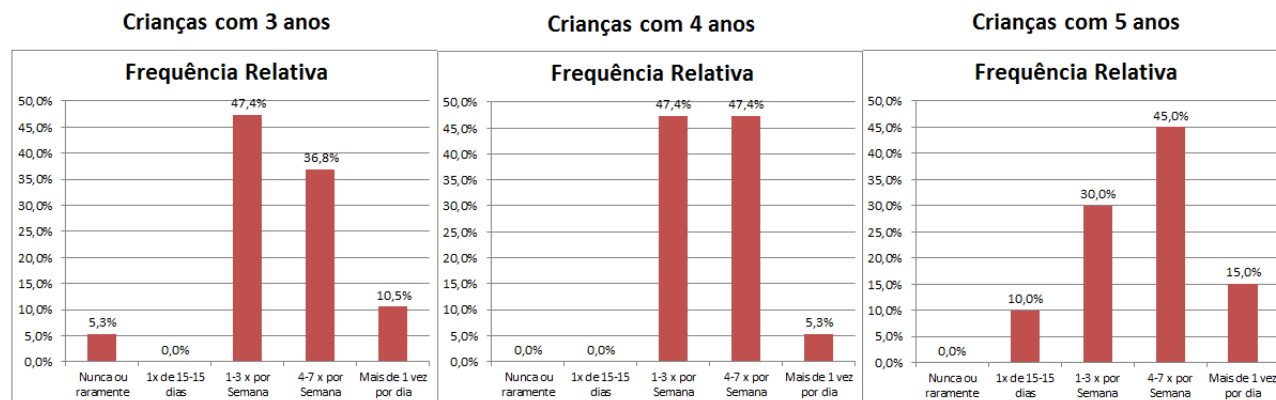
verifica, principalmente aos 5 anos, já que a percentagem de **4 a 7 vezes por semana** aumenta significativamente (figura 1).

Figura 1 - Consumo de leite magro ou meio gordo



Também o consumo de iogurte deveria ser mais frequente do que aquilo que se verifica, em que a moda em vez de se situar **no 4 a 7 vezes por semana**, se situa **no 1 a 3 vezes por semana**, excetuando para as crianças dos 5 anos (figura 2).

Figura 2 - Consumo de iogurte



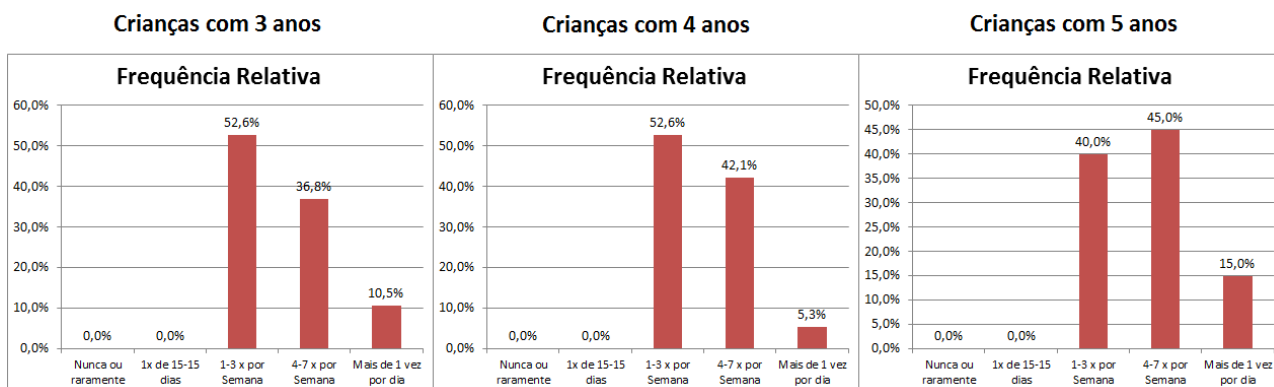
O consumo de queijo apresenta também valores de frequência relativa acima dos 50% no **nunca ou raramente**, com 0% no **mais de uma vez por dia**, indicando que não é utilizado como substituto do leite.

CARNE, PESCADO E OVOS

As crianças saudáveis com idades entre os 3 e os 6 anos devem comer entre 50 a 60 g de carne e 70 a 80 g de peixe por dia (Nunes e Breda 2005), sendo que: 1 porção = 100 g de carne = 120 g de peixe = 2 ovos (Instituto do consumidor, 2004).

O consumo de peixe (figura 3), com a moda e frequência relativa mais elevada situada no **1 a 3 vezes por semana** nas crianças dos 3 e 4 anos não é adequado. Melhora ligeiramente aos 5 anos.

Figura 3 - Consumo de peixe

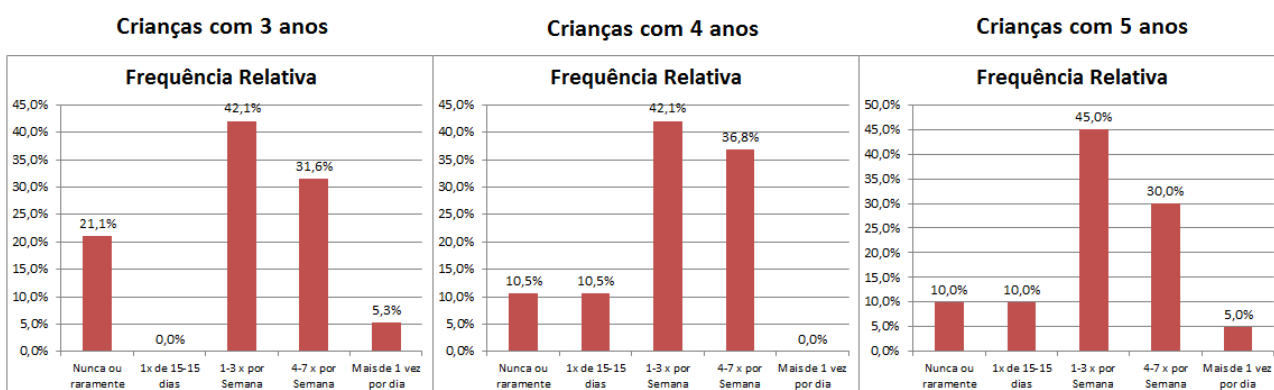


GORDURAS E ÓLEOS

A dose recomendada para crianças saudáveis com idades entre os 3 e os 6 anos é de cerca de 25 g de gordura por dia (azeite para cozinhar e temperar e manteiga para barrar o pão) (Nunes e Breda 2005), sendo que: 1 porção = 1 colher sopa de azeite (10 g) = 2 colheres sobremesa de manteiga ou margarina (Instituto do consumidor, 2004).

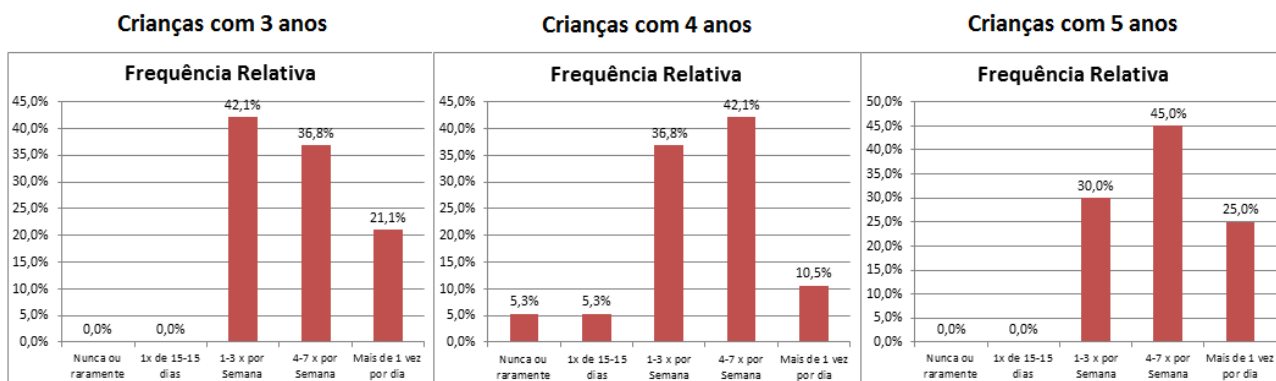
O consumo de manteiga/margarina (figura 4) apresenta valores baixos no **mais de uma vez por dia**.

Figura 4 - Consumo de manteiga/margarina



Também o consumo do azeite parece inadequado, já que deve ser consumido mais do que uma vez ao dia (pelo menos na sopa) e não é o que se verifica com maior frequência relativa na figura seguinte:

Figura 5 - Consumo de azeite

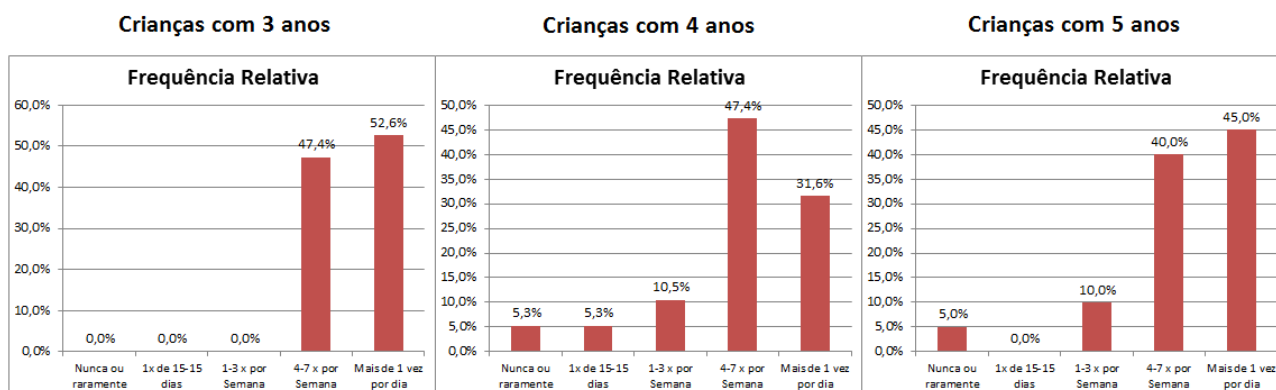


CEREAIS E DERIVADOS, TUBÉRCULOS

Para crianças saudáveis com idades entre os 3 e os 6 anos aconselha-se o consumo diário de 100 a 150 g de pão escuro ou de mistura (aproximadamente três fatias) e de 30 a 50 g de arroz ou massa (Nunes e Breda 2005), sendo que: 1 porção = 1 pão (50g) = 1 batata tamanho médio (125g) = 5 colheres de sopa de cereais de pequeno-almoço (35g) = 2 colheres de sopa de arroz/massa crus (35g) = 4 colheres de sopa de arroz/massa cozinhados (110g) (Instituto do consumidor, 2004).

O consumo do pão (figura 6), apresenta valores de frequência relativa para o **4 a 7 vezes por semana** inferiores a 50%.

Figura 6 - Consumo de pão



Em relação ao consumo de pão escuro (considerado mais saudável), os valores de **nunca ou raramente**, sobem acentuadamente passando a ser a moda.

O consumo de cereais de pequeno-almoço apresenta uma maior frequência relativa, correspondente a 42.1% para os 3 anos, 42.1% para os 4 anos, (embora nestas

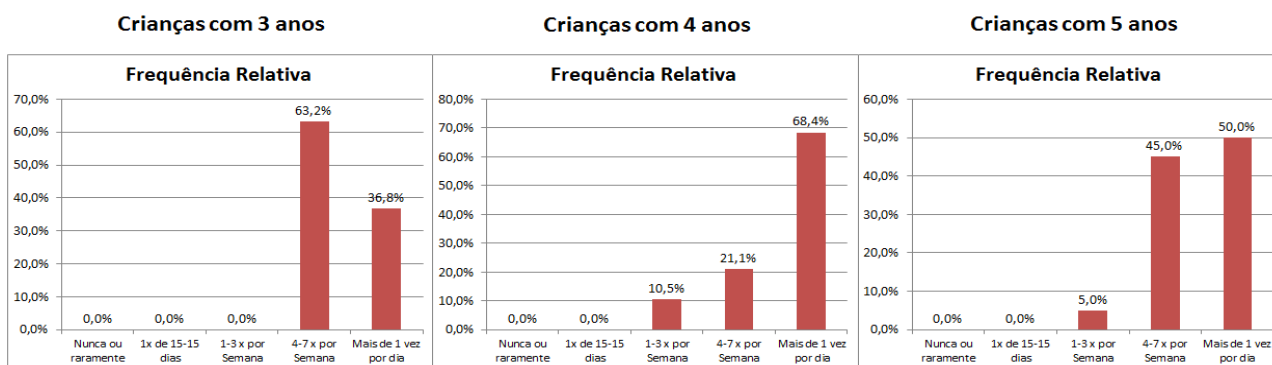
crianças a frequência relativa para o **4 a 7 vezes por semana** também seja de 42.1%) e de 50% para os 5 anos, para o **1 a 3 vezes por semana**.

HORTÍCOLAS

Em termos de hortícolas, Nunes e Breda (2005) referem não haver grandes restrições devendo ser consumidos pelo menos nas 2 refeições principais. 1 Porção = cerca de 250 g de verduras ou legumes (Instituto do consumidor, 2004).

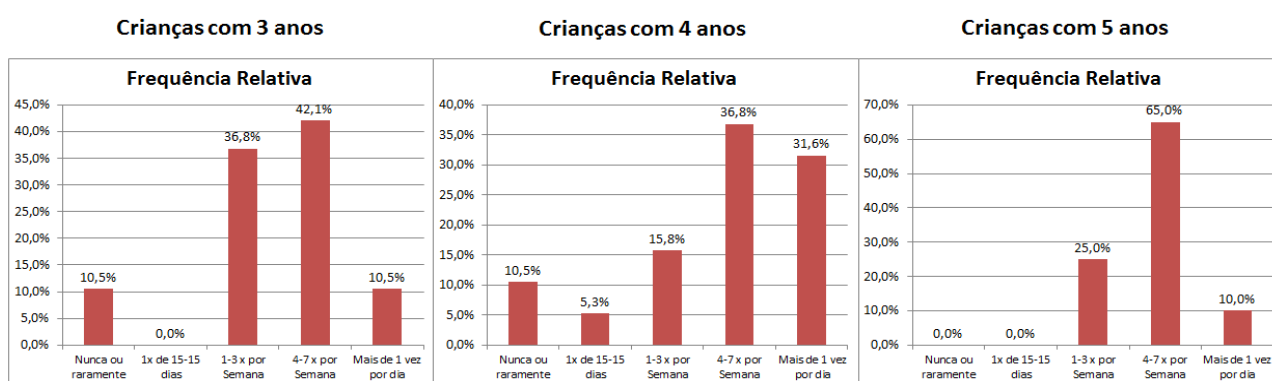
O que se verifica é o consumo de sopa inadequado. A moda deveria ser no **mais de uma vez por dia**, tal não corresponde à realidade como se pode observar (figura 7):

Figura 7 - Consumo de sopa de legumes/hortaliça



O consumo de produtos hortícolas (figura 8) apresenta valores abaixo daqueles que se consideram corretos, que é o seu consumo **mais de uma vez por dia**.

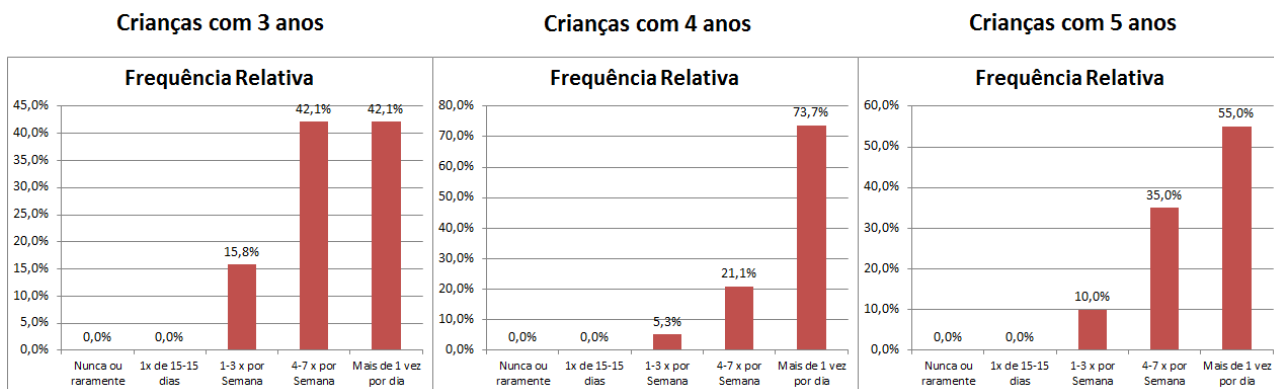
Figura 8 - Consumo de hortícolas (excluindo batatas e leguminosas)



FRUTA

Igualmente o consumo de fruta fresca (figura 9), apresenta em todas as crianças valores abaixo daquilo que se considera correto, que é o seu consumo **mais de 1 vez por dia**. Para Nunes e Breda (2005) devem ser consumidas 2 a 3 peças (porções) de fruta por dia. Uma porção = 160 g (Instituto do Consumidor, 2004).

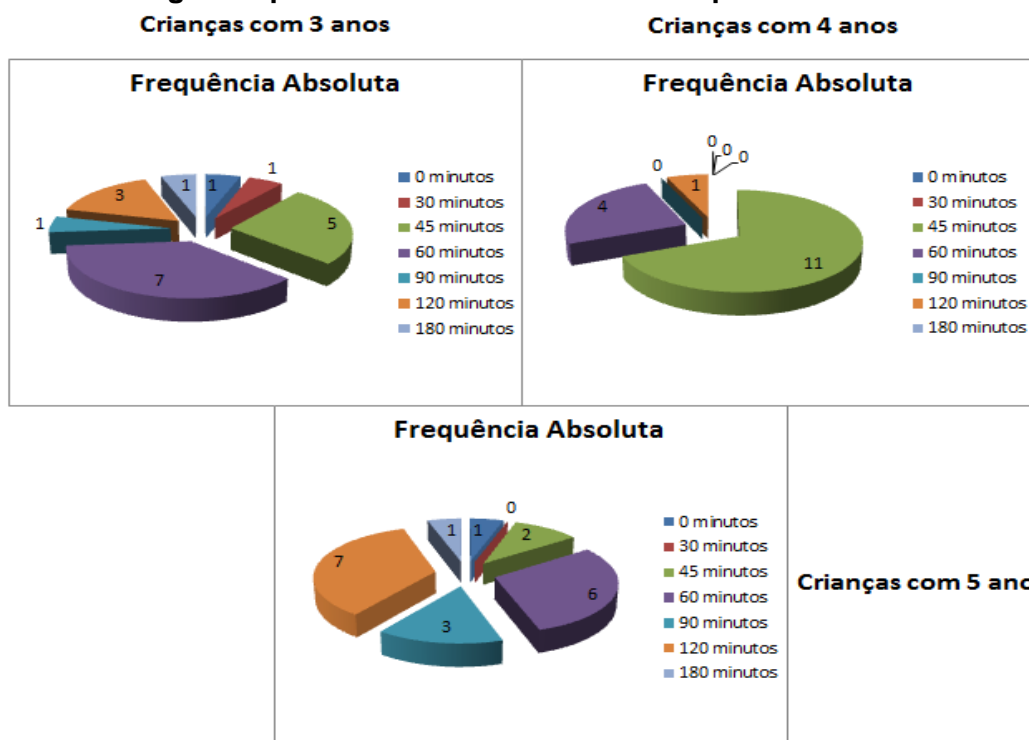
Figura 9 - Consumo de frutas frescas



3.5.3. Atividade física – Problemas identificados

O tempo gasto a brincar fora de casa por dia, nos dias úteis vai diminuindo à medida que a idade das crianças aumenta. Ao fim de semana em relação ao item, **3 ou mais horas por dia** a frequência relativa ronda os 50%. Em termos de atividade física praticada em ginásios, clubes desportivos, de dança ou outros, as crianças praticam em média entre os 23.6 e os 40.5 minutos por semana, embora a moda se situe nos 0 minutos por semana. Em relação à atividade física praticada na escola (figura 10), as respostas foram muito diversificadas, não permitindo tirar conclusões adequadas. Sabe-se no entanto, que o JI disponibiliza às crianças de todas as idades 45 minutos de ginástica por semana, ministrada por professor externo.

Figura 10 - Minutos gastos por semana em atividade física praticada na escola



Denota-se uma prática de atividade física inferior em relação às emanações da OMS, referenciadas por Pender (2011) e que a DGS (2005) também considera como adequadas. As crianças deste grupo etário devem praticar pelo menos 30 minutos de atividade física cumulativa moderada, todos os dias e pelo menos 20 minutos adicionais de atividade física vigorosa, 3 vezes por semana (Nunes e Breda, 2005).

Em paralelo verifica-se um consumo excessivo de televisão ou filmes em DVD (superior a 1 hora por dia), principalmente ao fim de semana e que se acentua entre os 4 e os 5 anos. O mesmo se passa em relação aos jogos eletrónicos, que embora os pais não os referenciem com as mesmas percentagens de consumo que em relação à televisão, se denota que o seu consumo vai aumentando conforme a criança vai ficando mais velha, acentuando o sedentarismo.

3.5.4. Diagnósticos de Enfermagem

Após a obtenção do consentimento tanto por parte do JI como por parte dos encarregados de educação para a implementação deste projeto (1ª fase do Processo de Enfermagem centrado na Comunidade) e procurando saber, quais os problemas que afetariam o grupo de crianças em termos alimentares e de exercício físico, efetuou-se a colheita e interpretação de dados (2ª fase do Processo de Enfermagem centrado na Comunidade). Baseada na identificação de problemas criaram-se os Diagnósticos de Enfermagem (3ª fase do Processo de Enfermagem centrado na Comunidade) (Shuster e Goepfinger, 2011). Posteriormente foram-se seguindo os passos do Processo de Enfermagem (anexo VII), em harmonia com a Metodologia de Planeamento em Saúde.

Nola Pender evidencia no seu modelo de promoção de saúde a necessidade da enfermagem, recorrendo a várias estratégias, intervir em termos de promoção de saúde através de uma atitude que induza motivação para a mudança ou adoção de comportamentos promotores de um estilo de vida saudável, conforme as necessidades avaliadas, levando o indivíduo a perceber os benefícios, as barreiras e a desenvolver a autoeficácia, tendo em consideração o ambiente em que está inserido e utilizando como ferramenta básica de intervenção, a educação para a saúde para o fim que se espera atingir, que é o compromisso por parte do indivíduo, com um plano de ação que leve à adoção do comportamento esperado. É necessário iniciar este processo com o levantamento dos problemas/necessidades sentidas, que irão constituir o foco de atenção da enfermagem e portanto os diagnósticos de enfermagem. Identificou-se como

problemático e através da avaliação efetuada, o **consumo inadequado de** Laticínios; Carne, pescado e ovos; Gorduras e óleos; Cereais e derivados, tubérculos; Hortícolas; Fruta. Utilizando como recurso a taxonomia de Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE® Versão 2) (anexo VIII), considerou-se como diagnóstico de enfermagem:

- Comportamento alimentar infantil comprometido

Identificou-se também como problema, o **Exercício físico insuficiente** praticado em Ginásios, clubes, etc.; no JI; nas Brincadeiras fora de casa; no Consumo aumentado de televisão/jogos. Mais uma vez e recorrendo à CIPE® Versão 2, considera-se como diagnóstico de enfermagem:

- Padrão de exercício físico comprometido

3.6. Definição de prioridades

A análise dos problemas, com a definição de prioridades, inicia a fase de planeamento (fase 4) do Processo de Enfermagem centrado na Comunidade (Shuster e Goepfing, 2011) em sintonia com a Metodologia de Planeamento em Saúde que tem vindo a ser seguida.

Para a operacionalização desta fase de planeamento em saúde efetuou-se reunião multidisciplinar, integrando elementos da equipa de saúde escolar, a diretora e educadoras das salas 3, 4 e 5 do JI e a mestrandia. Em consenso foram selecionados os problemas prioritários a intervir.

Foi aplicado como método de seleção de prioridades, a **grelha de análise** (anexo IX) com as suas vertentes de: **Importância, problema-fator de risco, capacidade técnica de resolução e exequibilidade**. Nesta grelha atribui-se a cada problema a classificação de (+) ou (-), de forma sucessiva e sequencial em relação aos critérios referidos obtendo-se uma classificação final. O valor 1 corresponde à prioridade máxima (Tavares, 1990). Em termos de Importância do problema e problema-fator de risco, consideraram-se os que pareciam apresentar desvios maiores em relação à normalidade e os respetivos malefícios causados pela inadequação dos alimentos na dieta infantil e pelos riscos de sedentarismo em idade pediátrica. Na capacidade técnica de resolução e exequibilidade teve-se em conta os recursos e tempo disponível para implementação das intervenções de resolução. Por esse motivo considerou-se como critério de inclusão para prioridade apenas o valor igual a 1. Em apêndice VII encontra-se a grelha de análise

efetuada. Emergiram como problemas prioritários de intervenção o **consumo inadequado de** Laticínios; Carne, pescado e ovos (apenas o peixe); Hortícolas; Fruta e o **Exercício físico insuficiente** praticado no JI.

Os diagnósticos de enfermagem mantêm-se:

- **Comportamento alimentar infantil comprometido**

- **Padrão de exercício físico comprometido**

O foco de intervenção é que incidirá nos problemas priorizados.

3.7. Fixação de objetivos

Considerando os problemas selecionados como prioritários em termos de intervenção, decidiu-se também em parceria com os elementos já referidos, delinear os objetivos e metas que se pretendiam atingir durante esta fase de operacionalização do projeto de intervenção.

Na formulação de objetivos foi tido em conta a componente 2 do modelo de promoção de saúde. Esta componente compreende a necessidade do indivíduo perceber os benefícios do comportamento de saúde a adotar, as barreiras a esse comportamento que percebe, a autoeficácia e a influência que os pares, família e ambiente têm no seu comportamento. Os objetivos foram então delineados, na tentativa de levar as crianças e respetivos encarregados de educação a desenvolver competências nesta componente, para assim atingirem a 3ª componente deste modelo de promoção de saúde, que é o compromisso com um plano de ação que leve a um comportamento de promoção de saúde.

Antes de delinear os objetivos, Imperatori e Giraldes (1993), Tavares (1990), referem a necessidade de avaliar indicadores de resultado ou impacto e indicadores de atividade ou execução em relação aos problemas identificados, que neste caso não foi possível já que não existem dados anteriores. Referem também a necessidade de avaliar a projeção da tendência natural de evolução do problema, que também não foi possível de efetuar, devido à inexistência de dados anteriores. Existem no entanto projeções efetuadas e referenciadas na literatura científica consultada e pela OMS (2011), em relação ao baixo consumo de alimentos saudáveis (nomeadamente sopa, hortícolas e legumes e fruta) em detrimento do consumo de alimentos não saudáveis (*junkfood*), com tendência de aumento. Igualmente para a diminuição do exercício físico com um aumento do sedentarismo, nomeadamente em relação às horas que as crianças passam sentadas

a ver televisão, a jogar videojogos ou em frente ao computador. Estes são fatores que contribuem para a obesidade, que segundo as projeções da OMS (2000) poderá afetar 50% da população mundial em 2025 (DGS, 2005).

Pender (2011), considera que na promoção de uma alimentação saudável como determinante de saúde, é necessário uma abordagem no sentido de providenciar e modificar conhecimentos, atitudes e competências. Considera também em termos ambientais, a modificação da oferta alimentar. Recomenda por isso que se forneça informação nutricional, educação nutricional e aconselhamento nutricional em todos os *settings* e para a população em geral. Em relação ao exercício físico como determinante de saúde, considera a necessidade de educar em relação aos seus benefícios e riscos do sedentarismo, modificando comportamentos.

Baseados nestas recomendações foram delineados os objetivos em relação a cada problema prioritário identificado, conforme referido por Imperatori e Giraldes (1993) e Tavares (1990).

Quadro 1 – Problemas e respetivos objetivos

Problema	Objetivo Geral	Objetivos específicos	Metas
<p>Consumo inadequado:</p> <p>Laticínios Carne, pescado e ovos (apenas o peixe) Hortícolas</p>	<p>Promover o consumo diário adequado de laticínios, peixe, hortícolas e frutas nas crianças das salas 3, 4 e 5 anos do JI, durante o período de Dezembro de 2011 a Fevereiro de 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar as crianças e respetivos encarregados de educação para a importância destes alimentos na dieta infantil; - Educar crianças e encarregados de educação para os benefícios de uma alimentação saudável; - Capacitar para a adoção de um comportamento alimentar saudável 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o consumo diário pelas crianças, no domicílio, de laticínios, peixe, hortícolas e fruta em 10%; - Que 50% das crianças seja capaz de identificar os alimentos saudáveis; - Que 50% das crianças seja capaz de identificar a periodicidade diária adequada de laticínios, peixe, hortícolas e frutas; - Que 50% dos encarregados de educação seja capaz de identificar pelo menos 2 benefícios do consumo diário pelas crianças de laticínios, peixe, hortícolas e frutas; - Que 50% dos encarregados de educação seja capaz de identificar pelo menos 3 benefícios de uma alimentação saudável.
<p>Exercício físico insuficiente:</p> <p>No JI</p>	<p>Sensibilizar durante o período de Dezembro de 2011 a Fevereiro de 2012, as crianças das salas dos 3, 4 e 5 anos do JI e respetivos encarregados de educação para a importância do exercício físico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Educar crianças e encarregados de educação na compreensão da relação entre o exercício físico e uma vida mais saudável; - Estimular nas crianças o gosto e a vontade de praticar exercício físico; - Promover o <i>empowerment</i> na adoção por parte dos encarregados de educação de um estilo de vida menos sedentário em relação aos seus educandos 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a prática de exercício físico no JI em 30 minutos por semana, a 50% das crianças; - Que 50% das crianças consiga referir a importância de praticar exercício físico; - Que 50% dos encarregados de educação seja capaz de identificar pelo menos 3 malefícios de um estilo de vida sedentário; - Que 50% dos encarregados de educação seja capaz de identificar pelo menos 3 benefícios de um estilo de vida mais ativo.

3.8. Seleção de estratégias

Para Imperatori e Giraldes (1993, p. 87), estratégias são um “conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”.

Tendo em consideração a componente 1 do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, torna-se imprescindível que no delinear das estratégias de intervenção a utilizar no sentido de educar para a promoção de um comportamento indutor de saúde, se tenham em conta os dados obtidos através do questionário e que dão resposta às vertentes avaliadas nesta dimensão, consideradas pela autora como determinantes na promoção de um comportamento saudável.

Sendo assim, nas estratégias delineadas foi considerado o **comportamento anterior demonstrado** (neste caso evidenciado pelos hábitos alimentares das crianças, pela escala CEBQ, pela perceção dos pais e pelos hábitos de exercício físico e sedentarismo) e os **fatores pessoais** (biológicos, psicológicos e socioculturais) através dos dados de antecedentes pessoais, antecedentes familiares e situação socioeconómica, contidos na caracterização da amostra e que serviram como guia condutor em relação às estratégias elaboradas.

No sentido de orientar melhor as estratégias a delinear, tornou-se importante perceber também, qual a perceção dos encarregados de educação, em relação às causas da obesidade infantil, pelo que se abordou de forma ligeira a génese deste problema. As respostas obtidas demonstram que os pais consideram a má alimentação, o sedentarismo e os fatores genéticos como os principais causadores de obesidade infantil.

Em equipa multidisciplinar, com os elementos parceiros no projeto e em consonância, ficou definido que a estratégia a implementar seria a **educação para a saúde** às crianças e aos seus encarregados de educação, visto serem estes os principais modeladores do comportamento infantil, como referido no enquadramento teórico.

Pender considera que o principal objetivo da Enfermagem é a promoção da saúde através da educação para a saúde, que deve assim nortear as suas intervenções. Considera que nessa educação para a saúde, a enfermagem deve recorrer à demonstração dos benefícios que se conseguirão, com a adoção de um comportamento de saúde, considerado saudável (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Ficou definido que nas atividades a implementar em relação às crianças, se teria em conta o estágio de desenvolvimento infantil. Piaget (1955), citado por Flavell (1996),

considera no estágio Pré-operacional e em termos de desenvolvimento cognitivo, a subdivisão num grupo dos 2 até cerca dos 4 anos e noutro grupo dos 4 aos 6/7 anos. Sendo assim as atividades foram elaboradas tendo em conta esta diferenciação, para possibilitar atingir os objetivos delineados.

Em relação à programação das atividades relacionadas com a atividade física, teve-se em consideração o facto de deverem ser adequadas à idade das crianças, variadas (corrida, natação, saltar à corda, bicicleta, dançar, etc.) e agradáveis e também a promoção destas em conjunto com os seus encarregados de educação (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

De acordo com o Portal de Saúde Pública (2008), considerou-se também e reportando aos atuais 5 níveis de prevenção, que a intervenção seria ao nível da prevenção primordial, cujo objetivo é o estabelecimento de estilos de vida que promovam a saúde e o bem estar, prevenindo assim a doença no futuro, versando um paradigma salutogénico de promoção de saúde, que está de acordo com Pender (2011), que diferencia precisamente promoção da saúde e prevenção da doença. Insere-se neste tipo de prevenção o PNSE no âmbito do qual se desenvolveu este projeto visando proporcionar ao grupo de crianças estilos de vida promotores de saúde, nos dois determinantes de saúde (alimentação e exercício físico).

Em termos de promoção de saúde ao nível comunitário, é crucial o trabalho em equipas multissetoriais, considerando nessa rede, quer as equipas multiprofissionais, quer os participantes comunitários (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011), que são quem melhor conhece a comunidade e que por isso melhor identifica as estratégias mais adequadas de promoção de saúde.

Para atingir os objetivos mencionados teria que haver uma rede de comunicação e parceria entre o serviço de saúde (UCC – Saúde Escolar) e a Comunidade Educativa (Educadoras das salas 3, 4 e 5 e Diretora do JI), a operacionalizar através dos meios informáticos disponíveis (e-mail), de telefone e através de contactos diretos informais ou formais (reuniões).

Ficou também determinado que as ações seriam efetuadas no contexto do JI.

Baseada nas intervenções delineadas pelo seu modelo e com recurso à Taxonomia CIPE® Versão 2, delinearam-se as intervenções de enfermagem (quadro 2 e quadro 3).

Na CIPE® o conceito de **educar** vem definido como sendo o ato de “ensinar: Transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém” (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2011, p. 96).

Quadro 2 – Processo de enfermagem segundo a CIPE® Versão 2

7 eixos Processo Enfermagem	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem			Comportamento alimentar infantil	Comprometido	Domicílio		
Intervenções de Enfermagem	Educar	Crianças e família	Nutrição		Jl	Serviço de promoção de saúde *	Dezembro de 2011 a Janeiro de 2012
	Envolver	Crianças e família	Atividades		Jl	Serviço de promoção de saúde *	Dezembro de 2011 a Janeiro de 2012
	Incentivar	Crianças e família	Adesão às atividades		Jl	Serviço de promoção de saúde *	Dezembro de 2011 a Janeiro de 2012
	Promover	Crianças	Nutrição adequada		Domicílio	Serviço de promoção de saúde *	Dezembro de 2011 a Janeiro de 2012
	Reforçar	Família	Autoeficácia		Domicílio	Serviço de promoção de saúde *	Dezembro de 2011 a Janeiro de 2012
Resultados de Enfermagem		Crianças	Comportamento alimentar infantil	Melhorado	Domicílio		

* Mantem-se designação utilizada na CIPE®. Considera-se a mestranda integrada na equipa de Saúde Escolar e a Comunidade Educativa como Serviço de promoção de saúde.

Quadro 3 – Processo de enfermagem segundo a CIPE® Versão 2

7 eixos Processo Enfermagem	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem			Padrão de exercício	Comprometido	Jl		
Intervenções de Enfermagem	Educar	Crianças e família	Exercício físico		Jl	Serviço de promoção de saúde *	Dezembro de 2011 a Janeiro de 2012
	Envolver	Crianças e família	Atividades		Jl	Serviço de promoção de saúde *	Dezembro de 2011 a Janeiro de 2012
	Incentivar	Crianças e família	Adesão às atividades		Jl	Serviço de promoção de saúde *	Dezembro de 2011 a Janeiro de 2012
	Providenciar	Crianças	Exercício físico adequado		Jl	Serviço de promoção de saúde *	Dezembro de 2011 a Janeiro de 2012
	Reforçar	Família	Autoeficácia		Domicílio	Serviço de promoção de saúde *	Dezembro de 2011 a Janeiro de 2012
Resultados de Enfermagem		Crianças	Exercício físico	Adequado	Jl		

* Mantem-se designação utilizada na CIPE®. Considera-se a mestranda integrada na equipa de Saúde Escolar e a Comunidade Educativa como Serviço de promoção de saúde.

3.9. Elaboração de Programas ou Projetos

Esta fase corresponde à 1ª fase de elaboração do planeamento operacional. Em termos de Processo de Enfermagem centrado na Comunidade é a 5ª fase, correspondente à Implementação das Intervenções (Shuster e Goepfinger, 2011). Na Metodologia de Planeamento em Saúde, Imperatori e Giraldes (1993), consideram que as estratégias são concretizadas através das atividades. As atividades ou o conjunto das atividades dão origem a um Projeto que se caracteriza por ser sempre delimitado no tempo.

Realizou-se reunião multidisciplinar recorrendo à informação privilegiada de informadores-chave (Diretora e educadoras do JI, enfermeira da Saúde Escolar), como referido por Imperatori e Giraldes (1993), Tavares (2000), para melhor definir as atividades a realizar e a sua adequação, ao espaço, ao tempo e principalmente às crianças e respetivos encarregados de educação. Abordaram-se também os possíveis obstáculos à concretização de todas as atividades do projeto e que se prendiam sobretudo com a dificuldade na disponibilidade de tempo por parte dos encarregados de educação, para participarem nas atividades em contexto de JI. Foram delineadas algumas estratégias para ultrapassar este obstáculo (horários, convites, formato, etc.).

Por se tratar de um projeto com crianças em fase de crescimento e estando perante determinantes de saúde (alimentação e exercício físico), promotores de uma vida saudável, apelidou-se o projeto de:

“Comer e mexer para saudável crescer” (apêndice VIII)

Este projeto encontra-se inserido no Programa Nacional de Saúde Escolar, teve como responsável a mestranda que trabalhou em parceria com a comunidade educativa do JI e a equipa de Saúde Escolar da UCC.

Em termos de controlo de peso nas crianças e por conseguinte na prevenção da obesidade infantil, a Task Force on Preventing Services recomenda 4 estratégias base nas intervenções a nível escolar – *“include both nutrition and physical activity, incorporate additional time for activity during the school day, include noncompetitive sports such dance, and reduce sedentary activities”* (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011, p. 185).

Considerando estas orientações, especificam-se de seguida as atividades programadas no sentido de operacionalizar os objetivos específicos, delineados de acordo com os diagnósticos de enfermagem estabelecidos (quadro 4).

Quadro 4 – Diagnósticos de enfermagem, objetivos específicos e atividades

Diagnósticos de Enfermagem	Objetivos específicos	Atividades
<p>Comportamento alimentar infantil comprometido</p> <p>(Consumo inadequado de Laticínios; Carne, pescado e ovos (apenas o peixe); Hortícolas; Fruta)</p>	<p>Sensibilizar as crianças e respetivos encarregados de educação para a importância destes alimentos na dieta infantil</p> <p>Educar crianças e encarregados de educação para os benefícios de uma alimentação saudável</p>	<p>Filmes, histórias, desenhos (com as crianças)</p> <p>Dias alusivos ao alimento (com as crianças)</p> <p>Construção da roda dos alimentos (crianças e encarregados de educação)</p> <p>Livro dos provérbios saudáveis (crianças e encarregados de educação)</p> <p>Livro de receitas saudáveis (crianças e encarregados de educação)</p> <p>Exposições dos trabalhos no JI</p> <p>Revitalização da horta pedagógica (crianças e encarregados de educação)</p> <p>Colaboração na quinta dos animais (crianças)</p> <p>Sessão de educação para a saúde (para os encarregados de educação)</p> <p>Mapa de consumos diários no domicílio (crianças)</p>
<p>Padrão de exercício físico comprometido</p> <p>(Exercício físico insuficiente praticado no JI)</p>	<p>Educar crianças e encarregados de educação na compreensão da relação entre o exercício físico e uma vida mais saudável</p> <p>Estimular nas crianças o gosto e a vontade de praticar exercício físico</p> <p>Promover o <i>empowerment</i> na adoção por parte dos encarregados de educação de um estilo de vida menos sedentário em relação aos seus educandos</p>	<p>Aula semanal de exercício físico (30 min), com as crianças:</p> <ul style="list-style-type: none"> Jogos tradicionais; Danças; Brincadeiras <p>Aula de <i>Fitness</i> para os encarregados de educação</p> <p><i>Peddy paper</i> (encarregados de educação e crianças)</p> <p>Sessão de educação para a saúde para os encarregados de educação</p>

3.9.1. Recursos

Para a realização das atividades foram previstos os recursos humanos, materiais e financeiros que se supunham necessários para a sua concretização (apêndice IX). Ficou acordado que em termos de encargos com aquisição de recursos, estes seriam da responsabilidade da mestranda. O JI comparticiparia com o material que já detivesse.

3.10. Preparação da execução

Em apêndice X encontram-se especificadas as atividades de acordo com os parâmetros estabelecidos por Tavares (1990): Atividade, quem organiza, local, data, descrição, objetivos e avaliação. Na avaliação das atividades foram contemplados principalmente indicadores de atividade, devido à contingência do fator tempo. Apenas em algumas foram contemplados indicadores de impacto (comparação entre as expressões das crianças antes e após a atividade), embora de uma forma qualitativa e sem visibilidade a longo prazo, não permitindo por isso verificar alteração efetiva dos hábitos

alimentares e de exercício físico. Permite apenas verificar o impacto das atividades ao nível dos conhecimentos. Somente o mapa de consumos diários permite avaliar o impacto na alteração dos hábitos alimentares diários das crianças em relação aos alimentos em causa, indicando assim mudança comportamental durante o período analisado.

Nos indicadores de atividade pretendeu-se a participação de pelo menos 75% das crianças e 25% dos encarregados de educação.

Em apêndice XI encontra-se o cronograma das atividades e em apêndice XII, o horário em que foram efetuadas.

3.11. Avaliação

Este capítulo corresponde à última fase da Metodologia de Planeamento em Saúde e também igualmente à última fase do Processo de Enfermagem Centrada na Comunidade (6ª fase – Avaliação das Intervenções). No entanto não significa obrigatoriamente o finalizar, já que o Planeamento em Saúde se caracteriza por ter um carácter contínuo e dinâmico (Imperatori e Giraldes, 1993). Para estes autores “avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar” (p. 173). Nesta fase é adequado verificar a pertinência dos objetivos estabelecidos em relação às necessidades (problemas) identificadas. A avaliação permite reestruturar todo o projeto de forma a garantir eficiência, eficácia e efetividade. A avaliação do projeto deve ser contínua e efetuada pela equipa que dele faz parte (Tavares, 1990).

Seguidamente serão descritas todas as atividades que foram realizadas com o intuito de cumprir os objetivos previamente estabelecidos. Os indicadores servirão como critério de avaliação. Foram estabelecidos indicadores que permitem uma avaliação quantitativa da atividade (através de taxas) e indicadores que permitem uma avaliação qualitativa (comparação entre as respostas das crianças antes e após as atividades, registadas de forma descritiva, em diário de campo, não estruturado - apêndice XIII). Esta avaliação qualitativa é contudo uma avaliação subjetiva devido às características (desenvolvimento cognitivo) do grupo etário em intervenção, com questões colocadas de forma simples e sucessiva, ao longo das atividades (apêndice XIV) e respostas dadas pelas crianças, escolhidas de forma aleatória, não estruturada.

Todas as atividades realizadas foram-no numa estreita colaboração entre a UCC, a comunidade educativa do JI e a mestrandia. Em algumas houve também uma grande

interação com os encarregados de educação. Este facto foi decisivo no sentido de conseguir cumprir com sucesso todas as atividades planeadas.

ATIVIDADES CONCRETIZADAS

Em termos de indicadores de realização das atividades, estes foram cumpridos a 100%, já que todas as atividades programadas foram efetuadas. As atividades foram realizadas de acordo com o que estava programado em cronograma e horário de atividades. Para cada atividade indicam-se os valores dos indicadores de processo em termos quantitativos. Em relação aos indicadores de processo em termos qualitativos o que ficou demonstrado foi o adquirir e aprofundar de conhecimentos pelas crianças nos diversos conteúdos abordados ao longo das atividades, demonstrados através das suas respostas em relação às questões orais que se foram colocando.

Todas as atividades com as crianças foram realizadas em ambiente de JI, nas salas das crianças ou no espaço ajardinado pertencente ao JI, nomeadamente parques infantis e ringue desportivo. As atividades realizadas com os encarregados de educação foram-no em conjunto com o seu educando, à exceção da sessão de educação para a saúde. Todas elas foram em ambiente de JI, exceto a construção da roda dos alimentos, das receitas saudáveis e dos provérbios saudáveis que foi no domicílio e sem a presença da mestranda. De referir que responderam 58 encarregados de educação aos questionários para o diagnóstico de situação, mas que ao longo da operacionalização foram estimulados à participação a totalidade dos que tinham assinado consentimento de intervenção com as crianças (75), através de convites de participação enviados nas mochilas das crianças, com pelo menos uma semana de antecedência (apêndice XV), aumentando o número de encarregados de educação participantes nas atividades. Foi-lhes igualmente enviado agradecimento pela colaboração (apêndice XVI).

Roda dos alimentos

Em cada uma das salas e em 3 dias diferentes, durante a 1ª semana de Janeiro, fez-se uma sessão com as crianças sobre a composição da roda dos alimentos. Através de histórias e filmes infantis aferidos para cada grupo etário, explicou-se proporções e constituição de grupos e a sua importância numa alimentação saudável. Fez-se também uma pequena encenação, com as crianças divididas por grupos, simulando os grupos alimentares tendo-se construído uma roda dos alimentos. No final as crianças pintaram um desenho da roda dos alimentos.

Foi pedido aos encarregados de educação que numa cartolina enviada nas mochilas das crianças, fizessem uma roda dos alimentos decorada a seu gosto e em conjunto com o seu educando. Foi construído pela mestranda um livro com as rodas dos alimentos para cada sala.

Livro das receitas saudáveis / Livro dos provérbios saudáveis

Foi pedido aos encarregados de educação que numa folha A4 colocassem uma receita saudável e noutra folha A4, um provérbio sobre alimentação saudável ou exercício físico. A criança ilustraria. Foi construído pela mestranda um livro das receitas saudáveis e um livro de provérbios para cada sala.

Exposição

Estava projetada para a primeira semana de Fevereiro, a exposição no JI dos trabalhos efetuados em parceria encarregado de educação – educando. Após esta semana e por solicitação do JI prolongou-se a exposição que ainda perdura.

Dia alusivo aos legumes / Dia alusivo à fruta

Através de filmes, histórias e canções explicou-se em cada sala a importância dos legumes na alimentação. Seguidamente fez-se uma salada de legumes fria, temperada apenas com azeite e ervas aromáticas. As crianças apreciaram bastante, não sentindo qualquer necessidade do sal. Em casa algumas falaram sobre isso aos pais, pedindo para não pôr sal na salada deles (feedback recebido pelos pais). Explicou-se igualmente a importância da fruta na alimentação. Fez-se uma salada de fruta com o sumo natural da fruta, em que não se colocou açúcar. As crianças apreciaram imenso.

Perguntou-se qual o legume preferido por cada um. Cada criança desenhou e pintou o seu legume preferido. Fez-se uma pequena exposição na sala e elegeu-se o legume de cada sala (legume preferido pela maioria das crianças). Perguntou-se também qual a fruta preferida. Cada criança respondeu e de seguida desenhou-a e pintou-a. Fez-se uma exposição na sala elegendo-se a fruta preferida pela maioria das crianças.

Revitalização da horta pedagógica

Cada sala tem um lote de terreno atribuído para utilizar como horta pedagógica, que entretanto estava inativada. Por isso em conjunto preparou-se a terra, semeou-se e plantou-se. Houve várias incursões às hortas para efetuar a sua manutenção. Foi com satisfação que as crianças foram vendo o que plantaram a crescer. Cada criança semeou ou plantou algo e é curioso verificar que todos eles mesmo passado algum tempo sabiam

perfeitamente o que tinham plantado e o local exato. Esta atividade permitiu às crianças perceberem melhor o ciclo dos hortícolas tendo maior gosto no seu consumo (perceberam que com alguns deles se iria fazer a sopa e as saladas que comeriam no JI).

Foi pedida a colaboração dos encarregados de educação no sentido de virem ajudar os seus educandos e os profissionais na revitalização das hortas. No caso de não poderem era sugerido no convite que enviassem algo para as crianças plantarem.

Os encarregados de educação corresponderam bastante em relação ao envio de produtos para plantar: 31% (23). Para além disso compareceram também 11 pais, o que corresponde a 14.7%, com um total de 45.7%. Como o indicador aferia a participação dos encarregados de educação nesta atividade e tendo sido delineado que a participação era presencial ou através do envio de produtos para plantar, considera-se a meta dos 25%, ultrapassada.

Quinta dos animais

Visitou-se a quinta dos animais onde as crianças tiveram oportunidade de tomar contacto com diversos animais que fazem parte da alimentação. Gostaram muito.

Ginástica

Através de filmes infantis explicou-se às crianças os benefícios da atividade física regular e os malefícios do sedentarismo.

Todas as semanas e durante cerca de 30 minutos (às vezes 1 hora, porque as crianças pediam), fez-se ginástica (localizada, saltar à corda, correr, jogar, dançar) com o intuito de ajudar a cumprir as recomendações da DGS (2005) e promover o gosto pela atividade física. As crianças divertiam-se bastante o que permitiu e seguindo as recomendações de Pender, de que a dança é uma boa atividade física que deve ser promovida, ensaiar coreografias que foram apresentadas no dia da aula de *fitness*.

Sessão de educação para a saúde

Para a realização desta sessão de educação para a saúde efetuou-se reunião com a enfermeira perita em nutrição (também licenciada em nutrição) do ACES X, no sentido da validação dos conteúdos da sessão programada (apêndice XVII). A sessão foi realizada no dia 19 de Janeiro no salão nobre do JI. Estiveram presentes a orientadora local e enfermeira da equipa de saúde escolar da UCC, a diretora do JI e as educadoras das salas. Compareceram 8 (10.7%) encarregados de educação que estiveram bastante participativos (o indicador de processo de 25% não foi atingido). A avaliação da sessão

(apêndice XVIII) correu bem com 100% de respostas corretas. No final distribuíram-se dois folhetos sobre a temática desenvolvida (apêndice XIX).

Após a sessão discutiu-se em reunião, as causas para esta baixa adesão. Foi verbalizado pelas educadoras a existência de uma prática comum, por parte dos encarregados de educação, em relação à não adesão a este tipo de atividades.

No sentido de evitar que a situação se repetisse, resolveu mudar-se a forma de abordagem aos encarregados de educação, em termos de convite para a aula de *fitness/dança* e *peddy paper*, a realizar na semana seguinte. Pender, Murdaugh e Parsons (2011), referem um maior sucesso na participação dos encarregados de educação, nas atividades de promoção de saúde efetuadas em *setting* pré-escolar ou escolar, quando a abordagem é efetuada via telefone, em substituição de recados escritos enviados nas mochilas das crianças. A mestranda passou então nessa semana a estar presente na hora a que os encarregados de educação iam buscar as crianças, dias diferentes nas diferentes salas, abordando-os pessoalmente. As crianças foram estimuladas para lembrarem os pais. Também as educadoras de cada sala colaboraram com esta ação mais direta, já que foram lembrando os pais sucessivamente.

Aula de *fitness/dança*

Foi realizada no ringue do JI, no dia 27 de Janeiro e foi possível de concretizar graças à preciosa colaboração de toda a comunidade educativa do JI (principalmente do professor de ginástica). Iniciou-se a sessão explicando a pertinência para a sua elaboração e os objetivos que se pretendiam alcançar. Fez-se também uma comunicação resumida das atividades já realizadas com as crianças e seus resultados (apêndice XX).

Para além dos 30 minutos de aula de ginástica ministrada pelo professor a que os pais aderiram com aparente satisfação, as crianças fizeram a apresentação das músicas ensaiadas nas aulas de ginástica ministradas semanalmente pela mestranda. Foi pedida a colaboração dos pais para interagirem com as crianças, a que acederam.

Neste dia compareceram 40 (53.3%) encarregados de educação, o que permitiu ultrapassar o indicador de processo estabelecido. Fica assim comprovado que além das intervenções que se vão realizando deverem ser continuamente avaliadas, permitindo alteração de estratégias de abordagem que permitam atingir os objetivos delineados e também, que de fato, a abordagem mais pessoal aos encarregados de educação, permite uma maior motivação para participarem nas atividades solicitadas, tal como descrito no

referencial teórico. Avaliou-se a sessão de forma oral questionando os pais acerca da sua pertinência e agrado. Obteve-se respostas afirmativas em 100%.

Peddy paper

Esta atividade foi realizada a seguir à aula de *fitness*, tentando não obrigar à ida dos encarregados de educação ao JI em mais um dia. A adesão foi a mesma referida anteriormente, (53.3%) o que permite também o cumprimento do indicador de processo estabelecido.

Fez-se provas sobre alimentação saudável (construção da roda dos alimentos, prova cega de frutas e de legumes) e jogos no sentido de promover a atividade física (jogo do mata, jogo do macaquinho do chinês, hula, hula) (apêndice XXI). Os encarregados de educação interagiram com os seus educandos, mas todas as crianças puderam participar (100%). Os jogos foram escolhidos de forma a possibilitar esta situação. Foi bastante animado.

Também aqui se avaliou a sessão de forma oral questionando os pais acerca da sua pertinência e agrado. Obtendo-se respostas afirmativas em 100%.

Mapa de consumos diários

Efetuada mapa de consumos para cada sala sobre o pequeno almoço e o jantar (apenas consumo de sopa e de peixe). Diariamente e durante uma semana as crianças registaram os dados do jantar do dia anterior e os dados do pequeno-almoço desse dia. O objetivo era em comparação com os dados obtidos nos questionários, verificar se durante o período de intervenção, teria havido alteração de comportamentos, avaliando-se assim o impacto das intervenções efetuadas, na alteração de comportamentos no domicílio, em relação ao consumo de leite, sopa e peixe (inseridos nos problemas prioritários), a curto prazo (cerca de um mês). Não permite no entanto perceber manutenção do comportamento, só a alteração no imediato. Para além desta avaliação permite perceber se ao pequeno almoço houve a adoção de uma alimentação mais saudável. Garantiu-se o anonimato das crianças (apêndice XXII). Participaram nesta atividade e no total dos 5 dias, 100% das crianças, atingindo-se o indicador de processo estabelecido.

Em termos de indicador de impacto o que se verificou foi o consumo médio diário de laticínios ao pequeno-almoço (incluindo os cereais que são preparados com leite) em 99% das crianças de 3 anos (embora se verifique o consumo acentuado de leite com chocolate e de cereais doces/achocolatados), em 88% das crianças de 4 anos (com

menor consumo de leite com chocolate e cereais doces/achocolatados) e em 100% das crianças de 5 anos (também com um consumo de leite com chocolate e cereais doces/achocolatados menos acentuado). Comparando com os questionários que pareciam indicar uma diminuição da periodicidade de consumo de laticínios com o aumento da idade, parece aqui demonstrado que o consumo se manteve e com valores elevados, podendo indiciar alguma alteração no comportamento dos encarregados de educação, em relação ao que oferecem aos seus educandos ao pequeno almoço. Em relação ao consumo de fruta ao pequeno almoço verifica-se que se mantém como hábito não adquirido, devendo continuar a ser trabalhado com as crianças e com os seus encarregados de educação em intervenções futuras. O consumo de sopa parece ter melhorado um pouco em relação às crianças de 5 anos, quer quando comparado com a média em termos do parâmetro de **mais de uma vez por dia** (45%), quer quando comparado com a média em termos do parâmetro **4 a 7 vezes por semana** (50%), apresentando no mapa de consumos valores de média no final dos 5 dias, de 51%. Em relação ao consumo do peixe nota-se uma melhoria acentuada em relação às crianças dos 5 anos, com uma média de consumo diário de 80%, bastante mais significativa que a referenciada nos questionários em que a média para o consumo de **4 a 7 vezes por semana** se ficava por 10.5% e a média de **mais de uma vez por dia** nos 15%. Em relação às crianças de 4 anos, melhorou um pouco. Já em relação às crianças de 3 anos piorou significativamente (13%), quando comparados com os 52.6% do **4 a 7 vezes por semana** (apêndice XXIII). Importa ressaltar dois aspetos nesta avaliação:

1º- O carácter subjetivo, já que se trata de crianças, que devido à sua idade e consequente desenvolvimento cognitivo têm ainda alguma dificuldade em perceber e recordar exatamente o que comeram ao jantar. Por outro lado, nas crianças dos 5 anos, percebeu-se alguma vontade em responder o que consideram ser o correto. Desse modo permite pelo menos perceber o impacto nestas crianças ao nível dos conhecimentos adquiridos.

2º- Não permite a comparação fiel em relação aos dados do questionário inicial, já que nem as questões, nem os respondentes são os mesmos.

Em apêndice XXIV apresentam-se fotografias de algumas das atividades efetuadas.

Apresenta-se seguidamente (tabela 1) a avaliação dos indicadores de atividade para cada uma das atividades concretizadas.

Tabela 1 – Indicadores de atividade

ATIVIDADES CONCRETIZADAS	Indicador de atividade nas crianças	Indicador de atividade nos encarregados de educação
Roda dos alimentos	100%	87%
Livro das receitas saudáveis	100%	73,3%
Livro dos provérbios saudáveis	100%	73,3%
Dia alusivo aos legumes	100%	/
Dia alusivo à fruta	100%	/
Revitalização da horta pedagógica	100%	45,7%
Quinta dos animais	100%	/
Ginástica	100%	/
Sessão de educação para a saúde	/	10,7%
Aula de <i>fitness</i> dança	100%	53,3%
<i>Peddy paper</i>	100%	53,3%
Mapa de consumos diários	100%	/
Exposição	/	80%

No quadro 5 apresenta-se a avaliação em termos de metas estabelecidas

Quadro 5 – Metas e respetiva avaliação

Comportamento alimentar infantil comprometido	
Metas	Avaliação
Aumentar o consumo diário pelas crianças, em casa, de laticínios, peixe, hortícolas e fruta em 10%	Meta atingida parcialmente, avaliada através do mapa de consumos diários. Aumentou o consumo de laticínios no geral das crianças e de hortícolas e peixe, nas crianças dos 4 e 5 anos.
Que 50% das crianças seja capaz de identificar os alimentos saudáveis	Meta atingida, avaliada através das respostas das crianças antes e após as atividades
Que 50% das crianças seja capaz de identificar a periodicidade diária adequada de laticínios, peixe, hortícolas e frutas	Meta atingida, avaliada através das respostas das crianças antes e após as atividades
Que 50% dos encarregados de educação seja capaz de identificar pelo menos 2 benefícios do consumo diário pelas crianças de laticínios, peixe, hortícolas e frutas	Meta atingida apenas em relação aos encarregados de educação que estiveram presentes na sessão de educação para a saúde e em termos de avaliação do questionário preenchido no final desta. Não foi atingida considerando-se o total da amostra já que estiveram presentes 10.7% dos encarregados de educação.
Que 50% dos encarregados de educação seja capaz de identificar pelo menos 3 benefício de uma alimentação saudável	Meta atingida apenas em relação aos encarregados de educação que estiveram presentes na sessão de educação para a saúde e em termos de avaliação do questionário preenchido no final desta. Não foi atingida considerando-se o total da amostra já que estiveram presentes 10.7% dos encarregados de educação.
Padrão de exercício físico comprometido	
Metas	Avaliação
Aumentar a prática de exercício físico no JI em 30 minutos por semana, a 50% das crianças;	Meta atingida com 100% de participação das crianças
Que 50% das crianças consiga referir a importância de praticar exercício físico;	Meta atingida, avaliada através das respostas das crianças antes e após as atividades
Que 50% dos encarregados de educação seja capaz de identificar pelo menos 3 malefícios de um estilo de vida sedentário;	Meta atingida em 100%, apenas em relação aos encarregados de educação que estiveram presentes na sessão de educação para a saúde e em termos de avaliação do questionário preenchido no final desta. Não foi atingida considerando-se o total da amostra já que estiveram presentes 10.7% dos encarregados de educação.
Que 50% dos encarregados de educação seja capaz de identificar pelo menos 3 benefícios de um estilo de vida mais ativo.	Meta atingida em 100%, apenas em relação aos encarregados de educação que estiveram presentes na sessão de educação para a saúde e em termos de avaliação do questionário preenchido no final desta. Não foi atingida considerando-se o total da amostra já que estiveram presentes 10.7% dos encarregados de educação.

CONCLUSÃO

Portugal definiu através do PNS de 2004-2010 (Alto Comissariado da Saúde, 2004) orientações estratégicas para a promoção da saúde com uma abordagem centrada em 40 Programas Nacionais de saúde. Estes programas permitem a realização de projetos que ao nível da comunidade devem ser interventivos, realizados por equipas multisectoriais e promovendo a participação comunitária. Para que sejam eficazes, é importante o diagnóstico de situação correto, elaborado em parceria com os líderes comunitários que são quem melhor conhece a realidade da comunidade, as suas necessidades e as estratégias mais assertivas em termos interventivos.

No Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida (DGS, 2003), vem referida a importância de incluir a participação dos cidadãos enquanto agentes promotores do seu próprio desenvolvimento “na concepção e desenvolvimento de acções tendentes a promover a saúde [agindo] sobre os factores determinantes da saúde, no sentido de a melhorar” (p.5).

A promoção da saúde constitui-se como uma responsabilidade individual e social, sendo as práticas individuais apenas uma das componentes dos determinantes de saúde. A intervenção ao nível da promoção da saúde fundamenta-se na promoção de estilos de vida saudáveis que devem ser iniciados o mais precocemente possível (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Sendo assim e recorrendo ao modelo teórico norteador de todo o projeto elaborado, parece demonstrada a importância da sua realização em termos de promoção de estilos de vida saudáveis, promotores de saúde.

Ao aplicá-lo em idade pré-escolar previne precocemente a obesidade infantil que tal como já referido se constitui como um grave problema de saúde pública. A escolha do referencial teórico foi crucial em todas as ações de enfermagem desenvolvidas. O modelo de promoção da saúde de Nola Pender permitiu delinear todas as fases do planeamento em saúde, dando-lhe o suporte teórico em termos de promoção de saúde de grupos, neste caso em *setting* pré-escolar.

A Metodologia do Planeamento em Saúde constituiu-se igualmente como um instrumento bastante útil na gestão de recursos e implementação do projeto, cuja harmonia dependeu do respeito por cada etapa.

CONSTRANGIMENTOS

Os constrangimentos principais sentidos relacionaram-se com a limitação de tempo disponível para a operacionalização do projeto. A primeira limitação teve a ver com a própria dinâmica do JI, já com todas as atividades letivas programadas e com a dificuldade de conciliação com as atividades decorrentes da operacionalização do projeto. Inicialmente o tempo disponibilizado pelo JI para a realização das atividades era limitado e apenas quando começaram a ser implementadas e pelo reconhecimento da sua pertinência e importância, decorrente de reuniões formais e informais com a comunidade educativa, foi possível de alargar, permitindo em consonância e em colaboração ativa, a realização de todas as atividades programadas. Esta limitação de tempo em termos de operacionalização condicionou também as atividades com os encarregados de educação, que ficaram sobrecarregados durante cerca de um mês. Também este obstáculo foi possível de ultrapassar devido à grande cooperação da comunidade letiva. Por outro lado a dificuldade por parte da mestrandia em conciliar o estágio com a atividade laboral e pessoal, devido à limitação de tempo para implementação do projeto. Também este obstáculo foi possível de ultrapassar graças ao empenho e realização profissional e pessoal sentida durante todo este processo. No final a perceção é a de satisfação por parte de todos os intervenientes no projeto, tendo sido gratificante perceber a importância atribuída pelo JI ao desenvolvimento deste, quer pelo agradecimento final, quer pelas várias atividades mencionadas no blogue (anexo X).

COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitário visou atingir para além das competências preconizadas para o 2º ciclo de estudos superiores, segundo o Processo de Bolonha, as competências do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária definidas pela Ordem dos Enfermeiros:

“estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (OE, 2010, p. 2).

Considera-se que ao terminar a sua operacionalização e através da mobilização articulada de saberes teóricos e práticos, foi possível adquirir e desenvolver competências especializadas em enfermagem comunitária.

Das várias competências desenvolvidas salienta-se a mobilização da Metodologia de Planeamento em Saúde, na avaliação do estado de saúde de um grupo, a mobilização e integração de saberes teóricos na prática, através da mobilização de referenciais teóricos na área da promoção e educação para a saúde e a integração dos vários conceitos norteadores de todo o processo interventivo.

Considera-se também o desenvolvimento de competências ao nível da comunicação e do trabalho em equipas multiprofissionais, que permitiu compreender melhor a dinâmica de uma comunidade, a sua abordagem, o estabelecer de parcerias de atuação, tão preciosas nas várias etapas da intervenção ao longo de todas as fases do processo de enfermagem. Desenvolveram-se ainda competências face ao processo de capacitação de famílias e grupos, integradas no nível de prevenção primordial, preconizadas pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (2011).

A interação com o cliente no seu ambiente natural, em *setting* pré-escolar, o reconhecimento da responsabilidade do cliente no seu processo de saúde e a abordagem ao grupo como cliente, constituíram-se igualmente como competências adquiridas ao longo de todo o processo de intervenção. Também uma maior competência na área motivacional de grupos que permitiu através de uma gestão adequada de recursos, sustentabilizar e concretizar o projeto delineado.

Houve também o desenvolvimento de competências ao nível da integração e coordenação de projetos de saúde de âmbito comunitário e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e Programa Nacional de Saúde Escolar.

O aprofundar de conhecimentos em termos de Investigação em enfermagem, quer na competência para a sua leitura, interpretação e utilização, quer na compreensão da importância da prática baseada na evidência. Também o recurso a Taxonomias próprias para a prática de enfermagem permitiu um reconhecimento da sua importância pela universalização na linguagem, diagnósticos e intervenções de enfermagem.

O respeito integral pelas questões éticas durante todas as fases de implementação do projeto e o recurso à prática reflexiva constituíram-se igualmente como competências adquiridas. Permitiram a avaliação fundamentada em todas as etapas interventivas e a resolução dos obstáculos que foram surgindo.

ANÁLISE REFLEXIVA

Pela transmissão dos resultados e sugestões para a prática, através da apresentação do relatório à equipa de enfermagem da UCC (apêndice XXV) espera-se ter contribuído para uma prática baseada na evidência, para além de uma melhor visibilidade do papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na abordagem de famílias, grupos e comunidades, em termos de promoção da saúde, crucial no séc. XXI, em que o enfoque dos cuidados de enfermagem em cuidados de saúde primários não deve ser apenas ao nível da prevenção secundária e terciária, mas sim e principalmente ao nível da prevenção primária e no que se refere a crianças e jovens ao nível da promoção da saúde (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011), ou seja ao nível da prevenção primordial. É importante também aliar estratégias de intervenção aos 3 níveis recomendados pela OMS - Sociedade civil; Indivíduo; Governos (PCO, 2007).

Espera-se também e baseada na assistência elevada e *feedback* recebido (apêndice XXVI), a possibilidade de continuidade de implementação do projeto pela equipa de saúde escolar da UCC noutros jardins de infância, pertencentes ao parque escolar do Cacém. Como sugestão, a possibilidade de interligação entre a equipa de saúde escolar e a equipa de saúde infantil da UCC, complementando saberes e permitindo uma abordagem mais alargada em termos de competências, otimizando recursos e promovendo maior possibilidade de sucesso nas intervenções de promoção de saúde.

A abordagem fundamentada com recurso a referenciais teóricos adequados, à evidência científica e à utilização da Metodologia de Planeamento em Saúde, revelou-se muito importante durante a implementação do projeto e é de respeitar e manter, assegurando assim melhores e mais corretas intervenções ao nível de cuidados prestados a grupos e comunidade. A comunidade deve ser parceira em todas as fases do processo de enfermagem, devendo ser capacitada no sentido de intervir diretamente em todas as situações que afetem o seu bem estar e saúde.

De acordo com o Modelo de Aquisição de Competências (Benner, 2001), conclui-se a manutenção no nível de **Iniciada**, uma vez que o nível seguinte requer uma prática profissional de pelo menos um ano na área. Este facto não menospreza as competências consideradas adquiridas e anteriormente referidas, apenas salienta a necessidade de uma prática continuada, para o aprofundar de competências em termos de especialização em enfermagem comunitária, que permita a passagem ao nível de **Iniciado avançado**.

BIBLIOGRAFIA

BANDURA, Albert. 1989. Social cognitive theory. *Stanford University*. [Online] 1989. [Citação: 17 de Julho de 2011] <http://des.emory.edu/mfp/Bandura1989ACD.pdf>.

BENNER, Patrícia. 2001. *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Edição Comemorativa. Coimbra : Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.

CARVALHO, Amâncio. 2007. Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de enfermagem e de outros cursos do ensino superior. [Online] 2007. [Citação:25 de Janeiro de 2012] Tese de Doutoramento.

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7518/1/Tese%20Doutoramento%20-%20Am%C3%A2ncio%20Carvalho.pdf>.

CORREIA, Cristina [et al]. 2001. Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001, Vol. temático nº 2, pp. 75-82.

CROUCH, P.; O'DEA, J. A. ; BATTISTI, R. 2007. Child feeding practices and perceptions of childhood overweight and childhood obesity risk among mothers of preschool children. [Online] 2007. [Citação: 25 de Maio de 2011]

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009657271&lang=pt-br&site=ehost-live>. ISSN: 1446-6368.

FLAVELL, John. 1996. *A Psicologia do desenvolvimento de Jean Piaget*. 5ª edição. São Paulo : Livraria Pioneira Editora, 1996.

FORTIN, Marie-Fabienne; CÔTÉ, José; FILION, Françoise. 2009. *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Loures : Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria R. 1993. *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª edição. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA. Censos 2011 - Resultados preliminares. [Online] [Citação: 10 de Janeiro de 2012]

http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=122103956&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554.. ISSN 2182-0112. ISBN 978-989-25-0135-2.

NUNES, Emília; BREDA, João. 2005. Manual para uma alimentação saudável em jardins-de-infância. [Online] 2005. [Citação: 10 de Outubro de 2011]

<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005536.pdf>. ISBN 972-9425-94-9.

PENDER, Nola; MURDAUGH, Carolyn; PARSONS, Mary. 2011. *Health Promotion in Nursing Practice*. 6ª ed. New Jersey : Pearson Education, 2011. ISBN 13: 978-0-13-509721-2.

PIAGET, Jean. 2009. Desenvolvimento e aprendizagem. [Online] Janeiro de 2009. [Citação: 17 de Julho de 2011]

http://livrosdamara.pbworks.com/f/desenvolvimento_aprendizagem.pdf.

PIAGET, Jean. 1971. O Nascimento da Inteligência na Criança. [Online] 1971. [Citação: 17 de Julho de 2011]

[http://materiaapoioaotcc.pbworks.com/f/Piaget+-+O+Nascimento+da+Intelig%C3%A7%C3%A3o+na+Crian%C3%A7a+\(DOC-Livro\).pdf](http://materiaapoioaotcc.pbworks.com/f/Piaget+-+O+Nascimento+da+Intelig%C3%A7%C3%A3o+na+Crian%C3%A7a+(DOC-Livro).pdf).

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-geral da saúde. 2005. Programa Nacional de Combate à Obesidade. [Online] 2005. [Citação: 30 de Maio de 2011]

http://static.publico.clix.pt/docs/pesoemedia/Programa_Nacional_De_Combate_Obesidade_2005.pdf.

PORTUGAL. Instituto do consumidor. 2004. *Guia dos alimentos NA RODA*. 2ª ed. Porto : FCNAUP, 2004. ISBN 972-8715-20-X.

PORTUGAL. Ministério da Educação. 1997. Orientações Curriculares para a Educação Pré-escolar. [Online] 1997. [Citação: 17 de Maio de 2011]

http://www.min-edu.pt/data/Orientacoes_curriculares_preescolar.pdf. ISBN 972-742-087-7.

PORTUGAL. Ministério da Educação. DGIDC. 2011. Educação para a Saúde. [Online] 2011. [Citação: 17 de Maio de 2011]

<http://sitio.dgidc.min-edu.pt/saude/Paginas/default.aspx>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde. 2004. *Plano Nacional de Saúde 2004-2010 – Mais saúde para todos*. Lisboa : Alto Comissariado da Saúde, 2004. Vol. I – Prioridades, 88 p. - Vol. II – Orientações estratégicas. 216 p, Coleção: 972-675-108-X. ISBN 972-675-109-8.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde. 2010. Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - Visão, modelo conceptual e estratégia de elaboração. [Online] 2010. [Citação: 30 de Maio de 2011]

<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/pns-construcao/doc-produzidos/>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde. 2010. Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016. A saúde em Portugal: o diagnóstico. 1º Volume. [Online] 2010. [Citação: 30 de Maio de 2011]

<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/2010/11/30/pns-perfil/>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. 2005. Mais informação, mais saúde. [Online] 2005. [Citação: 10 de Novembro de 2011]

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/alimentacao/DGS+ANA.htm>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. 2003. Programa Nacional de Intervenção sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida. [Online] 2003. [Citação: 30 de Maio de 2011]

http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_42.html#31.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. 2006. Programa Nacional de Saúde Escolar. [Online] 2006. [Citação: 30 de Maio de 2011]

<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. 2005. *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Programa-Tipo de Actuação*. Lisboa : DGS, 2005. ISBN 972-675-084-9.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Plataforma contra a obesidade. 2010. A Plataforma contra a obesidade. Metas e estratégias 2010-2013. [Online] 2010. [Citação: 10 de Janeiro de 2012]

<http://www.anmp.pt/anmp/doc/div/2010/PCOBESIDADEME201013.pdf>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Plataforma contra a obesidade. 2007. Obesidade infantil. [Online] 2007. [Citação: 30 de Maio de 2011]

http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_infantil.aspx?menuid=165.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. 2011. *Causas e consequências da obesidade*. [Online] 2011. [Citação: 17 de Maio de 2011]

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/obesidade/causaseconsequenciasdaobesidade.htm>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. 2011. Como se diagnostica a obesidade? [Online] 2011. [Citação: 17 de Maio de 2011]

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/obesidade/causaseconsequenciasdaobesidade.htm>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Portal de Saúde Pública. 2012. Níveis de Prevenção em Saúde. [Online] 2012. [Citação: 17 de Fevereiro de 2012]

<http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/NiveisPrevencao.htm>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Plataforma contra a obesidade. 2007. A roda dos alimentos. [Online] 2007. [Citação: 10 de Novembro de 2011]

http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/Roda_dos_alimentos.aspx?menuid=245&exmenuid=113&SelMenuId=245.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. 2010. Proposta de Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. [Online] 2010. [Citação: 15 de Maio de 2011]

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeFamiliar_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

SHUSTER, George F.; GOEPPINGER, Jean. 2011. *A comunidade como cliente: Apreciação e análise.* In: STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (2011) – *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População.* 7ª ed. Loures : Lusodidacta, 2011. pp. 356-389. ISBN 978-989-8075-29-1.

TAVARES, António. 1990. *Métodos e técnicas de Planeamento em Saúde.* Lisboa: Ministério da Saúde, 1990.

The International Association for the Study of Obesity. 2011. UN SUMMIT – OBESITY and NUTRITION OUTCOMES. [Online] 2011. [Citação: 17 de Novembro de 2011]

http://www.iaso.org/site_media/uploads/IASO_Obesity_Outcomes_Final.pdf.

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE – CACÉM CARE. 2010. *Plano de Acção 2010/2012.* UCC Cacém Care, Cacém, Portugal : s.n., 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2009. Health Promotion: Global Conferences on Health Promotion. [Online] 2009. [Citação: 17 de Maio de 2011]

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2011. Obesity and overweight. [Online] 2011. [Citação: 17 de Janeiro de 2012]

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>..

APÊNDICES

APÊNDICE I - Cronograma de Atividades Projetado

APÊNDICE II - Cronograma de Atividades Efetivado

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	OUTUBRO 2011	NOVEMBRO 2011	DEZEMBRO 2011	JANEIRO 2012	FEVEREIRO 2012	MARÇO 2012
Diagnóstico da situação (Aplicação do Instrumento de Colheita de Dados)	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■				
Definição de prioridades		■				
Fixação de objetivos			■			
Seleção de estratégias			■			
Elaboração do projeto			■			
Preparação da execução			■			
Intervenção				■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■	
Avaliação				■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■	
Entrega do relatório						■ ■ ■ ■

APÊNDICE III - Plano da sessão de apresentação do projeto à equipa da UCC

Plano de sessão de apresentação do projeto na UCC

Data: 8 de Novembro de 2011

Hora: 12:00 h

Duração: 30 min

População alvo: Enfermeiros da UCC Cacém Care

Local: Sala de reuniões da UCSP Olival

Material: computador, projetor, diapositivos

	Atividades	Métodos	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objetivos e partes constituintes da sessão	Expositivo	5 min	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação do projeto: “Promoção de estilos de vida saudáveis em idade pré-escolar – Alimentação e exercício físico”- Problemática, Justificação e Pertinência- Enquadramento teórico- População alvo e Foco de Intervenção- Finalidade e Objetivo Geral- Cronograma- Metodologia para o Diagnóstico de situação	Expositivo Interrogativo Interativo	20 min	Participação ativa dos enfermeiros da UCC
Conclusão	Resumo da sessão e reflexão conjunta	Expositivo Interrogativo	5 min	Opinião oral dos colegas, acerca da pertinência do projeto na UCC

**APÊNDICE IV - Plano da sessão de
apresentação do projeto aos
encarregados de educação no JI**

Plano de sessão de apresentação do projeto no JI

Data: 13 de Outubro de 2011

Hora: 21:00 h

Duração: 10 min

População alvo: Encarregados de educação das crianças das salas dos 3, 4 e 5 anos

Local: Em cada sala das crianças

Material: computador, projetor, diapositivos

	Atividades	Métodos	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objetivos e partes constituintes da sessão	Expositivo	2 min	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do projeto: “Promoção de estilos de vida saudáveis em idade pré-escolar – Alimentação e exercício físico” - Problemática, Justificação e Pertinência - Finalidade e Objetivo Geral - Horizonte temporal - Pedido de consentimento informado - Entrega do instrumento de colheita de dados 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Interativo 	5 min	Participação ativa dos encarregados de educação
Conclusão	Resumo da sessão e pedido de colaboração	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo 	3 min	Opinião oral dos encarregados de educação, acerca da pertinência do projeto no JI

**APÊNDICE V - Consentimento
Informado**

Eu, _____, afirmo que fui esclarecida pela Enfermeira Filomena Teixeira, acerca do projeto elaborado: **Promoção de estilos de vida saudáveis em idade pré-escolar: Alimentação e exercício físico**, devidamente apresentado em reunião, aceitando participar de livre vontade, sabendo que em qualquer momento posso desistir.

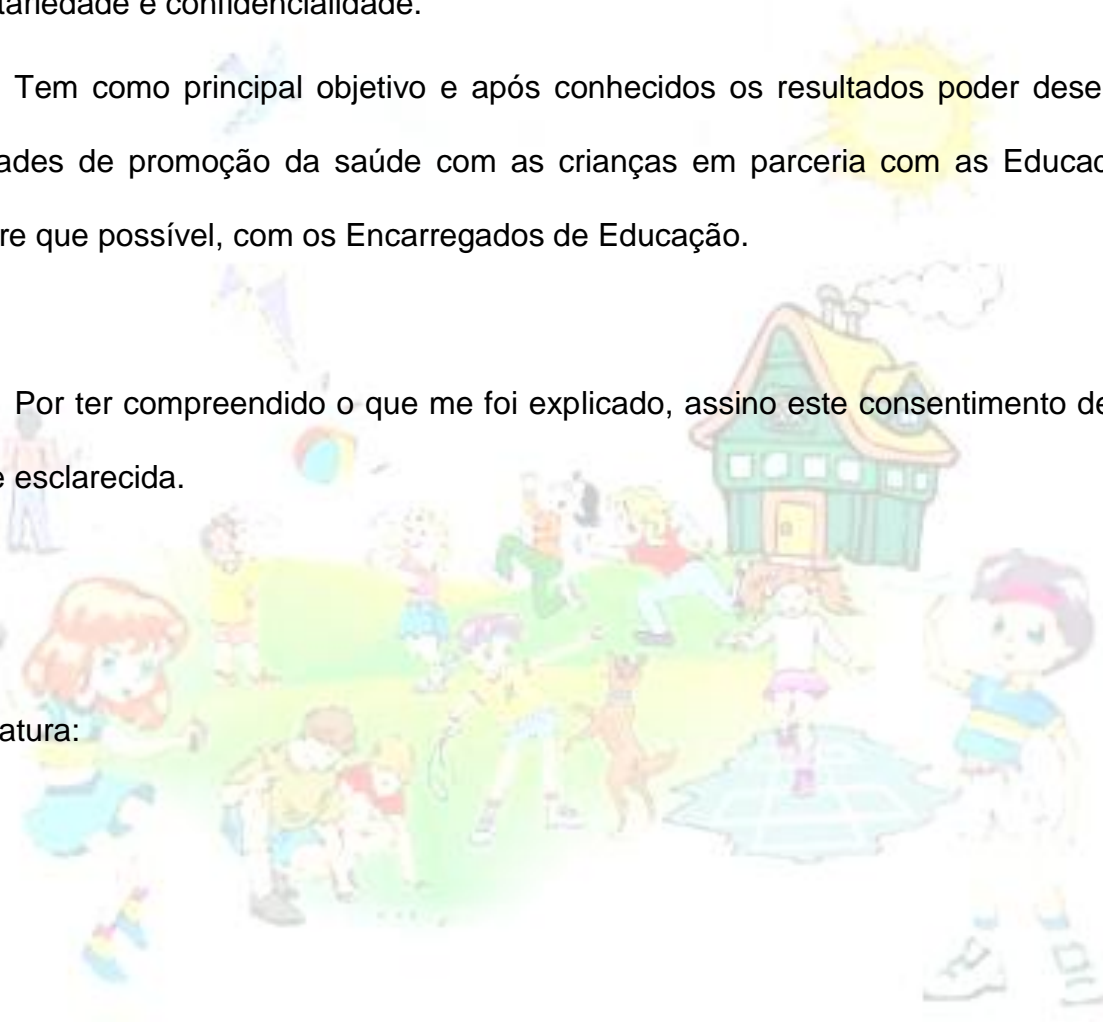
Fui também informada de que o instrumento de colheita de dados (questionário) se destina unicamente a colher dados sobre os hábitos alimentares e de exercício físico das crianças e respetiva família, frequentadoras do Jardim de Infância, assegurando-se voluntariedade e confidencialidade.

Tem como principal objetivo e após conhecidos os resultados poder desenvolver atividades de promoção da saúde com as crianças em parceria com as Educadoras e sempre que possível, com os Encarregados de Educação.

Por ter compreendido o que me foi explicado, assino este consentimento de forma livre e esclarecida.

Data:

Assinatura:



APÊNDICE VI - Consentimento para atividades com as crianças

CARO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO:

Baseada no projeto elaborado: **Promoção de estilos de vida saudáveis em idade pré-escolar: Alimentação e exercício físico**, pede-se a colaboração no sentido de autorizarem o vosso educando a participar nas atividades que serão desenvolvidas, algumas em conjunto com os respetivos encarregados de educação.

Estas atividades foram delineadas em resultado do questionário por vós preenchido e em parceria com a equipa de saúde escolar e as educadoras do Jardim de Infância.

Gostaríamos que o seu educando estivesse presente. A aprendizagem acerca de hábitos alimentares saudáveis e acerca da importância da prática regular de exercício físico serão essenciais para a promoção de uma vida com mais saúde.

Eu _____, encarregado de educação de _____, autorizo/não autorizo (risque o que não interessa) o meu educando a participar nas atividades relacionadas com uma alimentação saudável e com a prática de exercício físico.

Assinatura: _____

APÊNDICE VII - Definição de prioridades através da grelha de análise

GRELHA DE ANÁLISE

Grelha de análise Problemas	Importância	Problema- fator de risco	Capacidade técnica de resolução	Exequibilidade	Avaliação
Laticínios	+	+	+	+	1
Carne, pescado e ovos	+	+	+	+	1
Gorduras e óleos	-	-	+	+	13
Cereais e derivados, tubérculos	-	-	+	+	13
Hortícolas	+	+	+	+	1
Fruta	+	+	+	+	1
Exercício físico praticado em Ginásios, clubes, etc.	-	-	-	-	16
Exercício físico praticado no JI	+	+	+	+	1
Brincar fora de casa	+	+	-	-	4
Consumo de televisão/jogos	+	+	-	-	4

APÊNDICE VIII – Logotipo do projeto

Comer e mexer para
saudável crescer



APÊNDICE IX - Recursos

Recursos

Recursos Humanos	Recursos Materiais	Recursos Financeiros
Educadoras do JI Assistentes operacionais Enfermeira da saúde escolar Nutricionista Professor de ginástica Mestranda Funcionário do JI	Computador, Tela, Retroprojeto Televisão, Filmes Livros Material didático e escolar (cartolinas, lápis de pintar, etc.) Ferramentas e produtos de jardinagem (sementes, plantas, fertilizantes, etc.)	Aquisição de material didático Aquisição de produtos para as hortas e sua manutenção Aquisição de produtos para os dias dos alimentos Aquisição de material para as aulas de ginástica Aquisição de material para a realização do <i>peddy paper</i>

APÊNDICE X - Tabela de atividades

TABELA DE ATIVIDADES

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVOS	AVALIAÇÃO
Filmes, histórias, desenhos (com as crianças)	Mestranda	A partir de 19 de Dezembro de 2011 até ao dia 10 de Fevereiro de 2012	Jl	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto em ambiente de Jl nas salas dos 3, 4 e 5 anos • Das 10:00 às 11:30h • Uma vez por semana em cada sala 	<p>Sensibilizar as crianças para a importância dos alimentos saudáveis</p> <p>Educar as crianças para os benefícios de uma alimentação saudável</p>	<p><u>Nº de crianças participantes</u> X100</p> <p>Nº de crianças total</p> <p>Comparação entre as respostas obtidas das crianças antes e após as atividades (questionário de avaliação oral)</p>
Dias alusivos ao alimento (com as crianças)	Mestranda em parceria com a educadora da sala	A partir da 2ª semana de Janeiro de 2012 até final de Janeiro de 2012	Jl	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto em ambiente de Jl nas salas dos 3, 4 e 5 anos • Das 10:00 às 11:30h • Uma vez por semana em cada sala 	<p>Sensibilizar as crianças para a importância dos alimentos saudáveis</p> <p>Educar as crianças para os benefícios de uma alimentação saudável</p>	<p><u>Nº de crianças participantes</u> X100</p> <p>Nº de crianças total</p> <p>Comparação entre as respostas obtidas das crianças antes e após as atividades (questionário de avaliação oral)</p>
Construção da roda dos alimentos (crianças e encarregados de educação)	Mestranda em parceria com a educadora da sala	Durante as primeiras 2 semanas de Janeiro de 2012	Jl	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto em ambiente de Jl nas salas dos 3, 4 e 5 anos • Das 10:00 às 11:30h • Uma vez por semana em cada sala • Pedido de colaboração dos encarregados de educação no sentido da construção da roda dos alimentos em conjunto com a criança no domicílio 	<p>Sensibilizar as crianças e encarregados de educação para a importância da diversificação alimentar na dieta diária e suas quantidades</p> <p>Educar as crianças e encarregados de educação para os benefícios de uma alimentação saudável</p>	<p><u>Nº de crianças participantes</u> X100</p> <p>Nº de crianças total</p> <p>Comparação entre as respostas obtidas das crianças antes e após as atividades (questionário de avaliação oral)</p> <p><u>Nº de encarregados de educação participantes</u>X100</p> <p>Nº total de encarregados de educação</p>

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVOS	AVALIAÇÃO
Livro dos provérbios saudáveis (crianças e encarregados de educação)	Mestranda	Durante as primeiras 2 semanas de Janeiro de 2012	Jl	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto em ambiente de Jl nas salas dos 3, 4 e 5 anos • Das 10:00 às 11:30h • Uma vez por semana, com as crianças • Pedido de colaboração dos encarregados de educação no sentido da construção do livro dos provérbios saudáveis 	Sensibilizar as crianças e encarregados de educação para a importância de uma alimentação saudável	<u>Nº de crianças participantes</u> X100 Nº de crianças total <u>Nº de encarregados de educação participantes</u> X100 Nº total de encarregados de educação
Livro de receitas saudáveis (crianças e encarregados de educação)	Mestranda	Durante as primeiras 2 semanas de Janeiro de 2012	Jl	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto em ambiente de Jl nas salas dos 3, 4 e 5 anos • Das 10:00 às 11:30h • Uma vez por semana, com as crianças • Pedido de colaboração dos encarregados de educação no sentido da construção do livro dos provérbios saudáveis 	Sensibilizar as crianças e encarregados de educação para a importância de uma alimentação saudável	<u>Nº de crianças participantes</u> X100 Nº de crianças total <u>Nº de encarregados de educação participantes</u> X100 Nº total de encarregados de educação
Exposições dos trabalhos no Jl	Mestranda em parceria com as educadoras	Durante a 1ª semana de Fevereiro de 2012	Jl	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição dos trabalhos em local a determinar • Convite aos encarregados de educação para visitarem a exposição 	Dar visibilidade ao trabalho efetuado com as crianças e encarregados de educação no sentido da promoção de uma alimentação saudável	<u>Nº total de visitas à exposição</u> X100 Nº de encarregados de educação

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVOS	AVALIAÇÃO
Revitalização da horta pedagógica (crianças e encarregados de educação)	Mestranda, educadoras, assistentes operacionais	A partir da 2ª semana de Janeiro até ao dia 10 de Fevereiro de 2012	Jl	<ul style="list-style-type: none"> • Plantação de sementes e plantas, tratamento e rega • A efetuar com as crianças em colaboração com os encarregados de educação que serão convidados para o efeito 	<p>Ensinar às crianças de forma direta de onde vêm e como crescem alguns dos alimentos</p> <p>Providenciar às crianças a possibilidade de plantar e ver crescer o seu próprio alimento</p> <p>Demonstrar a importância do trabalho em equipa</p>	<p><u>Nº de crianças participantes</u> X100</p> <p>Nº de crianças total</p> <p>Comparação entre as respostas obtidas das crianças antes e após as atividades (questionário de avaliação oral)</p> <p><u>Nº de encarregados de educação participantes</u>X100</p> <p>Nº total de encarregados de educação</p>
Colaboração na quinta dos animais (crianças)	Mestranda, educadoras, assistentes operacionais, funcionário do Jl	1ª e 2ª semana de Fevereiro de 2012	Jl	<ul style="list-style-type: none"> • Visualização do modo de tratar dos animais • Colaboração nalguns dos cuidados a prestar aos animais 	<p>Ensinar às crianças de onde provém alguns dos nossos alimentos</p> <p>Explicar às crianças a importância desses animais na nossa alimentação e de como devem ser respeitados</p>	<p><u>Nº de crianças participantes</u> X100</p> <p>Nº de crianças total</p> <p>Comparação entre as respostas obtidas das crianças antes e após as atividades (questionário de avaliação oral)</p>
Sessão de educação para a saúde (para os encarregados de educação)	Mestranda (colaboração da enfermeira do ACES, perita em Nutrição, na supervisão dos conteúdos da sessão)	Dia 19 de Janeiro de 2012	Jl	<ul style="list-style-type: none"> • Baseada na temática da alimentação saudável aliada à prática regular de exercício físico como promotores de uma vida saudável, prevenindo a obesidade infantil • Apresentação de diapositivos através do método expositivo • Pedido de participação ativa dos encarregados de educação 	<p>Educar os encarregados de educação para os benefícios de uma alimentação saudável</p> <p>Capacitar para a adoção de um comportamento alimentar saudável</p>	<p><u>Nº de encarregados de educação participantes</u>X100</p> <p>Nº total de encarregados de educação</p> <p>Preenchimento de questionário de avaliação da sessão</p>

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVOS	AVALIAÇÃO
Mapa de consumos diários no domicílio (com as crianças)	Mestranda em parceria com a educadora da sala	Primeira semana de Fevereiro de 2012	Jl	<ul style="list-style-type: none"> Mapa semanal onde serão colocados os alimentos, referidos pelas crianças, como tendo sido consumidos ao pequeno almoço no domicílio e o consumo de sopa e fruta no jantar do dia anterior 	Perceber se houve alteração do padrão alimentar providenciado às crianças no domicílio	Comparação entre os resultados obtidos com o questionário e os resultados verificados no mapa de consumos diários
Aula semanal de exercício físico (com as crianças)	Mestranda	A partir de dia 2 de Janeiro até ao dia 10 de Fevereiro de 2012	Jl	<ul style="list-style-type: none"> Contacto em ambiente de Jl nas salas dos 3, 4 e 5 anos Cerca de 30 minutos a partir das 16h Uma vez por semana em cada sala Através de jogos tradicionais, danças, brincadeiras 	<p>Educar as crianças na compreensão da relação entre o exercício físico e uma vida mais saudável</p> <p>Estimular nas crianças o gosto e a vontade de praticar exercício físico</p>	<p><u>Nº de crianças participantes</u> X100</p> <p>Nº de crianças total</p> <p>Comparação entre as respostas obtidas das crianças antes e após as atividades (questionário de avaliação oral)</p>
Aula de Fitness/Dança (encarregados de educação e crianças)	Mestranda em parceria com o professor de ginástica, as educadoras e assistentes operacionais	No dia 27 de Janeiro de 2012	Jl	<ul style="list-style-type: none"> Convite aos encarregados de educação para participarem em aula de <i>fitness</i>/dança em conjunto com as crianças Duração de cerca de 45 (30 minutos ministrados pelo professor e 15 minutos de dança apresentados pelas crianças) 	<p>Sensibilizar as crianças e encarregados de educação para a importância do exercício físico na promoção de uma vida mais saudável</p> <p>Demonstrar através do exemplo dado pelos encarregados de educação, o prazer provocado pelo exercício físico, estimulando na criança o gosto através da imitação</p>	<p><u>Nº de encarregados de educação participantes</u>X100</p> <p>Nº total de encarregados de educação</p> <p><u>Nº de crianças participantes</u> X100</p> <p>Nº de crianças total</p>

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVOS	AVALIAÇÃO
<i>Peddy paper</i> (encarregados de educação e crianças)	Mestranda, educadoras, assistentes operacionais	No dia 27 de Janeiro de 2012	Jl	<ul style="list-style-type: none"> • Convide aos encarregados de educação para estarem presentes em <i>Peddy paper</i> • Atividades a realizar em conjunto entre o encarregado de educação e o educando • Oferta de presente aos participantes 	<p>Sensibilizar as crianças e encarregados de educação para a importância do exercício físico na promoção de uma vida mais saudável</p> <p>Demonstrar às crianças e aos encarregados de educação a possibilidade de aliar a prática de exercício físico à descontração e diversão</p>	<p><u>Nº de encarregados de educação participantes</u>X100</p> <p>Nº total de encarregados de educação</p> <p><u>Nº de crianças participantes</u> X100</p> <p>Nº de crianças total</p>

APÊNDICE XI - Cronograma das atividades de intervenção

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES NO JI *												
ATIVIDADES	Dezembro 2011				Janeiro 2012				Fevereiro 2012			
	MÊS											
Filmes, histórias, desenhos												
Dias alusivos ao alimento												
Construção da roda dos alimentos												
Livro dos provérbios saudáveis												
Livro de receitas saudáveis												
Exposições dos trabalhos no JI												
Revitalização da horta pedagógica												
Colaboração na quinta dos animais												
Sessão de educação para a saúde												
Mapa de consumos diários no domicílio												
Aula semanal de exercício físico												
Aula de <i>Fitness</i> /Dança												
<i>Peddy paper</i>												

* As atividades iniciar-se-ão no dia 19 de Dezembro de 2011 e decorrerão até ao dia 23 de Dezembro. Reinício no dia 2 de Janeiro de 2012 e finalização no dia 10 de Fevereiro de 2012.

APÊNDICE XII - Horário das atividades de intervenção

ATIVIDADES COM AS CRIANÇAS:

Para além das atividades referidas em cronograma será também elaborado o mapa de consumos diários durante a semana de 30 de Janeiro a 3 de Fevereiro de 2012.

Será efetuada também durante a 1ª semana de Fevereiro a exposição dos trabalhos realizados.

Algumas das atividades serão realizadas pela mestranda em contexto de sala de aula e terão continuidade com a educadora (ex: revitalização da horta pedagógica, alguns desenhos para as crianças pintarem).

DEZEMBRO						
DIAS	SALA DOS 3 ANOS		SALA DOS 4 ANOS		SALA DOS 5 ANOS	
	10:00h	16:00h	10:00h	16:00h	10:00h	16:00h
19 (2ªf)						
20 (3ªf)						Aliment. Saudáv.
21 (4ªf)				Aliment. Saudáv.		
22 (5ªf)		Aliment. Saudáv.				
23 (6ªf)						

JANEIRO

DIAS	SALA DOS 3 ANOS		SALA DOS 4 ANOS		SALA DOS 5 ANOS	
	10:00h	16:00h	10:00h	16:00h	10:00h	16:00h
2 (2ªf)		Ginástica				
3 (3ªf)				Roda alimentos	Ginástica	
4 (4ªf)			Ginástica			
5 (5ªf)	Roda alimentos					
6 (6ªf)					Roda alimentos	
9 (2ªf)		Ginástica				
10 (3ªf)					Dia dos legumes	
11 (4ªf)						
12 (5ªf)	Horta pedagógica			Ginástica		
13 (6ªf)			Horta pedagógica		Horta pedagógica	Ginástica
16 (2ªf)		Ginástica				
17 (3ªf)					Dia da fruta	
18 (4ªf)						
19 (5ªf)	Dia dos legumes			Ginástica		
20 (6ªf)			Dia dos legumes			Ginástica
23 (2ªf)		Ginástica				
24 (3ªf)					Quinta animais	
25 (4ªf)						
26 (5ªf)	Dia da fruta			Ginástica		
27 (6ªf)		Aula de <i>Fitness/dança e peddy paper</i>	Dia da fruta	Aula de <i>Fitness/dança e peddy paper</i>		Aula de <i>Fitness/dança e peddy paper</i>
30 (2ªf)		Ginástica				
31 (3ªf)	SE	MI	NÁ	RI	O	ESEL

FEVEREIRO						
DIAS	SALA DOS 3 ANOS		SALA DOS 4 ANOS		SALA DOS 5 ANOS	
	10:00h	16:00h	10:00h	16:00h	10:00h	16:00h
1 (4ªf)	SE	MI	NÁ	RI	O	ESEL
2 (5ªf)	Quinta animais			Ginástica		
3 (6ªf)			Quinta animais			Ginástica
6 (2ªf)		Ginástica				
7 (3ªf)					Aliment. Saudáv./horta ped.	
8 (4ªf)						
9 (5ªf)	Aliment. Saudáv./horta ped.			Ginástica		
10 (6ªf)			Aliment. Saudáv./horta ped.			Ginástica

ATIVIDADES COM OS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO:

Para além das atividades que irão realizar em parceria com as crianças:

- **Sessão de Educação para a saúde** - 19 de Janeiro de 2012 às 19:00h
- **Sessão de *Fitness*/Dança** - 27 de Janeiro de 2012 às 15:00h
- ***Peddy paper*** - 27 de Janeiro de 2012 às 16:00h

APÊNDICE XIII – Diário de campo

DIÁRIO DE CAMPO DA SALA DOS 3 ANOS

Alimentação saudável	Roda dos alimentos	Dia dos legumes	Dia da fruta	Horta pedagógica	Quinta dos animais	Ginástica
<p style="text-align: center;">19/12/2011</p> <p>Apresentação Conversa sobre como é uma alimentação saudável:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Todos dizem gostar de sopa, todos dizem gostar de fruta, todos dizem beber leite simples antes de vir para o JI. <p>Visualização do filme “Sid O Cientista – Eu quero bolo P1), comentários:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Não se deve comer bolo todos os dias” <p>Fizemos a descrição em conjunto dos alimentos saudáveis</p> <p>Canção do Avô Cantigas: “Come a sopa, vá lá”.</p> <p>As crianças cantaram e gostaram muito.</p> <p style="text-align: center;">09/02/2012</p> <p>Resumo com as crianças de todas as atividades efetuadas. Fez-se as perguntas constantes da</p>	<p style="text-align: center;">05/01/2012</p> <p>As crianças não conheciam. Foi apresentada recorrendo a vários filmes infantis sobre os grupos alimentares e sua importância.</p> <p>Cantámos uma música sobre sopa e duas sobre fruta.</p> <p>A seguir as crianças construíram em conjunto, uma roda dos alimentos. Para isso foram divididas por grupos, simulando os grupos alimentares, recorrendo-se a diverso material didático para o efeito.</p> <p>No final foi-lhes entregue um desenho com a roda dos alimentos para que pintassem ao seu gosto.</p> <p>Levaram cartolina para construir uma roda dos alimentos em conjunto com os encarregados de</p>	<p style="text-align: center;">19/01/2012</p> <p>História sobre a roda dos alimentos. Canção “Come a sopa vá lá”</p> <p>Questões sobre alimentação saudável e não saudável</p> <p>As crianças demonstram maior conhecimento sobre os alimentos e seus benefícios e recordavam-se da roda dos alimentos que compararam ao seu prato.</p> <p>Fizemos todos juntos uma salada de legumes frescos, crus, que temperámos com azeite e especiarias (as crianças estavam habituadas a tempero com vinagre e sal, no entanto apreciaram bastante esta salada).</p>	<p style="text-align: center;">26/01/2012</p> <p>Iniciámos com o resumo das atividades efetuadas até hoje. As crianças demonstraram conhecimento sobre a roda dos alimentos que compararam ao prato dizendo que tinha que ter “legumes, salada, peixe e batatas ou massa ou arroz”. Referiram que se “deve comer mais peixe que carne”. Explicamos que uma alimentação saudável serve “pra crescermos” e “sermos fortes”. Disseram como se deve beber o leite: “2 vezes por dia, branco e sem açúcar ou chocolate porque faz mal à barriga e aos dentes” “e faz ficar gordo”. Disseram também que se deve “comer sopa ao almoço e ao jantar e fruta”. Cantámos a canção “eu não sou palerma”. Disseram que se deve beber água e não sumos, mas baralharam-se em relação à quantidade</p>	<p style="text-align: center;">12/01/2012</p> <p>Hoje revitalizámos a horta pedagógica que estava inativada. Preparámos a terra, semeámos, plantámos e regámos.</p> <p>Primeiramente expliquei o porquê da horta e a importância de perceberem como surgem os legumes e verduras.</p> <p>Semeámos especiarias, batatas e favas. Plantámos vários tipos de couves, vários tipos de alfaces, cebolinho e alhos.</p> <p>A mãe da Leonor veio ajudar e vários pais enviaram legumes e verduras para plantarmos.</p>	<p style="text-align: center;">02/02/2012</p> <p>Revisão com as crianças sobre os objetivos de uma alimentação saudável e da prática de atividade física. Explicação dos objetivos para o passeio à quinta. Fomos visitar os animais da quinta, que nos providenciam a carne na nossa alimentação. As crianças gostaram muito, principalmente de fazer festas ao coelho. Conheceram o sr. António que é quem trata os animais e perceberam a sua importância para os animais poderem crescer saudáveis.</p> <p>Fomos ver como estavam a crescer os legumes da nossa horta e verificámos com agrado que estão a crescer bem, embora algumas toupeiras estejam arduamente a tentar destruir a nossa horta comendo as raízes dos legumes.</p>	<p style="text-align: center;">02/01/2012</p> <p>Conversa sobre o que é o exercício físico e a sua importância</p> <p>“É para crescermos” (várias crianças)</p> <p>Fomos ao pomar apanhar fruta para fazer uma salada de frutas saudável. Com essa atividade as crianças correram, saltaram e fizeram vários tipos de abdominais e alongamentos.</p> <p>Dançámos músicas do Panda com coreografias que ensaiámos. As crianças gostaram muito</p> <p style="text-align: center;">09/01/2012</p> <p>Ensaíamos as músicas para o dia de <i>fitness</i> com os encarregados de educação</p> <p style="text-align: center;">16/01/2012</p> <p>Fizemos ginástica, dançámos e cantámos</p>

<p>avaliação, a que as crianças responderam corretamente de uma maneira generalizada, embora com mais dificuldade de expressão.</p> <p>Cantámos a canção “come a sopa, vá lá”, por iniciativa das crianças.</p> <p>Fez-se a exposição dos frutos desenhados. A laranja é o fruto preferido da sala dos 3 anos.</p>	<p>educação.</p>		<p>diária.</p> <p>Seguidamente fizemos todos juntos uma salada de frutas para sobremesa após o almoço em que não usámos açúcar.</p> <p>Durante a preparação fomos cantando canções sobre alimentação saudável.</p> <p>Cada um disse qual a fruta que prefere ficando combinado que a iam desenhar e pintar e no final faríamos uma exposição na sala com os desenhos para ver qual a fruta preferida pela maioria das crianças.</p>			<p>23/01/2012</p> <p>Hoje dedicámos a nossa aula a ensaiar as músicas que vamos dançar no dia da ginástica com os pais. Uma mãe veio assistir e dançou connosco. Dançámos muito.</p> <p>30/01/2012</p> <p>Hoje estava um lindo dia e por isso viemos brincar para a rua, corremos, saltámos e fizemos alguns jogos.</p> <p>06/02/2012</p> <p>Hoje ensinei a jogar ao jogo do lenço. Foi bastante divertido. As crianças correram bastante atrás umas das outras. Ensinei também a jogar à macaca. Primeiro fizemos alguns exercícios de ginástica, entre eles, saltar ao pé-coxinho, para o qual as crianças ainda não têm grande destreza.</p>
--	------------------	--	---	--	--	--

DIÁRIO DE CAMPO DA SALA DOS 4 ANOS

Alimentação saudável	Roda dos alimentos	Dia dos legumes	Dia da fruta	Horta pedagógica	Quinta dos animais	Ginástica
<p style="text-align: center;">18/12/2011</p> <p>Apresentação</p> <p>Conversa sobre como é uma alimentação saudável:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Eu não gosto de sopa” (cerca de 2/3 das crianças) - “Eu bebo leite com chocolate de manhã” (cerca de 2/3 das crianças) - “Eu gosto mais de bolos que de pão” (cerca de 2/3 das crianças) - “Gosto muito de pizza e vou às vezes ao <i>MC Donalds</i>” (cerca de metade das crianças) <p>Visualização do filme “<i>Sid O Cientista – Eu quero bolo P1</i>”, comentários:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Não se deve comer bolo todos os dias” (cerca de metade das crianças) <p>Fizemos a descrição em conjunto dos alimentos saudáveis</p>	<p style="text-align: center;">03/01/2012</p> <p>As crianças não conheciam. Foi apresentada recorrendo a vários filmes infantis sobre os grupos alimentares e sua importância.</p> <p>A seguir as crianças construíram em conjunto, uma roda dos alimentos. Para isso foram divididas por grupos, simulando os grupos alimentares, recorrendo-se a diverso material didático para o efeito.</p> <p>Pareceram ter gostado, participando ativamente.</p> <p>No final foi-lhes entregue um desenho com a roda dos alimentos para que pintassem ao seu gosto.</p> <p>Levaram cartolina para construir uma roda dos alimentos em conjunto com os encarregados de</p>	<p style="text-align: center;">20/01/2012</p> <p>História sobre a roda dos alimentos. Canção “Come a sopa vá lá”</p> <p>Questões sobre alimentação saudável e não saudável</p> <p>As crianças demonstram maior conhecimento sobre os grupos alimentares, roda dos alimentos, nutrientes e seus benefícios.</p> <p>Fizemos todos juntos uma salada de legumes frescos, crus, que temperámos com azeite e especiarias (as crianças estavam habituadas a tempero com vinagre e sal, no entanto apreciaram bastante esta salada).</p>	<p style="text-align: center;">27/01/2012</p> <p>Conversámos sobre a importância da roda dos alimentos e dos grupos alimentares na alimentação saudável. As crianças mobilizaram alguns dos conhecimentos transmitidos.</p> <p>De seguida fizemos uma salada de fruta em que não pusemos açúcar e fomos falando do benefício da fruta e o que fazem as vitaminas. As crianças apreciaram a salada.</p> <p>Cada criança disse o seu fruto preferido. Ficou combinado que o desenharíamos e que no final se elegeria o fruto preferido da sala dos 4 anos.</p>	<p style="text-align: center;">13/01/2012</p> <p>Hoje revitalizámos a horta pedagógica que estava inativada. Preparámos a terra, semeámos, plantámos e regámos.</p> <p>Primeiramente expliquei o porquê da horta e a importância de perceberem como surgem os legumes e verduras.</p> <p>Semeámos especiarias, batatas, rabanetes, feijão e favas. Plantámos vários tipos de couves, vários tipos de alfaces, cebolinho e alhos.</p> <p>Até plantámos alecrim e lírios</p> <p>Nenhum encarregado de educação pode estar presente, mas enviaram sementes.</p>	<p style="text-align: center;">03/02/2012</p> <p>Revisão com as crianças sobre os objetivos de uma alimentação saudável e da prática de atividade física. Explicação dos objetivos para o passeio à quinta. Fomos visitar os animais da quinta, que nos providenciam a carne na nossa alimentação. As crianças gostaram muito, principalmente de fazer festas ao coelho.</p>	<p style="text-align: center;">04/01/2012</p> <p>Conversa sobre o que é o exercício físico e a sua importância</p> <p>“É para crescermos fortes” (várias crianças)</p> <p>Fomos ao pomar apanhar fruta para fazer uma salada de frutas saudável. Com essa atividade as crianças correram, saltaram e fizeram vários tipos de abdominais e alongamentos.</p> <p>Dançámos músicas do Panda com coreografias que ensaiámos.</p> <p style="text-align: center;">12/01/2012</p> <p>Fizemos vários exercícios de ginástica. Dançámos 3 músicas do Panda e ensaiámos a música do “come a sopa vá lá”.</p> <p style="text-align: center;">19/01/2012</p> <p>Ensaámos as danças para o dia do fitness</p>

<p>(alguma baralhão com a pizza como alimento saudável)</p> <p>09/02/2012</p> <p>Resumo com as crianças de todas as atividades efetuadas. Fez-se as perguntas constantes da avaliação, a que as crianças responderam corretamente de uma maneira generalizada. Cantámos a canção “come a sopa, vá lá”, por iniciativa das crianças.</p> <p>Fez-se a exposição dos frutos desenhados. A laranja é o fruto preferido da sala dos 4 anos.</p>	<p>educação.</p>					<p>26/01/2012</p> <p>Hoje dedicámos a nossa aula a ensaiar as músicas que vamos dançar no dia da ginástica com os pais.</p> <p>02/02/2012</p> <p>Hoje estava um lindo dia e por isso viemos brincar para a rua, corremos, saltámos, fizemos alguns jogos (jogos do lenço), treinámos o equilíbrio ao pé-coxinho e aos saltinhos para a frente e para trás e para os lados. Terminámos com alongamentos. As crianças divertiram-se muito. No final conversámos sobre a importância de mexer o nosso corpo e na generalidade as crianças responderam que ginástica não era estar sentado a ver televisão ou a jogar jogos, era “brincar” e “correr” e “saltar” e “faz bem porque faz crescer”.</p>
---	------------------	--	--	--	--	--

DIÁRIO DE CAMPO DA SALA DOS 5 ANOS

Alimentação saudável	Roda dos alimentos	Dia dos legumes	Dia da fruta	Horta pedagógica	Quinta dos animais	Ginástica
<p style="text-align: center;">17/12/2011</p> <p>Apresentação Conversa sobre como é uma alimentação saudável:</p> <p>-“Eu como a sopa toda e depois a minha mãe dá-me 4 gomas pequeninas ou 1 grande, se não comer tudo não me dá”</p> <p>-“Eu não como sopa, a minha mãe não faz”</p> <p>- “Eu não gosto de sopa”</p> <p>- “Faço birra para comer a sopa”</p> <p>- “Eu não posso comer fruta depois do jantar”</p> <p>Visualização do filme “Sid O Cientista – Eu quero bolo P1), comentários:</p> <p>- “Não se deve comer bolo todos os dias”</p> <p>- “Só em alturas especiais”</p>	<p style="text-align: center;">06/01/2012</p> <p>As crianças já tinham visto a roda dos alimentos mas não conheciam o seu conceito. Foi apresentada recorrendo a vários filmes infantis e canções sobre os grupos alimentares e sua importância.</p> <p>A seguir as crianças construíram em conjunto, uma roda dos alimentos. Para isso foram divididas por grupos, simulando os grupos alimentares, recorrendo-se a diverso material didático para o efeito.</p> <p>Pareceram ter gostado, participando ativamente. Quiseram cantar-me a canção que sabiam sobre a alimentação saudável. Gostei muito.</p>	<p style="text-align: center;">10/01/2012</p> <p>História sobre a roda dos alimentos. Canção “Come a sopa vá lá” e “Eu não sou palerma”.</p> <p>Questões sobre alimentação saudável e não saudável</p> <p>As crianças demonstram maior conhecimento sobre os grupos alimentares, roda dos alimentos, nutrientes e seus benefícios.</p> <p>Fizemos todos juntos uma salada de legumes frescos, crus, que temperámos com azeite e especiarias (as crianças estavam habituadas a tempero com vinagre e sal, no entanto apreciaram bastante esta salada).</p>	<p style="text-align: center;">17/01/2012</p> <p>Iniciámos com o resumo das atividades efetuadas até hoje. As crianças demonstraram conhecimento sobre a roda dos alimentos, seus grupos, proporções e explicação dos benefícios de uma alimentação saudável. Cantámos a canção “eu não sou palerma”.</p> <p>Explicaram bastante bem o conceito de horta e benefícios dos hortícolas. Cantámos a canção “come a sopa, vá lá”.</p> <p>Falámos sobre a fruta. Vimos e cantámos a canção “fruta é bom de mais”.</p> <p>Seguidamente fizemos todos juntos uma salada de frutas para sobremesa após o almoço em que não usámos açúcar. As crianças apreciaram bastante.</p>	<p style="text-align: center;">13/01/2012</p> <p>Hoje revitalizámos a horta pedagógica que estava inativada. Preparámos a terra, semeámos, plantámos e regámos.</p> <p>Primeiramente expliquei o porquê da horta e a importância de perceberem como surgem os legumes e verduras.</p> <p>Semeámos especiarias, batatas, rabanetes, feijão e favas. Plantámos vários tipos de couves, vários tipos de alfaces, cebolinho e alhos.</p> <p>Até plantámos alecrim e lírios</p> <p>Tivemos a colaboração de 10 encarregados de educação e muitos enviaram sementes.</p>	<p style="text-align: center;">24/01/2012</p> <p>Revisão com as crianças sobre a roda dos alimentos. Responderam adequadamente ao nº de grupos alimentares da roda e à questão da água no seu centro. Referiram que se deve beber leite simples 2 a 3 vezes por dia, comer sopa ao almoço e ao jantar e fruta 3 vezes/d. Disseram que é melhor comer peixe que carne e que uma boa sobremesa é uma salada de frutas que não precisa de açúcar para ficar boa, em vez de mousse de chocolate. Também disseram que o sal faz mal e que se deve temperar preferencialmente com ervas aromáticas. Também explicaram que se devem beber 6 copos de água por dia e que a água é como se fosse um rio no nosso corpo que leva os alimentos a todas as partes. “Assim</p>	<p style="text-align: center;">03/01/2012</p> <p>Conversa sobre o que é o exercício físico e a sua importância: “É para termos músculos”, “é ficarmos fortes”, “é mexermos-nos”</p> <p>Fomos ao pomar apanhar fruta para fazer uma salada de frutas saudável. Com essa atividade as crianças correram, saltaram e fizeram vários tipos de abdominais e alongamentos.</p> <p>Dançamos músicas do Panda e da Popota com coreografias que ensaiámos.</p> <p>As crianças gostaram muito</p> <p style="text-align: center;">13/01/2012</p> <p>Fizemos ginástica, aprendemos a saltar à corda e a jogar ao mata. Dançamos músicas do Panda e cantámos as</p>

<p>- "E nunca demais" E terminámos com a canção da alimentação saudável</p> <p>07/02/2012</p> <p>Resumo com as crianças de todas as atividades efetuadas. Fez-se as perguntas constantes da avaliação, a que as crianças responderam corretamente de uma maneira generalizada. Foram visualizados alguns filmes.</p>	<p>No final foi-lhes entregue um desenho com a roda dos alimentos para que pintassem ao seu gosto.</p> <p>Levaram cartolina para construir uma roda dos alimentos em conjunto com os encarregados de educação.</p>				<p>crescemos para cima e não para os lados" foi o que referiram em relação ao objetivo de uma alimentação saudável e também que faz "músculos". Também disseram que as vitaminas e os sais minerais da fruta e dos legumes "defendem das doenças".</p> <p>Seguidamente contei a história do "menino Luís que não gostava de legumes". Perguntei a cada criança qual o legume preferido e ficou combinado que cada um faria e pintaria um desenho do seu legume preferido para fazermos uma exposição na sala e vermos qual o legume vencedor em termos de preferência.</p> <p>Depois fomos visitar os animais da quinta, que nos providenciam a carne na nossa alimentação. As crianças gostaram muito, principalmente de fazer festas ao coelho. Conheceram o sr. António que é quem trata os animais e perceberam a sua importância para os</p>	<p>músicas: "come a sopa vá lá" e "eu não sou palerma".</p> <p>No final fizemos um pouco de psicomotricidade com medidas de relaxamento.</p> <p>A Enf.^a Paula Marinho veio participar.</p> <p>20/01/2012</p> <p>Hoje dedicámos a nossa aula a ensaiar as músicas que vamos dançar no dia da ginástica com os pais.</p> <p>03/02/2012</p> <p>Revisão sobre a importância da ginástica- "faz crescer para cima e não para os lados", faz-nos ficar saudáveis. E o que é? "É fazer exercício físico", "é mexer o nosso corpo". Estar sentado a ver televisão ou a jogar jogos é fazer ginástica? "Não". De que forma podemos fazer ginástica? "A correr", "a saltar à corda", "aos saltos",</p>
---	--	--	--	--	---	---

					<p>animais poderem crescer saudáveis. Fomos ver como estavam a crescer os legumes da nossa horta e verificámos com agrado que estão a crescer bem.</p>	<p>“a andar de bicicleta”, “a nadar”, “a brincar”, “a dançar”.</p> <p>De seguida verificámos qual o legume vencedor e descobrimos que o legume preferido dos meninos da sala dos 5 anos é a cenoura, crua na salada ou cozida, principalmente na sopa de cenoura, que é a preferida. Acabámos por eleger também a fruta preferida e ganhou a banana, empatada com o morango.</p> <p>Depois fomos jogar ao lenço. Uma mãe que veio buscar uma das crianças, foi convidada para jogar connosco e assim ficámos todos juntos a jogar durante 30m, vários jogos do lenço. Foi muito divertido e no final as crianças estavam cansadas e com calor.</p> <p>10/02/2012</p> <p>Voltámos a saltar à corda e jogámos 2 tipos de jogo do lenço.</p>
--	--	--	--	--	--	--

DIÁRIO DE CAMPO

Sessão de educação para a saúde	<i>Fitness/dança</i>	<i>Peddy paper</i>	Exposição
19/01/2012	27/01/2012	27/01/2012	Desde dia 30/01/2012
<p>Foi efetuada às 19h e teve a duração de cerca de 90m.</p> <p>Compareceram 8 encarregados de educação correspondentes a 10.7% da amostra.</p> <p>Responderam corretamente a todas as questões na avaliação da sessão e consideraram que foi benéfica para o aumento dos seus conhecimentos acerca do tema.</p>	<p>A sessão correu de acordo com o planeado. O prof Rui fez uma aula de <i>body Combat</i>, muito agradável e em que os pais pareceram divertir-se bastante. Seguidamente as nossas crianças dançaram as músicas ensaiadas. Os pais acompanharam. Correu muito bem e as crianças também se divertiram.</p> <p>Participaram 40 pais.</p>	<p>Correu muito bem. Os pais e as crianças participaram ativamente. Optou-se por atividades que permitissem a participação de todas as crianças e não apenas das que tinham o seu encarregado de educação presente.</p> <p>Jogámos ao mata, ao macaquinho do chinês, basquete, futebol e fizemos hula hula para estimular o gosto pela atividade física. Participaram os encarregados de educação e as crianças.</p> <p>Fizemos uma prova cega de sabores de legumes e de frutas e construímos a roda dos alimentos para estimular o gosto por uma alimentação saudável. Adultos e crianças trabalharam em parceria e foi engraçado verificar a expectativa das crianças em ver se os pais adivinhavam o legume ou o fruto pelo sabor.</p>	<p>Decorreu no JI, a exposição dos trabalhos efetuados em parceria encarregado de educação – educando.</p> <p>Foi visitada por 60 encarregados de educação até 10/02/2012.</p>

APÊNDICE XIV - Questionário de avaliação qualitativa das crianças

Avaliação qualitativa das atividades com as crianças

O que é a roda dos alimentos?

Quantos grupos de alimentos contem?

Quais são os que se devem comer mais ao longo do dia?

O que são alimentos saudáveis?

O que é que uma alimentação saudável faz ao nosso corpo?

Os doces e salgados são um alimento saudável? Quando se podem comer?

O que é que os alimentos não saudáveis fazem ao nosso corpo?

Os cereais devem ser simples ou doces (ou com chocolate)?

Quando se deve comer pão e com quê?

De que cor se deve beber o leite e quantas vezes por dia?

Para além do leite o que é que podemos comer do mesmo grupo?

Deve-se comer mais carne ou peixe?

Deve-se comer legumes no prato? Porquê?

Quantas vezes se deve comer sopa por dia?

Quantas vezes se deve comer fruta por dia?

O que é que tem os hortícolas e as frutas que nos faz crescer fortes e saudáveis e nos protege de doenças?

Deve-se beber água? Quantos copos por dia?

De onde vêm os legumes e as verduras? Temos que plantá-los e regá-los para poderem crescer?

De onde vem a carne que comemos? É preciso cuidar dos animais?

O que é atividade física/ exercício físico? Para que é que serve?

É bom fazer ginástica? E dançar?

APÊNDICE XV - Pedidos de colaboração nas atividades

CARO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO:

Baseado no projeto: **Promoção de estilos de vida saudáveis em idade pré-escolar: Alimentação e Exercício físico**, pede-se a colaboração no sentido de em conjunto com o vosso educando elaborarem:

1. Uma **Roda dos Alimentos** ao vosso gosto. O objetivo é a sensibilização para a importância da diversificação e porções alimentares ao longo do dia. Ao ser efetuada por vós em conjunto com o vosso filho, como educadores que são, facilitará a transmissão da mensagem à criança. A criança tem na sua posse uma cartolina e uma folha com o desenho da roda no sentido de facilitar, mas a criatividade é toda vossa.

2. Um **provérbio** que conheça ou que pesquise na internet sobre alimentação ou exercício físico. O seu educando poderá em casa ou no JI em conjunto connosco fazer a ilustração da folha do provérbio.

3. Uma **receita saudável** que conheça ou que pesquise. O seu educando será o artista da ilustração.

Gostaríamos que nos trouxesse tudo até ao dia **16 de Janeiro**.

Faremos uma montagem com a roda dos alimentos, um livro de provérbios e um livro de receitas saudáveis por cada sala, que colocaremos disponíveis para apreciação pelos encarregados de educação numa pequena exposição que faremos na 1ª semana de Fevereiro e que muito nos apraz que visite.

O seu filho passará a ter durante todo o mês de Janeiro e 1ª semana de Fevereiro 30 minutos de exercício físico (dança, jogos tradicionais, etc.) às **segundas-feiras às 16:00h**, pelo que agradecemos que nesse dia traga roupa e calçado confortável.

Todos estes momentos são momentos de aprendizagem conjunta acerca da importância de hábitos alimentares saudáveis e da importância da prática regular de exercício físico, essenciais para a promoção de uma vida com mais saúde.

Agradecemos desde já a sua preciosa colaboração.

CARO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO:

Baseado no projeto: **Promoção de estilos de vida saudáveis em idade pré-escolar: Alimentação e Exercício físico**, pede-se a colaboração no sentido de em conjunto com o vosso educando elaborarem:

1. Uma **Roda dos Alimentos** ao vosso gosto. O objetivo é a sensibilização para a importância da diversificação e porções alimentares ao longo do dia. Ao ser efetuada por vós em conjunto com o vosso filho, como educadores que são, facilitará a transmissão da mensagem à criança. A criança tem na sua posse uma cartolina e uma folha com o desenho da roda no sentido de facilitar, mas a criatividade é toda vossa.

2. Um **provérbio** que conheça ou que pesquise na internet sobre alimentação ou exercício físico. O seu educando poderá em casa ou no JI em conjunto connosco fazer a ilustração da folha do provérbio.

3. Uma **receita saudável** que conheça ou que pesquise. O seu educando será o artista da ilustração.

Gostaríamos que nos trouxesse tudo até ao dia **16 de Janeiro**.

Faremos uma montagem com a roda dos alimentos, um livro de provérbios e um livro de receitas saudáveis por cada sala, que colocaremos disponíveis para apreciação pelos encarregados de educação numa pequena exposição que faremos na 1ª semana de Fevereiro e que muito nos apraz que visite.

O seu filho passará a ter durante todo o mês de Janeiro e 1ª semana de Fevereiro 30 minutos de exercício físico (dança, jogos tradicionais, etc.) às **quintas-feiras às 16:00h**, pelo que agradecemos que nesse dia traga roupa e calçado confortável.

Todos estes momentos são momentos de aprendizagem conjunta acerca da importância de hábitos alimentares saudáveis e da importância da prática regular de exercício físico, essenciais para a promoção de uma vida com mais saúde.

Agradecemos desde já a sua preciosa colaboração.

CARO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO:

Baseado no projeto: **Promoção de estilos de vida saudáveis em idade pré-escolar: Alimentação e Exercício físico**, pede-se a colaboração no sentido de em conjunto com o vosso educando elaborarem:

1. Uma **Roda dos Alimentos** ao vosso gosto. O objetivo é a sensibilização para a importância da diversificação e porções alimentares ao longo do dia. Ao ser efetuada por vós em conjunto com o vosso filho, como educadores que são, facilitará a transmissão da mensagem à criança. A criança tem na sua posse uma cartolina e uma folha com o desenho da roda no sentido de facilitar, mas a criatividade é toda vossa.

2. Um **provérbio** que conheça ou que pesquise na internet sobre alimentação ou exercício físico. O seu educando poderá em casa ou no JI em conjunto connosco fazer a ilustração da folha do provérbio.

3. Uma **receita saudável** que conheça ou que pesquise. O seu educando será o artista da ilustração.

Gostaríamos que nos trouxesse tudo até ao dia **16 de Janeiro**.

Faremos uma montagem com a roda dos alimentos, um livro de provérbios e um livro de receitas saudáveis por cada sala, que colocaremos disponíveis para apreciação pelos encarregados de educação numa pequena exposição que faremos na 1ª semana de Fevereiro e que muito nos apraz que visite.

O seu filho passará a ter durante todo o mês de Janeiro e 1ª semana de Fevereiro 30 minutos de exercício físico (dança, jogos tradicionais, etc.) às **sextas-feiras às 16:00h**, pelo que agradecemos que nesse dia traga roupa e calçado confortável.

Todos estes momentos são momentos de aprendizagem conjunta acerca da importância de hábitos alimentares saudáveis e da importância da prática regular de exercício físico, essenciais para a promoção de uma vida com mais saúde.

Agradecemos desde já a sua preciosa colaboração.

CARO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO:

Baseado no projeto: **Promoção de estilos de vida saudáveis em idade pré-escolar: Alimentação e Exercício físico**, apelidamos no nosso Jardim de Infância o projeto de **“Comer e Mexer para Saudável Crescer”**. Assim para além das atividades que estão a ser elaboradas com as crianças e onde se tem pedido a colaboração dos encarregados de educação em termos de acompanhamento no domicílio, pede-se agora que os encarregados de educação venham participar ativamente nas atividades em conjunto com o vosso educando mas em ambiente de jardim-de-infância. As crianças passam aqui longas horas do seu tempo, constituindo-se assim como um local determinante no seu desenvolvimento. A presença dos pais neste local vai-lhes transmitir ainda mais vontade na adesão a comportamentos saudáveis, pois vêm neles o exemplo a seguir.

No dia **12 de Janeiro** pelas **10:30h** iremos proceder à revitalização do lote pertencente à sala dos 3 anos, da **horta pedagógica**. Pedimos a colaboração dos pais em termos de presença, se puderem, ou então no envio de algo para plantarmos.

Esperamos por si.

CARO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO:

Baseado no projeto: **Promoção de estilos de vida saudáveis em idade pré-escolar: Alimentação e Exercício físico**, apelidamos no nosso Jardim de Infância o projeto de **“Comer e Mexer para Saudável Crescer”**. Assim para além das atividades que estão a ser elaboradas com as crianças e onde se tem pedido a colaboração dos encarregados de educação em termos de acompanhamento no domicílio, pede-se agora que os encarregados de educação venham participar ativamente nas atividades em conjunto com o vosso educando mas em ambiente de jardim-de-infância. As crianças passam aqui longas horas do seu tempo, constituindo-se assim como um local determinante no seu desenvolvimento. A presença dos pais neste local vai-lhes transmitir ainda mais vontade na adesão a comportamentos saudáveis, pois vêm neles o exemplo a seguir.

No dia **13 de Janeiro** pelas **10:00h** iremos proceder à revitalização do lote pertencente à sala dos 4 anos, da **horta pedagógica**. Pedimos a colaboração dos pais em termos de presença, se puderem, ou então no envio de algo para plantarmos.

Esperamos por si.

CARO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO:

Baseado no projeto: **Promoção de estilos de vida saudáveis em idade pré-escolar: Alimentação e Exercício físico**, apelidamos no nosso Jardim de Infância o projeto de **“Comer e Mexer para Saudável Crescer”**. Assim para além das atividades que estão a ser elaboradas com as crianças e onde se tem pedido a colaboração dos encarregados de educação em termos de acompanhamento no domicílio, pede-se agora que os encarregados de educação venham participar ativamente nas atividades em conjunto com o vosso educando mas em ambiente de jardim-de-infância. As crianças passam aqui longas horas do seu tempo, constituindo-se assim como um local determinante no seu desenvolvimento. A presença dos pais neste local vai-lhes transmitir ainda mais vontade na adesão a comportamentos saudáveis, pois vêm neles o exemplo a seguir.

No dia **13 de Janeiro** pelas **10:00h** iremos proceder à revitalização do lote pertencente à sala dos 5 anos, da **horta pedagógica**. Pedimos a colaboração dos pais em termos de presença, se puderem, ou então no envio de algo para plantarmos.

Esperamos por si.

CARO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO:

Baseado no projeto: **Promoção de estilos de vida saudáveis em idade pré-escolar: Alimentação e Exercício físico** que como já sabe apelidamos no nosso Jardim de Infância de **“Comer e Mexer para Saudável Crescer”**, vimos convidá-lo a participar nas seguintes atividades:

No dia **19 de Janeiro** às **19:00h** será realizada uma **sessão de educação para a saúde** no Salão Nobre do Jardim de Infância, dirigida aos encarregados de educação sobre: **Promoção de estilos de vida saudáveis em idade pré-escolar – Alimentação e exercício físico**. A sua presença é muito importante.

No dia **27 de Janeiro** às **15:00h** será oferecida aos encarregados de educação uma **aula de Fitness/Dança**, orientada pelo professor de ginástica: prof. Rui, em colaboração com as educadoras e mestrandas de cerca de 45 minutos. Esta aula será feita em conjunto com as crianças, onde eles serão os artistas. Ao participar incute no seu educando o gosto pela prática de exercício físico, através do seu exemplo.

Nesse dia faremos também com as crianças um pequeno **Peddy paper** às **16:00h**. Gostaríamos que jogasse connosco.

Para finalizar, relembrar a **exposição** que iremos fazer com os trabalhos feitos em parceria entre os encarregados de educação e crianças. Será realizada durante a **primeira semana de Fevereiro**. Esperamos pela sua visita.

Todos estes momentos são momentos de aprendizagem conjunta acerca da importância de hábitos alimentares saudáveis e da importância da prática regular de exercício físico, essenciais para a promoção de uma vida com mais saúde.

Apelamos para que esteja presente em todas estas atividades participando ativamente na educação do seu filho, num ambiente onde não é tão habitual a sua presença.

O seu filho vai gostar e nós também

APÊNDICE XVI – Agradecimento aos encarregados de educação

Srs. Encarregados de educação:

Chegámos ao fim em termos da operacionalização do projeto: **Promoção de estilos de vida saudáveis em idade pré-escolar: Alimentação e Exercício físico** que como já sabe apelidámos no nosso Jardim de Infância de:



Foi um prazer trabalhar em conjunto convosco. Todos os momentos efectuados em parceria contribuíram com certeza, para uma aprendizagem conjunta acerca da importância de hábitos alimentares saudáveis e da importância da prática regular de exercício físico, essenciais para a promoção de uma vida com mais saúde.

Em nome da equipa de Saúde Escolar e da UCC Cacém Care, agradeço a vossa disponibilidade, colaboração e participação.

Até sempre

Filomena Teixeira

APÊNDICE XVII - Plano da sessão de educação para a saúde

Plano da sessão de educação para a saúde

Data: 19 de Janeiro de 2012

Hora: 19:00 h

Duração: 60 min

População alvo: Encarregados de educação das crianças da sala dos 3 anos, 4 anos e 5 anos

Local: Salão Nobre do Jardim de Infância

Material: computador, projetor, diapositivos

	Atividades	Métodos	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objetivos e partes constituintes da sessão	Expositivo	5 min	
Desenvolvimento	Exposição do tema “Promoção de estilos de vida saudáveis em idade pré-escolar – Alimentação e exercício físico” <ul style="list-style-type: none">- Problemática e concetualização da obesidade infantil- Fatores desencadeantes de obesidade- Pertinência da prevenção e promoção de saúde- Benefícios de uma alimentação saudável (roda dos alimentos) e do exercício físico- Necessidades nutricionais em crianças do 3 aos 6 anos	Expositivo Interrogativo Interativo	50 min	Participação ativa dos encarregados de educação
Conclusão	Resumo da sessão e reflexão conjunta	Expositivo Interrogativo	5 min	Aplicação do questionário de avaliação da sessão

**APÊNDICE XVIII - Questionário de
avaliação da sessão de educação para a
saúde**

Sr. Encarregado de educação, com o objetivo de avaliar a sessão de educação para a saúde a que assistiu, por favor, assinale verdadeiro (V) ou falso (F) conforme considere cada uma das seguintes afirmações:

A promoção da saúde é a responsabilidade individual e social na busca do bem-estar e saúde

Os objetivos de uma alimentação saudável são nutrir, aumentar a cognição e capacidade de aprendizagem e promover um bom desenvolvimento

O consumo diário de laticínios, hortícolas, frutas e peixe pelas crianças é importante, porque promove uma nutrição equilibrada, um bom desenvolvimento e previne a obesidade infantil

A nova roda dos alimentos é constituída por 7 grupos de alimentos mais a água, que devem ser consumidos diariamente em igual proporção

Os grupos que se devem consumir em maior quantidade são os hortícolas, seguidos das frutas e dos laticínios

Os grupos que se devem consumir em maior quantidade são os cereais e derivados, tubérculos, seguidos dos hortícolas

Os estilos de vida como o comportamento alimentar e a prática de exercício físico condicionam a nossa saúde, mas têm pouca influência no risco de obesidade infantil

A prática regular de exercício físico pelas crianças promove um adequado desenvolvimento físico, previne comportamentos de risco e promove a interação social

Um estilo de vida sedentário nas crianças pode causar obesidade, doenças crónicas e risco de morte prematura

Esta sessão de educação para a saúde contribuiu para o aumento dos meus conhecimentos acerca da importância de uma alimentação saudável aliada ao exercício físico como promotores de saúde

Muito obrigada pela sua colaboração

**APÊNDICE XIX - Folhetos entregues na
sessão de educação para a saúde**

OBJECTIVOS DE UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL:

- Nutrir
- Proporcionar prazer aos sentidos e bem estar emocional
- Aumentar a cognição e capacidade de aprendizagem promovendo um bom desenvolvimento
- Diminuir o risco de obesidade e de doenças crónicas

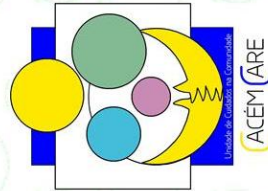
OBJECTIVOS DO EXERCÍCIO FÍSICO:

- Reduzir o risco de morte prematura
- Reduzir o risco de doenças cardiovasculares, metabólicas e oncológicas
- Reduzir o risco de obesidade
- Favorecer o crescimento e manutenção de uma estrutura óssea, articular e muscular saudável
- Promover o bem estar psicológico
- Ajudar a prevenir e controlar comportamentos de risco principalmente em crianças e adolescentes

Uma alimentação saudável e a prática de exercício físico são a estratégia na luta contra a Obesidade Infantil promovendo uma Vida Saudável

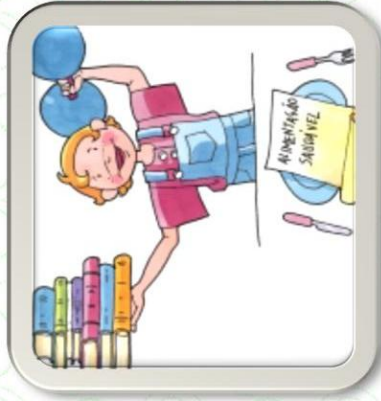


Filomena Teixeira
UCC Cacém Care
T. 210138948



PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

Alimentação e exercício físico





1 porção = 1 pão (50g) = 1 tamanho médio (125g) = 5

colheres de sopa de cereais de pequeno-almoço (35g)

= 2 colheres de sopa de arroz/massa crus (35g) = 4

colheres de sopa de arroz/massa cozinhados (110g)

1 porção = 1 peça média de fruta (160 g)

1 porção = cerca de 250 g de verduras ou legumes

1 porção = 250 ml de leite = 30 g de queijo = 2 iogurtes sólidos pequenos = 1 iogurte líquido = 40 g de requeijão

1 porção = 100 g de carne = 120 g de peixe = 2 ovos

1 porção = 1 colher sopa de azeite (10 g) = 2 colheres sobremesa de manteiga ou margarina

1 porção = 1 colher de sopa de leguminosas secas = 3 colheres de sopa de leguminosas frescas cruas (80g)

NECESSIDADES NUTRICIONAIS EM CRIANÇAS DOS 3 AOS 6 ANOS:

A dose diária de leite recomendada é de aproximadamente 1/2 litro

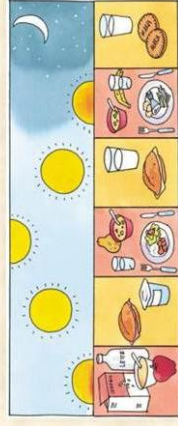
As crianças devem comer entre 50 a 60 g de carne e 70 a 80 g de peixe por dia

Devem consumir 3 peças médias de fruta e legumes sem restrições

A dose recomendada é de cerca de 25 g de gordura por dia (azeite para cozinhar e temperar e manteiga para barrar o pão)

Aconselha-se o consumo diário de 100 a 150 g de pão escuro ou de mistura (aproximadamente três fatias)

Devem beber cerca de 6 copos de água por dia



COMO PREVENIR A OBESIDADE INFANTIL:

► Para além de uma alimentação saudável

- Encorajar o exercício físico – andar, correr, bicicleta, nadar, dançar - pelo menos **30 minutos de actividade física cumulativa moderada, todos os dias**
- As crianças necessitam de pelo menos **20 minutos** adicionais de **actividade física vigorosa, 3 vezes por semana**

• **Não comer em frente à televisão**



Folheto 2

Frutas secas (100 g)	Kcal
Amêndoas	574
Cajuá	570
Avôlã	565
Amendoim	560

VALOR CALÓRICO DOS ALIMENTOS

Alcornoque e produtos aproveitados (100 g)	Kcal
Alcornoque	276
Manteiga de alcornoque	278
Proteína de alcornoque	342
Óleo de alcornoque	394
Lado cruente	199
Bombarda	427
Alcornoque	393
Chocolate de alcornoque	329
Mel	288

Alcornoque e produtos aproveitados (100 g)	Kcal
Chocolate	468
Bolacha de leite	470
Bolacha de água e sal	430
Bolacha Maria	420
Margarina	406
Bolacha de leite	404
Bolacha de chocolate	408
Proteína de leite	397
Doce de leite	395
Proteína de soja	398
Queijo	407

Cereais e derivados, Tubérculos (100 g)	Kcal
Feijão cozido	343
Feijão de leite	325
Feijão integral cozido	323
Torta integral	294
Cereal integral	288
Cereal de milho	276
Sorvete de leite	264
Cereal	260
Mel	224
Esqueleto	248
Arroz	209
Canola	163
Melão	36

Sólidos e produtos vegetais (100 g)	Kcal
Proteína	453
Chocolate	470
Proteína de leite	340
Proteína de soja	346
Proteína	347
Margarina	399
Margarina	429
Soluto	367
Soluto de leite	264

Hortícolas (100 g)	Kcal
Beterraba	34
Coqueiro	26
Cebola	35
Coqueiro	28
Esqueleto	22
Feijão verde	28
Alface	16
Alho francês	29
Tomate	15
Cenoura	33

(FERREIRAS e HERNANDES, 2003)

Frutas (100 g)	Kcal
Cereja	58
Morango	34
Figo	55
Kiwi	54
Laranja	35
Banana	85
Pera	45
Manga	60
Melão	34
Uva	64
Pêssego	37
Maçã	45
Goios*	250

Laticínios (100 g)	Kcal
Leite magro	33
Leite meio gordo	44
Leite gordo	64
Iogurte natural	60
Queijo fresco	107
Requeijo	187
Queijo da ilha	258

Leguminosas (100 g)	Kcal
Grão	340
Feijão branco	304
Lentilhas	312

Gorduras e Óleos (100 g)	Kcal
Azeite	899
Óleo de soja	899
Manteiga	750
Margarina	747

Carnes, Pescado e Ovos (100 g)	Kcal
Costeleta de porco	105
Lombo de porco	98
Costeleta de borrego	105
Carne de vitelo magro	102
Arroz de vitelo	99
Carilho	87
Peixe	105
Peixe de porco	98
Peixe de porco	144
Peixe de borrego	108
Peixe de borrego	104
Ovos	105

Cereais, Pescado e Ovos (100 g)	Kcal
Bacalhau cozido	202
Doradas	94
Linguiça	84
Bolacha	85
Pescado	83
Tamboril	86
Salmão	179
Treita	84
Milanesa	84
Linguiça	91
Queijos	95

Água e outras bebidas (100 g)	Kcal
Água	0
Café	0,3
Chá	0,2
Coca-cola	42
Néctar	27
*Compal® light	18

APÊNDICE XX - Plano da aula de
fitness/dança

Plano da aula de *Fitness/dança*

Data: 27 de Janeiro de 2012

Hora: 15:00 h

Duração: 60 min

População alvo: Encarregados de educação e crianças da sala dos 3 anos, 4 anos e 5 anos

Local: Ringue do Jardim de Infância

Material: Aparelhagem, discos

	Atividades	Métodos	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objetivos e partes constituintes da sessão	Expositivo	5 min	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Exposição do tema “Promoção de estilos de vida saudáveis em idade pré-escolar – Alimentação e exercício físico”- Resumo das atividades já efetuadas e seus benefícios- Aula de ginástica ministrada pelo professor- Apresentação das danças ensaiadas pelas crianças- Pedido de participação ativa dos encarregados de educação	Expositivo Interativo	30 min – aula com o professor 20 min – apresentação das danças das crianças	Participação ativa dos encarregados de educação e das crianças
Conclusão	Resumo da sessão e agradecimento	Expositivo Interrogativo	5 min	Questionário oral acerca da pertinência e satisfação com a atividade

APÊNDICE XXI - Plano do *peddy paper*

Plano do *Peddy Paper*

Data: 27 de Janeiro de 2012

População alvo: Encarregados de educação e crianças da sala dos 3 anos, 4 anos e 5 anos

Hora: 16:00 h

Local: Ringue do Jardim de Infância

Duração: 90 min

Material: Bolas, lenços, arcos, legumes, frutas, pratos e talheres, roda dos alimentos, mesas

	Atividades	Métodos	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objetivos e partes constituintes da sessão	Expositivo	5 min	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Jogos de interação encarregado de educação/educando, mas que permitam a participação de todas as crianças, independentemente da presença ou não do seu encarregado de educação (macaquinho do chinês, jogo do mata, jogo do lenço, torneio de hula, hula, etc.) - Prova de construção da roda dos alimentos (encarregado de educação/educando) - Prova cega de sabores (legumes e frutas) – encarregados de educação e crianças 	Interativo	40 min – jogos 40 min – construção da roda dos alimentos; provas cegas	Participação ativa dos encarregados de educação e das crianças
Conclusão	Resumo da sessão e agradecimento	Expositivo Interrogativo	5 min	Questionário oral acerca da pertinência e satisfação com a atividade

APÊNDICE XXII – Exemplo do Mapa de Consumos

Maha de Consumo 5 Anos

Dias	1 ^a Semana	2 ^a Semana	3 ^a Semana	4 ^a Semana	5 ^a Semana	6 ^a Semana
Bianca						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						

**APÊNDICE XXIII – Tabela de consumos
diários ao pequeno-almoço e de sopa e
peixe ao jantar**

Tabela de consumos diários ao pequeno-almoço e de peixe e sopa ao jantar

Consumos diários das crianças de 3 anos	2ª feira		3ª feira		4ª feira		5ª feira		6ª feira		Média
	Freq. Abs.	Freq. Rel.	Freq. Abs.	Freq. Rel.	Freq. Abs.	Freq. Rel.	Freq. Abs.	Freq. Rel.	Freq. Abs.	Freq. Rel.	
Leite simples (Peq-alm.)	8	33%	8	38%	5	23%	3	16%	6	32%	28%
Iogurte (Peq-alm.)	3	13%	0	0%	1	5%	3	16%	4	21%	11%
Leite com chocolate (Peq-alm.)	7	29%	3	14%	10	45%	3	16%	3	16%	24%
Cereais simples (Peq-alm.)	4	17%	8	38%	2	9%	7	37%	6	32%	26%
Cereais doces/choc (Peq-alm.)	0	0%	5	24%	3	14%	2	11%	0	0%	10%
Pão com manteiga/queijo... (Peq-alm.)	14	58%	11	52%	7	32%	6	32%	7	37%	42%
Pão doce/choc (Peq-alm.)	2	8%	0	0%	4	18%	2	11%	1	5%	8%
Fruta (Peq-alm.)	0	0%	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%	1%
Sopa (Jantar)	14	58%	13	62%	13	59%	7	37%	10	53%	54%
Peixe (Jantar)	1	4%	6	29%	0	0%	3	16%	3	16%	13%
Número de crianças respondentes	24		21		22		19		19		
Consumos diários das crianças de 4 anos	2ª feira		3ª feira		4ª feira		5ª feira		6ª feira		Média
	Freq. Abs.	Freq. Rel.	Freq. Abs.	Freq. Rel.	Freq. Abs.	Freq. Rel.	Freq. Abs.	Freq. Rel.	Freq. Abs.	Freq. Rel.	
Leite simples (Peq-alm.)	9	41%	6	25%	6	32%	7	32%	9	45%	35%
Iogurte (Peq-alm.)	1	5%	2	8%	0	0%	0	0%	1	5%	4%
Leite com chocolate (Peq-alm.)	0	0%	0	0%	1	5%	1	5%	1	5%	3%
Cereais simples (Peq-alm.)	3	14%	4	17%	6	32%	8	36%	7	35%	27%
Cereais doces/choc (Peq-alm.)	3	14%	4	17%	4	21%	6	27%	3	15%	19%
Pão com manteiga/queijo... (Peq-alm.)	6	27%	6	25%	8	42%	6	27%	6	30%	30%
Pão doce/choc (Peq-alm.)	3	14%	5	21%	0	0%	0	0%	1	5%	8%
Fruta (Peq-alm.)	2	9%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2%
Sopa (Jantar)	13	59%	5	21%	15	79%	13	59%	13	65%	57%
Peixe (Jantar)	13	59%	21	88%	7	37%	5	23%	5	25%	46%
Número de crianças respondentes	22		24		19		22		20		
Consumos diários das crianças de 5 anos	2ª feira		3ª feira		4ª feira		5ª feira		6ª feira		Média
	Freq. Abs.	Freq. Rel.	Freq. Abs.	Freq. Rel.	Freq. Abs.	Freq. Rel.	Freq. Abs.	Freq. Rel.	Freq. Abs.	Freq. Rel.	
Leite simples (Peq-alm.)	9	36%	7	28%	8	33%	6	27%	6	30%	31%
Iogurte (Peq-alm.)	0	0%	4	16%	1	4%	1	5%	1	5%	6%
Leite com chocolate (Peq-alm.)	3	12%	2	8%	2	8%	0	0%	3	15%	9%
Cereais simples (Peq-alm.)	11	44%	11	44%	11	46%	4	18%	9	45%	39%
Cereais doces/choc (Peq-alm.)	1	4%	3	12%	3	13%	11	50%	0	0%	16%
Pão com manteiga/queijo... (Peq-alm.)	9	36%	7	28%	6	25%	4	18%	7	35%	28%
Pão doce/choc (Peq-alm.)	2	8%	3	12%	0	0%	1	5%	2	10%	7%
Fruta (Peq-alm.)	1	4%	2	8%	0	0%	0	0%	0	0%	2%
Sopa (Jantar)	15	60%	6	24%	17	71%	9	41%	12	60%	51%
Peixe (Jantar)	25	100%	23	92%	21	88%	20	91%	6	30%	80%
Número de crianças respondentes	25		25		24		22		20		

**APÊNDICE XXIV – Fotografias das
atividades efetuadas**



**APÊNDICE XXV - Plano da sessão de
apresentação do relatório à equipa da
UCC**

Plano de sessão de apresentação do relatório de estágio na UCC

Data: 14 de Março de 2012

Hora: 11:45 h

Duração: 45 min

População alvo: Enfermeiros da UCC Cacém Care

Local: Sala de reuniões da UCSP Olival

Material: computador, projetor, diapositivos

	Atividades	Métodos	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objetivos e partes constituintes da sessão	Expositivo	5 min	
Desenvolvimento	<p>Apresentação do relatório de estágio: “Promoção de estilos de vida saudáveis em idade pré-escolar – Alimentação e exercício físico”:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico de situação, problemas (diagnósticos de enfermagem) - Objetivos, estratégias, atividades realizadas - Avaliação <p>Incentivo à continuidade do projeto pelos enfermeiros da UCC</p> <p>Competências desenvolvidas na área de especialização de enfermagem comunitária</p>	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Interativo</p>	30 min	Participação ativa dos enfermeiros da UCC
Conclusão	Resumo da sessão, reflexão e agradecimentos	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p>	5 min	Aplicação de questionário de avaliação

**APÊNDICE XXVI - Avaliação da sessão
de apresentação do relatório à equipa da
UCC**

Avaliação da sessão de apresentação do relatório à equipa da UCC

Após a apresentação do relatório: **Promoção de estilos de vida saudáveis em idade pré-escolar: Alimentação e Exercício físico**, por favor, assinale com um círculo em redor do valor desejado, em relação à seguinte pergunta:

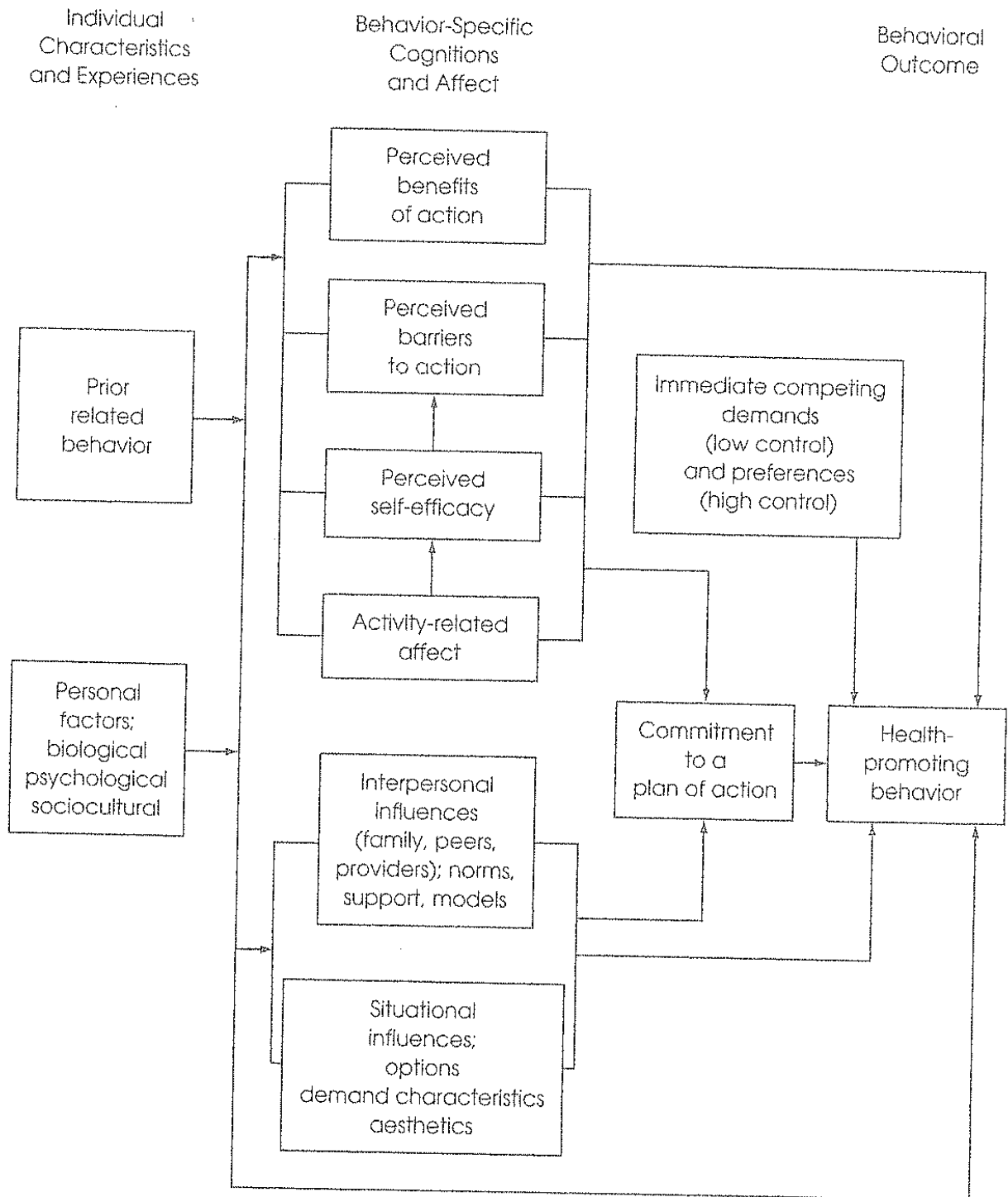
Como classifica a sessão?	Muito mau	Mau	Razoável	Bom	Muito bom
Em relação à forma como o tema foi abordado	1	2	3	4	5
Em relação à clareza na apresentação	1	2	3	4	5
Em relação à utilidade prática que atribui à sessão	1	2	3	4	5

Sugestões:

Muito obrigada pela vossa participação

ANEXOS

ANEXO I – Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender



**ANEXO II - Autorização para realização
de estágio no ACES X Cacém-Queluz na
UCC Cacém Care**

Para:	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
De:	ACES X – Unidade de Massamá
Assunto:	<i>Autorização para realização de Ensino Clínico - Área de Especialização Enfermagem Comunitária – 2011/2012</i>

Ex.ª Sr.ª Prof. Doutora Maria Filomena Gaspar
Presidente do CD da ESEL

Em resposta ao V. Ofício n.º 3481, de 30 de Agosto de 2011, informamos da nossa disponibilidade para a realização do Ensino Clínico para a estudante Maria Filomena Teixeira, nos termos apresentados.

Com os melhores cumprimentos.

Massamá, 5 de Setembro de 2011.

CRISTINA CORREIA
Enl.ª Chete/Vegal C. Clínico
ACES-X-CACÉM/QUELUZ
Assinatura _____

ANEXO III - Centro Social/JI

O Centro Social desenvolve a sua actividade no âmbito do apoio às crianças e às suas famílias dispondo das seguintes valências: creche, Jardim-de-Infância (pré-escolar) e Centro de Actividades de Tempos Livres (CATL), a seguir discriminadas.

A - Creche

A Instituição dispõe de duas creches, com berçários, uma instalada no primeiro andar do edifício central e outra no primeiro andar das edificações anexas.

Creche 1

Está instalada no edifício principal, tem capacidade para o máximo de 48 crianças, distribuídas da seguinte forma:

Sala dos Bebés que é composta por um grupo de 28 crianças dos 4 aos 24 meses, tendo como recursos humanos uma educadora e 4 ajudantes de acção educativa.

Sala dos 2 anos que é composta por um grupo de 20 crianças de 2/3 anos, tendo como recursos humanos uma educadora e 2 ajudantes de acção educativa.

Creche 2

Está instalada nas edificações anexas e tem capacidade para, no máximo, 35 crianças, distribuídas da seguinte forma:

Sala dos Bebés que é composta por um grupo de 20 crianças dos 4 aos 24 meses, tendo como recursos humanos uma educadora e 3 ajudantes de acção educativa.

Sala dos 2 anos que é composta por um grupo de 15 crianças de 2/3 anos, tendo como recursos humanos uma educadora e uma ajudante de acção educativa.

Objectivo desta valência

Esta valência tem como objectivo genérico proporcionar às crianças as condições para poderem desenvolver todos os aspectos da sua personalidade, nomeadamente, nos campos social, intelectual, físico e emocional, não obstante a consciência de que existem ritmos diferentes de desenvolvimento em cada criança, que importa respeitar.

Pretende-se, assim, estimular o Bebé/Criança a:

- Adquirir a sua independência;
- Desenvolver o respeito por si e pelos outros;
- Socializar em grupo, reconhecendo a individualidade de cada uma
- Desenvolver a capacidade de expressão através do diálogo e da criatividade;

- Desenvolver a curiosidade e o gosto pela compreensão;
- Facilitar, em tudo o que seja possível e sem nunca pretender substituir-se a eles, o dia a dia dos Pais;
- Fornecer aos Pais a confiança e a tranquilidade para que possam, de uma forma correcta, desempenhar as suas funções profissionais.
-

B - Jardim-de-Infância (Educação Pré-escolar)

B1 – Salas e recursos humanos

A Instituição dispõe de cinco salas de Jardim Infância com capacidade para o máximo de 125 crianças, distribuídas da seguinte forma:

Sala dos 3 anos

É composta por, no máximo, um grupo de 25 crianças de 3/4 anos, tendo como recursos humanos uma Educadora e duas Ajudantes de Acção Educativa.

Sala dos 4 anos

É composta por, no máximo, um grupo de 25 crianças de 4/5 anos, tendo como recursos humanos uma Educadora e uma ajudante de Acção Educativa.

Sala dos 5 anos

É composta por, no máximo, um grupo de 25 crianças de 5/6 anos, tendo como recursos humanos uma educadora e uma Ajudante de Acção Educativa.

Sala Mista 1

É composta por, no máximo, um grupo de 25 crianças de 3/4/5/6 anos, tendo como recursos humanos uma educadora e uma Ajudante de Acção Educativa.

Sala Mista 2

É Composta por, no máximo, um grupo de 25 crianças de 3/4/5/6 anos, tendo como recursos humanos uma Educadora e uma Ajudante de Acção Educativa.

Estas duas salas são, em simultâneo, apoiadas por mais uma Ajudante de Acção Educativa.

B2 - Descrição das actividades de educação pré-escolar

Actividades Educativas

Antes de passarmos a expor as actividades educativas que nos propomos realizar a nível da Instituição, queremos referir que a atitude do educador será a de estimular, apoiar e confrontar a criança. Estimular passa por exemplo, entre muitas outras coisas, por levar a criança a procurar respostas para as suas perguntas (conversando, procurando livros ou até usando as visitas ao exterior, ou os meios

audiovisuais). Significa oferecer possibilidade de escolha de actividades e implicar a criança na organização do tempo, do espaço, da vida em grupo.

Quanto à atitude de apoio que o educador terá, esta significa escutar a criança, explicar-lhe as regras do grupo, exprimir um desacordo, despertar a criança para as consequências dos seus actos.

Como meta importante a atingir e que se encontra subjacente a todas as actividades educativas, está o levar as crianças a “aprender a aprender”, partindo do que elas já sabem e da sua cultura.

Com este objectivo, levamos a criança a aperceber-se de que já é possuidora de muitos conhecimentos, que pode aprender ainda mais e que isso é bom e divertido.

Em suma, levamo-la a confiar nas suas capacidades, a ser curiosa e a gostar de aprender.

Actividades Curriculares

Gostaríamos agora de passar a enunciar as principais áreas educativas exploradas:

- Expressões: motora, dramática, plástica e musical;
- Domínio linguístico e abordagem à leitura e à escrita;
- Domínio da Matemática;
- Conhecimento do mundo (tanto o meio mais próximo, como o mais alargado).

Encarámos estas áreas, não como compartimentos estanques, mas sim como aspectos que podem interligar-se e ser explorados em conjunto no desenvolvimento de determinado projecto de trabalho. Mais concretamente em relação às expressões, elas são formas de comunicação e de expressão da criança, as quais lhe provocam uma certa sensibilização estética e lhe despertam o gosto pelas diferentes manifestações de arte.

Em relação ao domínio linguístico e à abordagem à leitura e à escrita, o Jardim-de-Infância tem um papel fundamental. Encaramos a futura aprendizagem da leitura e da escrita, não como um fim, mas como um meio. É nesta perspectiva que desejamos inculcar nas crianças o gosto pela leitura e pela escrita. Assim elas irão para a escola cheias de vontade de aprender a ler as histórias de que tanto gostam, ajudar a fazer a lista de compras, ler legendas, etc., etc.

Quanto à Matemática, ela é explorada, aproveitando sobretudo situações do dia-a-dia ou enquadrada na exploração de determinado projecto de trabalho.

Através desta área pretendemos, sobretudo, desenvolver na criança um espírito lógico, uma maior estruturação do pensamento, um enriquecimento da linguagem e atingir uma representação da realidade mais organizada e menos egocêntrica.

Gostaríamos, agora, de nos referir à área do Conhecimento do Mundo. Esta desenvolve-se a partir da curiosidade das crianças, das perguntas que elas fazem, do seu desejo de perceber e conhecer. Desenvolve-se também a partir de temas que o educador pensa ser importante valorizar e desenvolver (embora avaliando sempre o interesse e a motivação das crianças).

A criança com o apoio do educador (que, por sua vez, usa os mais variados recursos) alarga os seus horizontes, o seu desejo de aprender.

C – Centro de Actividades de Tempos Livres (CATL)

A Instituição dispõe de três salas, devidamente equipadas e apetrechadas com material didáctico, para Actividades de Tempos Livres destinadas às crianças do 1º ciclo (dos 6 aos 10 anos).

Essas salas têm capacidade máxima total para 110 crianças, envolvendo, no mínimo, os seguintes recursos humanos: duas técnicas e três auxiliares.

São objectivos das Actividades de Tempos Livres:

Desenvolver actividades de enriquecimento curricular e de ocupação dos tempos livres para crianças do 1º ciclo, através da:

Educação ambiental, desenvolver uma consciência crítica sobre o ambiente, sensibilizando para a participação activa na sociedade.

Expressão Corporal e Plástica e Musical, com jogos de animação, performances teatrais, exposições que possibilitem a livre expressão e ainda as comemorações de datas festivas, contribuindo para o desenvolvimento social, cognitivo, criativo e motor.

Educação para uma cidadania activa, através do envolvimento no próprio projecto do Grupo, na realização de conversas informais sobre problemáticas da actualidade como forma de consciencializar para o mundo que nos rodeia e do nosso papel como agentes transformadores.

Educação para o desporto estimulando a importância da prática desportiva e de uma vida activa.

**ANEXO IV - Questionário Espiga
(NRAPCO)**

CAROS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO:

O meu nome é Filomena Teixeira, sou enfermeira no Agrupamento de Centros de Saúde X, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Olival e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária. Durante os próximos 6 meses realizarei, inserida na equipa de Saúde Escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade – Cacém-Care, um estágio de Intervenção Comunitária, no Centro Social Quinta da Boa Vista.

Baseada no projecto elaborado: **PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: ALIMENTAÇÃO E EXERCÍCIO FÍSICO**, peço a colaboração no sentido do preenchimento deste questionário, cuja finalidade é a colheita de dados acerca dos hábitos de vida em relação à alimentação e ao exercício físico, das crianças em idade pré-escolar e respectiva família, que frequentam o Jardim de Infância do referido Centro, pertencente ao Parque Escolar abrangido pela Equipa de Saúde Escolar do Centro de Saúde do Cacém.

O objectivo é serem desenvolvidas actividades com as crianças e respectivos encarregados de educação direccionadas para as necessidades verificadas através das suas respostas a este questionário. A informação será por isso unicamente utilizada para desenvolver melhores programas de promoção da saúde para as crianças.

A sua opinião é muito importante!

Não existem respostas certas ou erradas pois o que se pretende é a sua resposta sincera e pessoal. Responda, por favor, tendo em conta o momento presente e o caso particular do seu educando. As suas respostas são anónimas e confidenciais e destinam-se somente a tratamento estatístico.

Para qualquer informação adicional poderá contactar-me para o nº de telefone: 219138900.

Desde já agradeço a sua disponibilidade.

Antecedentes Familiares

Registe os dados referentes aos pais da criança:

	Pai	Mãe
12. Peso	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> Kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> Kg
13. Estatura actual (Altura)	<input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> m
14. Diabetes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
15. Hipertensão Arterial (Tensão Alta)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
16. Hipercolesterolemia (Colesterol Alto)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe

Frequência Alimentar

Registe com que frequência a sua criança come/bebe os seguintes alimentos/bebidas:

(Assinale uma opção em cada linha)

	Nunca ou raramente	1 x de 15-15 dias	1-3 x por semana	4-7 x por semana	Mais de 1 x por dia
17. Leite Magro ou meio gordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Leite gordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Leite aromatizado (ex: achocolatado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Bebidas de soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Iogurte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sobremesas lácteas e outros produtos lácteos (pudins, queijinho <i>petit-suisse</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Gelados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Queijo fresco, requeijão ou queijo magro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Queijo gordo (Serpa, Nisa, Serra, amanteigado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Enchidos (chouriço, linguiça, paio, farinheira)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Peixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ovos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Manteiga/margarina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Comportamento Alimentar

Registe com que frequência a sua criança revela este tipo de atitudes/comportamentos:

(Assinale uma opção em cada linha)

	Nunca	Raramente	Por Vezes	Muitas Vezes	Sempre
46. O meu filho(a) adora comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. O meu filho(a) come mais quando anda procupado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. O meu filho(a) tem um grande apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. O meu filho(a) termina as refeições muito rapidamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. O meu filho(a) interessa-se por comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. O meu filho(a) anda sempre a pedir bebidas (refrigerantes ou sumos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Perante novos alimentos o meu filho(a) começa por recusá-los	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. O meu filho(a) come vagorosamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Raramente	Por Vezes	Muitas Vezes	Sempre
54. O meu filho(a) come menos quando está zangado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. O meu filho(a) gosta de experimentar novos alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. O meu filho(a) come menos quando está cansado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. O meu filho(a) está sempre a pedir comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. O meu filho(a) come mais quando está aborrecido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Se o deixassem, o meu filho(a) comeria demais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. O meu filho(a) come mais quando está ansioso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. O meu filho(a) gosta de uma grande variedade de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. O meu filho(a) deixa comida no prato no fim das refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. O meu filho(a) gasta mais que 30 minutos para terminar a refeição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Se tivesse oportunidade, o meu filho(a) passaria a maior parte do tempo a comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. O meu filho(a) está sempre à espera da hora das refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. O meu filho(a) fica cheio(a) antes de terminar a refeição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. O meu filho(a) adora comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. O meu filho(a) come mais quando está feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. O meu filho(a) é difícil de contentar com as refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. O meu filho(a) come menos quando anda transtornado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. O meu filho(a) fica cheio muito facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. O meu filho(a) come mais quando não tem nada para fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Mesmo se já está cheio o meu filho(a) Arranja espaço para comer um alimento preferido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) passaria o dia a beber continuamente (refrigerantes ou sumos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. O meu filho(a) é incapaz de comer a refeição se antes tiver comido qualquer coisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre a tomar uma bebida (refrigerantes ou sumos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. O meu filho(a) interessa-se por Experimentar alimentos que nunca provou antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. O meu filho(a) decide que não gosta de um alimento mesmo que não tenho provado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Se tivesse a oportunidade, o meu filho(a) estaria sempre com comida na boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. O meu filho(a) come cada vez mais devagar ao longo da refeição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Percepção dos Encarregados de Educação

Registe se a sua criança revela ou refere:

(Assinale uma opção em cada linha)

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

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

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

Actividade Física

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

Ida para a Escola

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

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

Regresso da Escola

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

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

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

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

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

- Sim Não

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

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

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

h m

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

h m

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

h m

96. 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

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

Fim-de-semana

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

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

Dias úteis

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

Fim-de-semana

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

98. Tem computador em casa? Sim Não

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

Dias úteis

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

Fim-de-semana

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

106. A sua casa é:

Própria (em aquisição)

Alugada

Própria (já paga)

Cedida

Outro (especifique):

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

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

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

Gostaria de deixar algum comentário?

--



Mais uma vez, obrigada pela sua colaboração

**ANEXO V - Autorizações para utilização
de questionário ESPIGA e questionário
CEBQ**



ARSA,IP

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, 03 de Agosto de 2011

Exma. Sra. Enfermeira Filomena Teixeira

Face ao v/ pedido efectuado a 27 de Julho, 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

Victor M C Viana para mim
mostrar detalhes 10 ago

Cara enfª Maria Filomena Teixeira

Em relação ao seu pedido de utilização de um questionário, apenas posso autorizar o uso do CEBQ (Questionário do Comportamento Alimentar para Crianças). Se é desse que se trata, tem a minha autorização.

Cumprimentos

Victor Viana Ph.D.

Professor Associado

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Rua Dr. Roberto Frias, 4200-465

Porto PORTUGAL

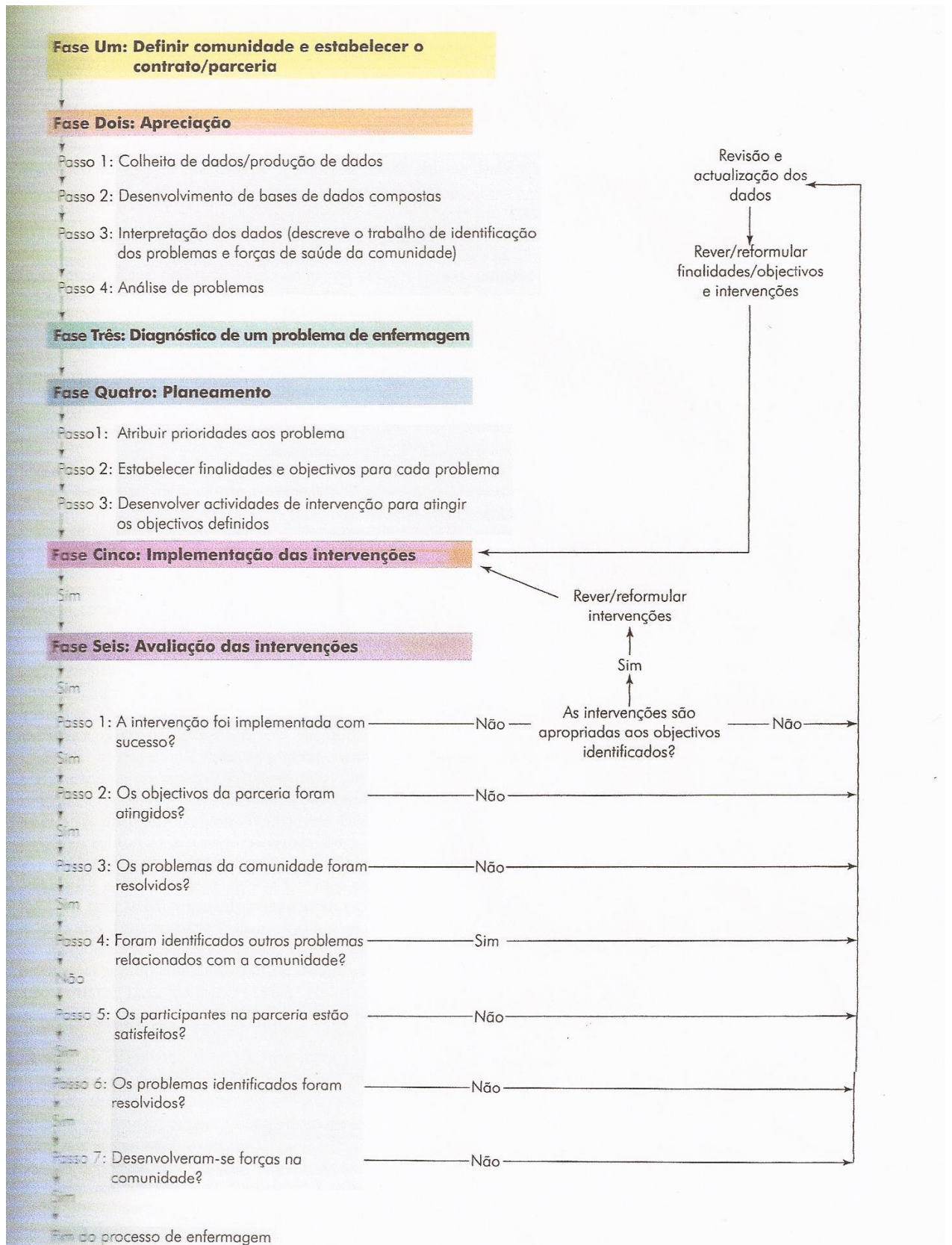
ANEXO VI - Roda dos alimentos

R
O
D
A
S
A
L
I
M
E
N
T
O
S



Fonte: Adaptado de PCO, DGS, 2007

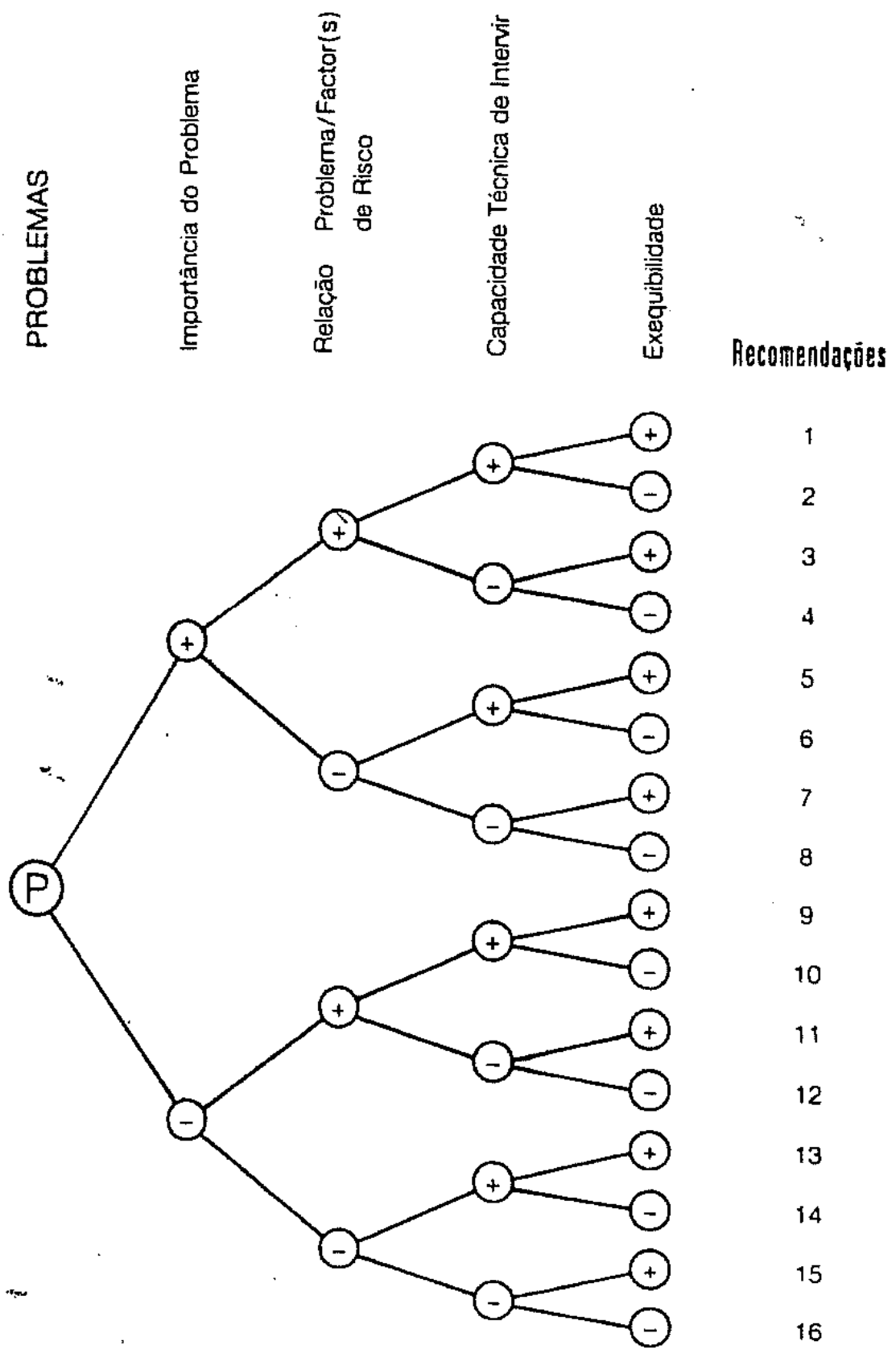
**ANEXO VII - Processo de Enfermagem
centrado na Comunidade**



**ANEXO VIII - Modelo de 7 eixos da
CIPE® versão 2**



ANEXO IX - Grelha de Análise



Fonte: Tavares, 1990, p.89

ANEXO X – Agradecimento do JI

Na nossa Quinta...

Espaço de divulgação de momentos do nosso dia-a-dia

Quinta-feira, 16 de Fevereiro de 2012

Muito Obrigada!

Vimos agradecer à Enfermeira Filomena Teixeira todo o saber que nos transmitiu e as brincadeiras e jogos que nos proporcionou. Cada vez que vinha trabalhar connosco era dia de euforia e diversão, mas também de muita aprendizagem. Aprendemos como o nosso corpo funciona lá por dentro, a comer melhor e a fazer exercício. Assim, crescemos para cima e não para os lados!

Muito obrigada! Ficamos à espera que nos venha visitar.

Publicada por em [02:35](#) [0 comentários](#)