

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

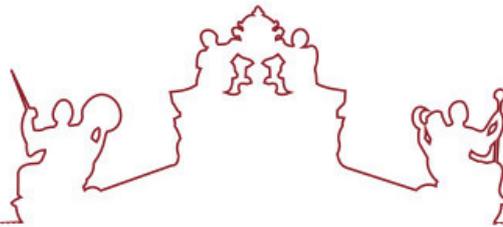
Relatório de Estágio

**”O combate da obesidade infanto-juvenil num concelho do
Alentejo Central, um desafio em tempos pandémicos“**

Carla Sofia Couveiro Félix Aparecido

Orientador(es) | Isaura Serra

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

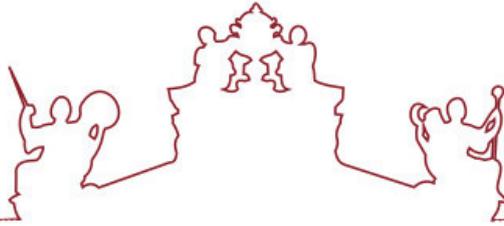
Relatório de Estágio

”O combate da obesidade infanto-juvenil num concelho do Alentejo Central, um desafio em tempos pandémicos“

Carla Sofia Couveiro Félix Aparecido

Orientador(es) | Isaura Serra

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Universidade de Évora)

Vogais | Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco (Instituto Politécnico de Portalegre)
(Arguente)
Isaura Serra (Universidade de Évora) (Orientador)

“ Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar”

Paulo Freire, in *“O Caminho se faz caminhando”*

“O combate da obesidade infanto-juvenil num concelho do Alentejo Central, um desafio em tempos pandémicos”

Dedicado a ti Ricardo e ao João do nosso coração.

Porque todo o percurso só faz sentido pelos momentos de partilha, de aprendizagem, pelas lutas e vitórias que se travam, que permitem crescimento e realização pessoal e profissional...

Importa então agradecer a todos os que contribuíram para que se concretizasse esta etapa...

À orientadora pedagógica, Professora Isaura Serra pela disponibilidade, partilha de conhecimentos e apoio incondicional, foi tão importante para mim!

À enfermeira supervisora Fátima Santos, pelo seu apoio, partilha, disponibilidade, colaboração e compreensão dispensada em todos os momentos...

À nutricionista da UCC, DS, pela partilha de saberes interdisciplinares, pelo apoio incondicional;

À Professora responsável pelo programa fitescolas pela sua disponibilidade a atenção com que sempre pude contar;

Ao Agrupamento de Escolas onde o projeto foi desenvolvido e Espaço Juvenil, um obrigado pela disponibilidade e colaboração...

A ti Ricardo pelo apoio, pela compreensão, pela tolerância das ausências e dos momentos de cansaço, por não me permitires desistir...

Ao meu filhote João, dono do meu coração... pelo amor incondicional, pelo teu colo tão pequenino, mas que suportou o mundo da mamã nos momentos mais difíceis....

Aos meus pais, mano e Maria pelo apoio, pela força e determinação com que se empenharam na ajuda a ultrapassar as dificuldades e, pelo alento que me deram para continuar nesta caminhada...

Aos meus sogros, por me tomarem como filha e pelo apoio a que sempre me habituaram...

A ti Madrinha e primas, que sempre acompanham as minhas aventuras e desafios, e que sempre assumem a vosso lugar próximo com todo o apoio que preciso...

À minha amiga e colega Dani, companheira de viagem do caminho profissional e pessoal que tantas vezes se cruzaram...por nunca nos termos deixado cair uma á outra, por nunca permitir-mos que o desalento se instalasse, e que sempre continuámos fortes e motivadas na conquista desta etapa!

Abstract

"Combating childhood obesity, a challenge in pandemic times"

Childhood obesity is one of the most serious public health problems, with a large increase in the prevalence of overweight and obesity in children and adolescents in recent decades. The current context of the pandemic has brought an increased risk of developing risk factors associated with overweight and obesity. Given this reality, it is essential to diagnose and intervene early, contributing to the promotion of healthy behaviors and lifestyle habits, with regard to food and physical activity.

Objective: Contribute to the promotion of healthy eating habits and regular physical activity in children referred by the fitescolas program in the grouping of schools in a municipality in Central Alentejo, in the context of School Health.

Method: Based on the Health Planning Methodology, a community intervention project was developed, aimed at children referred by the fitescolas program in the grouping of schools in a municipality in Central Alentejo. As a data collection technique, the ESPIGA questionnaire was applied to those in charge of education and the food preferences questionnaire to children and young people, which were later reapplied as an evaluation strategy.

Results: There were bad practices of healthy eating and the presence of a sedentary lifestyle in these children. Priorities were established, strategies aimed at children and guardians were elaborated, interventions were carried out and their evaluation was carried out, noting that the interventions carried out met the defined objectives.

Conclusion: Education for Health proved to be one of the most effective strategies in the empowerment of children and guardians, with the objective of adopting healthy behaviors.

Keywords: Childhood obesity; School Health; Health promotion; Eating habits; Sedentary lifestyle.

Resumo

O Combate da obesidade infanto-juvenil num concelho do Alentejo Central, um desafio em tempos pandémicos”

A obesidade infanto-juvenil constitui-se com um dos mais sérios problemas de saúde pública, assistindo-se, nas últimas décadas a um grande aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade infanto-juvenil. O contexto atual da pandemia trouxe um aumento do risco de desenvolvimento de fatores de risco associados ao excesso de peso e obesidade. Perante esta realidade, torna-se primordial diagnosticar e intervir precocemente, contribuindo para a promoção de comportamentos e hábitos de vida saudáveis, no que diz respeito à alimentação e atividade física.

Objetivo: Contribuir para a promoção de hábitos alimentares saudáveis e de atividade física regular em crianças referenciadas pelo programa fitescolas no agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central, no contexto da Saúde Escolar.

Método: Com base na Metodologia do Planeamento em saúde, foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária, dirigido às crianças referenciadas pelo programa fitescolas no agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central. Como técnica de colheita de dados foi aplicado o questionário ESPIGA aos encarregados de educação e o questionário das preferências alimentares às crianças e jovens, sendo os mesmos reaplicados, posteriormente, como estratégia de avaliação.

Resultados: Verificaram-se más práticas de alimentação saudável e presença de sedentarismo nestas crianças. Foram estabelecidas prioridades, elaboradas estratégias direcionadas às crianças e encarregados de educação, executadas intervenções e feita a sua avaliação, constatando-se que as intervenções realizadas, foram ao encontro dos objetivos delimitados.

Conclusão: A educação para a Saúde revelou ser uma das estratégias mais eficaz no empoderamento das crianças e encarregados de educação, tendo por objetivo a adoção de comportamentos saudáveis.

Palavras-chave: Obesidade infanto-juvenil; Saúde Escolar; Promoção da Saúde; Hábitos Alimentares; Sedentarismo.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ACES- Agrupamento de centros de Saúde

ARSA- Administração Regional de Saúde do Alentejo

APA- American Psychological Association

APCOI – Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil

ARS – Administração Regional de Saúde

ENPAV- Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-estar.

ESPIGA- Estudo de Saúde da População Infantil da Região Alentejo

CEB- Ciclo do Ensino Básico

CERCIMOR- Cooperativa de educação e reabilitação de cidadãos inadaptados

CDE- Código Deontológico dos Enfermeiros

COSI – Childhood Obesity Surveillance Initiative

DGS – Direção Geral de Saúde

Enf. – Enfermeira

ECSP – Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

IMC - Índice de Massa Corporal

IAN-AF- Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física.

INE – Instituto Nacional de estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

IMC- Índice de Massa Corporal

IP - Intervenção Precoce na Infância

MPS- Modelo Promoção da Saúde

NACJR - Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

NUTS- Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PNPAF- Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSI - Rendimento Social de Inserção

TDAH- Transtorno de défice de atenção/hiperatividade.

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UMDR- Unidades de Média Duração e Reabilitação

ULDM- Unidade de Longa Duração e Manutenção

UE- União Europeia

Índice

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 16 |
| 1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 19 |
| 1.1 OBESIDADE INFANTO-JUVENIL | 19 |
| 1.2 - DADOS EPIDEMIOLÓGICOS-INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DA OBESIDADE | 22 |
| 1.3 – DADOS RELATIVOS Á ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA/SEDENTARISMO DAS CRIANÇAS PORTUGUESAS | 31 |
| 1.4 - IMPACTO DA PANDEMIA POR COVID-19 NA OBESIDADE INFANTO-JUVENIL | 40 |
| 1.5 – O PAPEL DA FAMÍLIA NA OBESIDADE INFANTO-JUVENIL..... | 44 |
| 1.6 – SAÚDE ESCOLAR..... | 46 |
| 2- MODELO NOLA PENDER..... | 50 |
| 3 - ANÁLISE DO CONTEXTO | 53 |
| 3.1.- CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA DO CONCELHO | 53 |
| 3.2 CONTEXTO DO LOCAL DE INTERVENÇÃO - CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE FUNCIONAL ONDE FOI IMPLEMENTADO O PROJETO DE INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE..... | 57 |
| 4- METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE..... | 59 |
| 4.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO | 61 |
| 4.1.1 - Pesquisa de consenso com informadores-chave | 61 |
| 4.1.2 - População-alvo | 65 |
| 4.1.3 – Análise de risco e Plano de ação..... | 66 |
| 4.1.4 - Instrumentos de recolha de dados | 66 |
| 4.1.5 - Considerações Éticas..... | 66 |
| 4.1.6 - Apresentação e análise de dados..... | 68 |
| 4.1.7 - Identificação de problemas e necessidades..... | 75 |
| 4.2- DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES | 75 |
| 4.4 – METAS E INDICADORES..... | 80 |
| 4.5- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS..... | 83 |
| 4.6- PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO..... | 85 |
| 4.6.1 – Intervenções / Atividades | 85 |
| 4.6.2 – Cronograma de Atividades | 88 |
| 4.6.3 – Previsão de Recursos e Análise da Estratégia Orçamental..... | 88 |
| 4.6.4 - Comunicação e Divulgação do projeto | 92 |

| | |
|--|------------|
| 4.6.5 – Seguimento/Follow-up do Projeto | 92 |
| 4.7 - MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO | 93 |
| 5 – ANÁLISE REFLEXIVA: DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE | 102 |
| 5.1. – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA..... | 103 |
| 5.2. – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA | 106 |
| 5.3 – COMPETÊNCIAS DO GRAU ACADÉMICO DE MESTRE..... | 109 |
| CONCLUSÃO | 111 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 114 |
| ANEXOS | 123 |
| ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS ALENTEJO | 124 |
| ANEXO II - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA | 127 |
| ANEXO III - PARECER DA DIRETORA EXECUTIVA DOS ACES DO ALENTEJO CENTRAL | 129 |
| ANEXO IV - PARECER DA COORDENADORA DO AGRUPAMENTO DE ESCOLAS ONDE FOI IMPLEMENTADO O PROJETO | 131 |
| ANEXO V - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ESPIGA, VERSÃO FAMÍLIA | 133 |
| ANEXO VI – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS PREFERÊNCIAS ALIMENTARES DE ANDRADE | 135 |
| ANEXO VII – QUESTIONÁRIO ESPIGA, VERSÃO FAMÍLIA | 137 |
| ANEXO VIII - PUBLICAÇÃO DE ARTIGO NO JORNAL LOCAL | 147 |
| ANEXO IX – RESUMO DO ESTUDO APRESENTADO NO II CONGRESSO INTERDISCIPLINAR SOBRE REPRESENTAÇÕES E SOBRE QUALIDADE DE VIDA DO VALE DE SÃO FRANCISCO – MAIS QUALIDADE DE VIDA, MAIS DIGNIDADE! | 149 |
| ANEXO X - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO II CONGRESSO INTERDISCIPLINAR SOBRE REPRESENTAÇÕES E SOBRE QUALIDADE DE VIDA DO VALE DE SÃO FRANCISCO – MAIS QUALIDADE DE VIDA, MAIS DIGNIDADE! | 152 |
| ANEXO XI - CERTIFICADO DE MENÇÃO HONROSA NO II CONGRESSO INTERDISCIPLINAR SOBRE REPRESENTAÇÕES E SOBRE QUALIDADE DE VIDA DO VALE DE SÃO FRANCISCO – MAIS QUALIDADE DE VIDA, MAIS DIGNIDADE! | 155 |
| APÊNDICES | 157 |
| APÊNDICE I - CILE DA PESQUISA DE INFORMADORES-CHAVE | 158 |
| APÊNDICE II – GUIÃO DA PESQUISA DE INFORMADORES-CHAVE | 160 |

| | |
|--|------------|
| APÊNDICE III – MATRIZ DE ANÁLISE DA PESQUISA DE INFORMADORES-CHAVE..... | 163 |
| APÊNDICE IV – DOCUMENTO INFORMATIVO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA | 170 |
| APÊNDICE V – CILE PARA PARTICIPAÇÃO NO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA | 173 |
| APÊNDICE VI – WORK-BREAKDOWN (WBS)..... | 175 |
| APÊNDICE VII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS PREFERÊNCIAS ALIMENTARES..... | 177 |
| APÊNDICE VIII – Distribuição percentual da amostra segundo a frequência alimentar da população-alvo | 181 |
| APÊNDICE IX – DISTRIBUIÇÃO percentual segundo preferências alimentares | 184 |
| APÊNDICE X – PLANO DE SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE | 187 |
| APÊNDICE XI – POWERPOINT DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E EXERCÍCIO FÍSICO – OS INSEPARÁVEIS”..... | 194 |
| APÊNDICE XII – POWERPOINT DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “O QUE SE ESCONDE POR DETRÁS DO BOM SABOR”..... | 204 |
| APÊNDICE XIII –”FOLHETO INFORMATIVO “OBESIDADE INFANTO-JUVENIL, JUNTOS PODEMOS MUDAR!” | 214 |
| APÊNDICE XIV – LOGOTIPO “NUTRICLUBE” | 217 |
| APÊNDICE XV – LIVRO DE RECEITAS | 219 |
| APÊNDICE XVI – PROPOSTA DE ATIVIDADE AO CONSELHO PEDAGÓGICO . | 225 |
| APÊNDICE XVII – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES | 228 |
| APÊNDICE XVIII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE TRANSMISSÃO DE CONHECIMENTOS..... | 231 |
| APÊNDICE XIX – GRELHA DE AVALIAÇÃO | 234 |
| APÊNDICE XX – AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA ALIMENTAR DAS CRIANÇAS APÓS IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO (ESPIGA)..... | 237 |
| APÊNDICE XXI - AVALIAÇÃO DAS PREFERÊNCIAS ALIMENTARES DAS CRIANÇAS APÓS IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO (PREFERÊNCIAS ALIMENTARES DE ANDRADE)..... | 240 |
| APÊNDICE XXII - ARTIGO CIENTIFICO | 243 |

ÍNDICE DE MAPAS

| | |
|--|----|
| Mapa 1: Prevalência da Obesidade a Nível Mundial – Adultos, 2018..... | 22 |
| Mapa 2 : Distribuição espacial (por região NUTS II) da prevalência de Obesidade e de Pré-obesidade, ponderada para a distribuição da população portuguesa, 2015-2016..... | 25 |
| Mapa 3: Prevalência padronizada em crianças menores de 5 anos, estimativas comparáveis, 2014..... | 26 |
| Mapa 4: Prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) por região em 2008 e 2019..... | 29 |
| Mapa 5: Distribuição espacial, por região NUTS II, da prevalência de insegurança alimentar, ponderada para a distribuição da população portuguesa 2015-2016..... | 36 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1: Prevalência de obesidade por sexo e grupo etário, ponderada para a distribuição ponderada da população portuguesa 2015-2016..... | 23 |
| Gráfico 2: Prevalência de pré-obesidade por sexo e grupo etário, ponderada para a distribuição ponderada da população portuguesa,2015-2016..... | 24 |
| Gráfico 3: Prevalência de obesidade por nível de escolaridade, ponderada para a distribuição ponderada da população portuguesa, 2015-2016..... | 24 |
| Gráfico 4: Prevalência de pré-obesidade por nível de escolaridade e grupo etário, ponderada para a distribuição ponderada da população portuguesa, 2015-2016..... | 24 |
| Gráfico 5: Prevalência de excesso de peso em rapazes de 7 anos. OMS Europa COSI 2016/2017..... | 27 |
| Gráfico 6: Estado nutricional por idade, COSI Portugal 2019. Fonte: INSA 2019..... | 28 |
| Gráfico 7: Prevalência de baixo peso infantil, excesso de peso (incluindo obesidade) e obesidade (6-8 anos de idade) nas diferentes rondas do COSI Portugal (2008 a 2019)..... | 30 |
| Gráfico 8: Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos de um Concelho do Alentejo Central de acordo com os valores de IMC, 2020..... | 30 |
| Gráfico 9: Percentagem de défice de consumo de fruta e produtos hortícolas por faixa etária e Percentagem de abuso de consumo de néctares e refrigerantes por faixa etária, 2015-2016..... | 32 |
| Gráfico 10: Consumo habitual médio de alguns grupos e subgrupos de alimentos, em gramas por dia, referente ao total nacional e por grupos etários, 2015-2016..... | 32 |
| Gráfico 11: Distribuição de crianças com obesidade entre 6 a 10 anos pertencentes a um estudo realizado no Alentejo Central, de acordo com o tipo de alimentos consumidos por dia, 2020..... | 33 |
| Gráfico 12: Prevalência dos diferentes níveis de insegurança alimentar a nível nacional, ponderada para a distribuição da população portuguesa, 2015-2016..... | 35 |
| Gráfico 13: Prevalência de prática de atividade física moderada a vigorosa (≥ 3 Mets) por pelo menos 60 min por dia, nacional, por sexo e grupo etário (IAN-AF 2015-2016), ponderada para a distribuição da população portuguesa..... | 37 |

| | |
|--|----|
| Gráfico 14: Prevalência de participação em brincadeiras ativas por pelo menos 60 minutos por dia, nacional, por sexo e grupo etário (IAN-AF2015-2016), ponderada para a distribuição da população portuguesa..... | 38 |
| Gráfico 15: Tempo médio (h/dia) passado em comportamento sedentário, por sexo (IAN-AF 2015-2016), ponderada para a distribuição da população portuguesa..... | 38 |
| Gráfico16: Prevalência tempo passado a ver televisão (≥ 2 horas/dia), nacional, por sexo e por grupo etário (IAN-AF 2015-2016), ponderada para a distribuição da população portuguesa..... | 39 |
| Gráfico 17: Distribuição de crianças com obesidade entre 6 a 10 anos pertencentes a um estudo realizado no Alentejo Central, de acordo com as atividades lúdicas, por categoria de peso, normal, excesso de peso e obesidade, 2020..... | 40 |
| Gráfico 18: População residente no concelho onde decorreu o projeto de intervenção: total e por grandes faixas etárias, estimativas a 31/12 de 2019..... | 54 |
| Gráfico 19: População residente com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elavado segundo os censos (%) no alentejo central..... | 55 |
| Gráfico 20: População residente com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elavado segundo os censos (%) no concelho onde docorreu o projeto de intervenção..... | 55 |
| Gráfico 21: Taxa de retenção e desistência no ensino básico total e por ano de escolaridade..... | 56 |
| Gráfico 22: Causas da obesidade infantil atribuídas pelos pais..... | 71 |
| Gráfico 23: Atividade em dias úteis, da população-alvo..... | 74 |
| Gráfico 24: Atividade ao fim-de-semana, da população-alvo..... | 74 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1: Situação alimentar e nutricional em Portugal, PNAS 2020..... | 34 |
| Figura 2: Risco de inseguranças alimentar durante o período de contenção social no contexto da COVID-19, 2020..... | 43 |
| Figura 3: Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde..... | 51 |
| Figura 4: Densidade populacional do Alentejo Central..... | 54 |
| Figura 5: Densidade populacional do concelho | 54 |
| Figura 6: Etapas da Metodologia do Planeamento em Saúde..... | 60 |
| Figura 7: Grelha de análise para determinação de prioridades..... | 77 |
| Figura 8: Grelha de aplicada aos problemas identificados..... | 78 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| Tabela 1: Estado nutricional por sexo, COSI Portugal 2019..... | 28 |
| Tabela 2: Estado nutricional por Região, COSI 2019..... | 29 |
| Tabela 3: Análise sumária do conteúdo do focus group..... | 64 |
| Tabela 4: Dados relativos aos antecedentes familiares (patologias) dos pais e mães das crianças..... | 70 |
| Tabela 5: Meta e Indicador Objetivo 1..... | 80 |
| Tabela 6: Meta e Indicador Objetivo 2..... | 80 |
| Tabela 7: Meta e Indicador Objetivo 3..... | 81 |
| Tabela 8: Meta e Indicador Objetivo 4..... | 82 |
| Tabela 9: Previsão de Recursos e Análise da Estratégia Orçamental..... | 89 |
| Tabela 10: Plano de Reuniões..... | 90 |
| Tabela 11: Indicadores de processo..... | 94 |
| Tabela 12: Avaliação do objetivo 1..... | 97 |
| Tabela 13: Avaliação do objetivo 2..... | 98 |
| Tabela 14: Avaliação do objetivo 3..... | 100 |
| Tabela 15: Avaliação do objetivo 4..... | 101 |

INTRODUÇÃO

O presente relatório, intitulado de “O combate da obesidade infanto-juvenil num concelho do Alentejo Central, um desafio em tempos pandémicos” insere-se no âmbito da Unidade Curricular Relatório de Estágio Final do 5º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus sob a orientação da Professora Isaura Serra.

Este relatório tem como finalidade descrever o projeto de intervenção desenvolvido, assim como refletir sobre a aquisição das Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista e de Competências de Mestre. A sua elaboração, discussão pública e aprovação tem por objetivo a obtenção do grau de mestre em enfermagem e competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

A obesidade é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a epidemia do século XXI. Define-se como uma condição em que existe uma acumulação excessiva de massa gorda corporal, resultante de um balanço energético positivo, que se reflete no aumento de peso com prejuízo do estado de saúde dos indivíduos. (Direção Geral da Saúde [DGS], 2016)

Nas últimas décadas verificou-se um grande aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade infantil, de tal forma que a OMS a considera como um dos mais sérios desafios de saúde pública.

As crianças com excesso de peso ou obesidade apresentam maior probabilidade de permanecer obesas na idade adulta assim como de desenvolver doenças não transmissíveis numa idade jovem, sendo estas atualmente consideradas a principal causa de mortalidade e morbidade a nível mundial (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2016). Perante esta realidade, é primordial diagnosticar e intervir precocemente, contribuindo para a promoção de comportamentos e hábitos de vida saudáveis, nomeadamente no que diz respeito à alimentação e atividade física.

Vivemos atualmente num contexto pandémico causado pelo novo coronavírus (SARS-COV-2) o qual veio trazer mudanças nas rotinas das famílias e por conseguinte alterar os hábitos alimentares e diminuir o nível de atividade física nos períodos de confinamento, o que constitui um aumento do risco de desenvolvimento de fatores de risco associados ao excesso de peso e obesidade. Tal mudança teve implicações principalmente nas crianças e adolescentes em idade escolar.

Desde há muito tempo que o vínculo entre a saúde e a educação existe, uma vez que a ligação entre as duas áreas é evidente, dado que bons níveis de educação estão relacionados a uma população mais saudável assim como uma população saudável tem maiores possibilidades de deter conhecimentos da educação formal e informal.

As estratégias de promoção da saúde no âmbito escolar surgem como meio para melhorar o estado de saúde e bem-estar, alargando assim as oportunidades para aprendizagens de qualidade. A Educação para a Saúde assume-se, assim, como a forma de excelência para a obtenção de ganhos em saúde individual e, por consequência, da comunidade, a médio e longo prazo.

Assim sendo, é sobretudo junto das crianças e jovens que esta ação se deve fazer sentir porque estamos a abranger indivíduos em fase de formação física, mental e social, sendo mais recetivos à aprendizagem de hábitos e assimilação de conhecimentos.

Neste sentido foi então desenvolvido o presente projeto. Numa primeira fase, procedeu-se à elaboração do diagnóstico de situação através de recolha de dados obtidos a partir de pesquisa bibliográfica, realização de brainstorming com a equipa de enfermagem e nutricionista da UCC, e realização de pesquisa de consenso de informadores-chave com a equipa multidisciplinar de saúde escolar e professor de educação física, que possibilitou identificar a obesidade infanto-juvenil como problemática prioritária alvo de intervenção. Neste âmbito, a alimentação saudável e o sedentarismo surgiram como necessidades prioritárias de intervenção.

O projeto de intervenção teve como guia orientador o Plano Nacional de Saúde (PNS), com principal enfoque no Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) e o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física.

A população-alvo do projeto foi constituída pelos alunos referenciados pelo programa fitescolas do agrupamento de escolas de um concelho de Alentejo Central.

Definiu-se como objetivo geral: Contribuir para a promoção de hábitos alimentares saudáveis e de atividade física em crianças referenciadas pelo programa fitescolas num agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central.

No que se remete para a estrutura do relatório, este é composto por 5 capítulos. Inicia-se com o primeiro capítulo onde será apresentado o enquadramento teórico sobre a temática em questão. No segundo capítulo aborda-se o modelo orientador do projeto de intervenção – o modelo de Nola Pender. Será apresentada a análise do contexto que faz parte do terceiro capítulo. No quarto capítulo será explanada toda a metodologia do planeamento em saúde,

onde estão incluídas as questões éticas inerentes à concretização do projeto. Por último, no quinto capítulo, realiza-se uma análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista de Enfermagem Comunitária e de Saúde pública bem como as competências do grau académico de mestre. Na conclusão deste relatório, sintetizam-se os aspetos significativos inerentes ao percurso realizado, onde se abordam as conclusões obtidas e as principais limitações com a implementação do projeto. Por fim, estarão todas as referências bibliográficas a que se recorreram para a elaboração deste relatório. Em apêndices e anexos, encontram-se todos os documentos elaborados e com relevância para este projeto.

O presente relatório foi elaborado com base nas normas de elaboração e apresentação de trabalhos da American Psychiatry Association [APA] 6ª edição e redigido segundo o acordo ortográfico em vigor.

1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 OBESIDADE INFANTO-JUVENIL

A crescente problemática da obesidade infantil, a que temos assistido nas últimas décadas, não só a nível mundial, mas também em Portugal constitui atualmente uma prioridade de saúde pública. Nos meados do Século XX assistíamos a uma maior prevalência e incidência de doenças infecciosas, tal como a Tuberculose e a SIDA, no entanto, ao longo do tempo, essa realidade foi-se modificando e já no início do Século XXI, foram as doenças crónicas e não transmissíveis, que ganharam maior relevância na saúde da população. Esta mudança está intimamente relacionada com alterações dos estilos de vida, incluindo o afastamento das famílias da dieta mediterrânica, aumentando o consumo de alimentos processados e *fast food*. Aliado a esse facto, temos também o aumento do sedentarismo (redução da prática de exercício físico e aumento do tempo de exposição a computadores, televisões, smartphones) (George & Gomes, 2011).

A par da evolução técnica e científica com que nos temos deparado nas últimas décadas (nos países desenvolvidos), fomos tendo progressivamente melhores condições de vida, maior acessibilidade e equidade no acesso aos cuidados de saúde o que conseqüentemente levou a um aumento significativo na esperança média de vida, sendo que a população com mais de 65 anos residente em Portugal poderá passar de 2,2 para 3,0 milhões de pessoas, entre 2018 e 2080 (INE, 2020).

No entanto, relacionada a esta conquista, assistimos também a uma maior incidência de doenças crónicas, não só associadas ao envelhecimento da população, mas também nos mais jovens o que contribui de forma significativa para a diminuição da qualidade de vida, aumento da morbilidade, menor produtividade e aumento dos gastos em saúde (George & Gomes, 2011).

A obesidade é um problema multifatorial, ou seja, deve-se à conjugação de fatores genéticos, metabólicos, bioquímicos, culturais e psicossociais, sendo que o aumento de crianças com excesso de peso e obesidade é cada vez mais frequente, em vários países do mundo.

O rápido crescimento e a prevalência do excesso de peso e da obesidade infanto-juvenil, na infância e adolescência é, cada vez mais, motivo de preocupação dos órgãos responsáveis em todo mundo e em Portugal. É imperativo uma intervenção com o intuito de inverter esta realidade, para que futuras populações sejam saudáveis.

Quando surge na infância, este grave problema de saúde, vulgarmente persiste e acompanha a criança até à idade adulta, as crianças tendem a tornar-se adultos obesos.

As crianças obesas apresentam uma maior probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, asma, doenças do fígado, apneia do sono e vários tipos de cancro, assim como serem adultos obesos (Carvalho, Carmo, Breda & Rito, 2011).

Deste modo, torna-se crucial a sua prevenção, nesta etapa do ciclo de vida, limitando o ganho de peso e a probabilidade do desenvolvimento das complicações em saúde resultantes desta problemática.

Através do relatório da pesquisa de comportamentos de saúde em crianças em idade escolar, contactou-se que, para a região europeia, o número de adolescentes obesos continua a aumentar em muitos países, incluindo Portugal. Este relatório aponta ainda que a prevalência da obesidade nos adolescentes aos 11, 13 e aos 15 anos, seja de 5%. Este número afigura uma subida de 0,3 pontos percentuais desde 2002, quando o objetivo era travar esta doença. Ainda neste relatório, Portugal surge como um dos cinco países, de entre 27, com maior percentagem de adolescentes obesos (OMS,2017) .

Quando comparadas crianças com IMC normoponderal, com crianças com excesso de peso ou obesidade, estas têm maior probabilidade de sofrerem consequências negativas como, problemas de saúde na infância designadamente hipertensão e distúrbios metabólicos. Por outro lado, estas crianças podem ainda apresentar baixa autoestima, maior probabilidade de sofrerem bullying e menor rendimento escolar (World Obesity, 2019).

Posto isto, a prevenção da obesidade infanto-juvenil constitui uma importante oportunidade de interromper o percurso para uma vida adulta insalubre (World Obesity, 2019). De acordo com Rito, Baleia, Pirata, Santos & Chiote, (2017, p.3) *“O caráter epidémico da obesidade tem o potencial de impedir o desenvolvimento da saúde de uma criança, em toda a sua plenitude.”*

Não obstante, a obesidade infantil, também por si só, assume um papel de destaque. É um fenómeno cada vez mais presente na sociedade atual, sendo apelidada “epidemia do século XXI”. É a doença pediátrica com maior prevalência a nível mundial (OMS, 2016).

Através da pesquisa bibliográfica e da leitura atenta de diversos estudos sabe-se que apesar dos vários projetos e programas implementados, a obesidade infantil continua a ser considerada um dos problemas mais preocupantes na atualidade, sendo que a alimentação e a atividade física são consideradas estratégias “chave” de intervenção nesta problemática.

A principal causa do excesso de peso e obesidade na infância prende-se com o desequilíbrio energético entre as calorias ingeridas e as calorias gastas. Vários são os fatores

que contribuem para o excesso de peso na infância, tal como, a alteração ao nível do consumo de determinados alimentos nomeadamente, alimentos que possuem alto teor de gordura, energia e açúcares, e défice de ingestão de alimentos com baixo teor de vitamina, minerais e outros micronutrientes saudáveis (OMS, 2020).

A combinação de dietas pouco saudáveis associado ao aumento de sedentarismo exige, cada vez mais, uma maior atenção por parte dos serviços de saúde pública para o problema da obesidade infantil.

Quando falamos de crianças a atividade física assume um papel crucial, não só no controlo da obesidade, mas também, e não menos importante, na prevenção da mesma uma vez que facilita o equilíbrio e controlo energético prevenindo doenças relacionadas com a obesidade. Crianças com estilos de vida ativo têm maior propensão para se tornarem adultos ativos e crianças ativas têm menor probabilidade de vir a ter doenças relacionadas com a obesidade ou excesso de peso na vida adulta (Craigie, Lake, Adamson & Mathers, 2011).

Posto isto, a obesidade infantil continua a ser um motivo de preocupação por parte de várias entidades a nível nacional e internacional, e apesar de até 2020 termos cumprido as metas delineadas pela OMS, é facilmente perceptível que o contexto pandémico, que vivemos hoje em dia, veio alterar os hábitos das crianças e dos seus cuidadores.

Segundo Rego (2021), vários estudos apontam, particularmente desde o terceiro semestre de 2020, para um marcado aumento de prevalência da obesidade em idade pediátrica, atingindo valores de 40%.

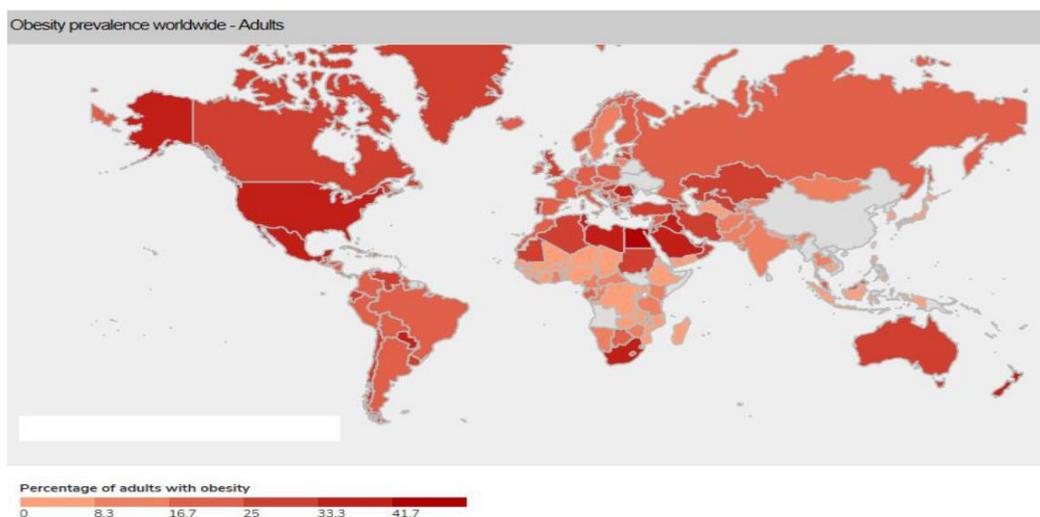
Fatores como o encerramento das escolas e a contenção social são problemáticas com as quais nunca nos tínhamos deparado, e que trouxeram às crianças alterações drásticas no seu estilo de vida, o que interfere de forma negativa na vida destas e pode influenciar o aumento de peso.

A obesidade deve ser abordada e tratada num contexto multidisciplinar, englobando a alimentação saudável, atividade física, modificação comportamental e envolvimento parental (Carvalho, et.al, 2011). Ainda de acordo com estes autores, a intervenção deverá integrar não só os pais como também toda a família, tendo em conta a influência que esta exerce nos comportamentos alimentares da criança, principalmente na mudança comportamental dos mesmos.

Torna-se, desta forma, necessário que as crianças, jovens e os pais sejam sensibilizados para esta realidade, sendo premente que se desenvolvam estratégias de prevenção, aquisição e readaptação de estilos de vida saudáveis, que permitam capacitar/empoderar as crianças e as suas famílias, com vista a mudanças de comportamento.

1.2 - DADOS EPIDEMIOLÓGICOS-INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DA OBESIDADE

Ao longo dos anos tem-se observado um aumento exponencial da obesidade a nível mundial, triplicando números desde 1975. Em 2016, mais de 1,9 biliões de adultos (com mais de 18 anos), apresentavam excesso de peso e mais de 650 milhões eram obesos, isto é, 39% dos adultos tinham excesso de peso e 13% eram obesos (Mapa 1) (WHO, 2018).



Mapa 1 – Prevalência da Obesidade a Nível Mundial – Adultos, 2018.

Fonte: <https://data.worldobesity.org/>

De acordo com os dados acima apresentados, é possível verificar que os Estados Unidos, o México e o Egito são os países com maior prevalência de obesidade. Reportando para a Europa, Portugal insere-se nos países com maior prevalência desta problemática, aliado ao Reino Unido, Rússia e Finlândia. Analisando os países com menor prevalência, posicionam-se países do continente africano. Os países mais industrializados mostram valores de obesidade mais elevados. Já os países menos desenvolvidos, apresentam valores inferiores (Global Obesity Observatory, 2018).

Retomando a Europa como ponto de análise, o Relatório Europeu de Saúde da OMS evidenciou que a prevalência de excesso de peso e obesidade tem mostrado uma curva ascendente, uma vez que comparando valores percentuais de 2010 e 2016, a prevalência de excesso de peso aumentou de 55,9% para 58,7%, e a obesidade aumentou de 20,8% para 23,3% (World Health Organisation – Regional Office for Europe [WHO-Europe], 2018).

Através do relatório da pesquisa de comportamentos de saúde em crianças em idade escolar, constatou-se que, para a região europeia, o número de adolescentes obesos mantém-se a aumentar em muitos países da Europa, inclusive Portugal. Este relatório aponta, ainda que

para prevalência da obesidade nos adolescentes aos 11, aos 13 e aos 15 anos, seja de 5%. Este número representa uma subida de 0,3 pontos percentuais desde 2002, quando o objetivo era travar esta doença. O mesmo relatório refere ainda que Portugal se constitui como um dos cinco países de entre 27 países com maior percentagem de adolescentes obesos. (OMS, 2017)

Em Portugal, de acordo com os dados presentes no Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física [IAN-AF], 2015-2016, constatou-se uma prevalência nacional de obesidade de 22,3%. No sexo feminino, verificou-se uma percentagem de 24,3% e no sexo masculino uma percentagem de 20,1%. A percentagem mais elevada corresponde à população idosa (65-84 anos) com valores de 39,2%, superior à dos adultos (18-64 anos) com 21,6%. Já as crianças (< 10 anos) e adolescentes (10-17anos) perfazem 7,7% e 8,7% respetivamente (Gráfico 1) (Lopes et al., 2017).

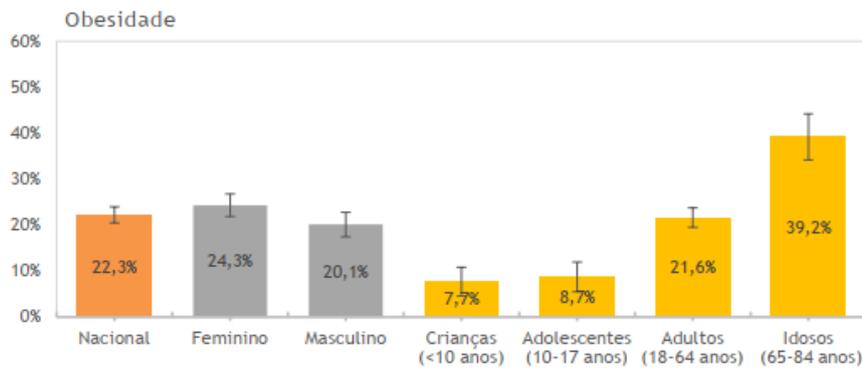


Gráfico 1 – Prevalência de obesidade por sexo e grupo etário, ponderada para a distribuição ponderada da população portuguesa, 2015-2016.

Fonte: http://www.iasaude.pt/attachments/article/4327/Relato%C3%81rio%20Resultados%20IAN-AF_2015_2016.pdf

A prevalência nacional de pré-obesidade é de 34,8%. No sexo feminino, verificou-se uma percentagem de 30,7% e no sexo masculino uma percentagem de 38,9%. A percentagem mais elevada corresponde à população idosa (65-84 anos) com valores de 41,8%, superior à dos adultos (18-64 anos) com 36,5%. Já as crianças (< 10 anos) e adolescentes (10-17anos) perfazem 17,3 e 23,6% respetivamente (Gráfico 2) (Lopes et al., 2017).

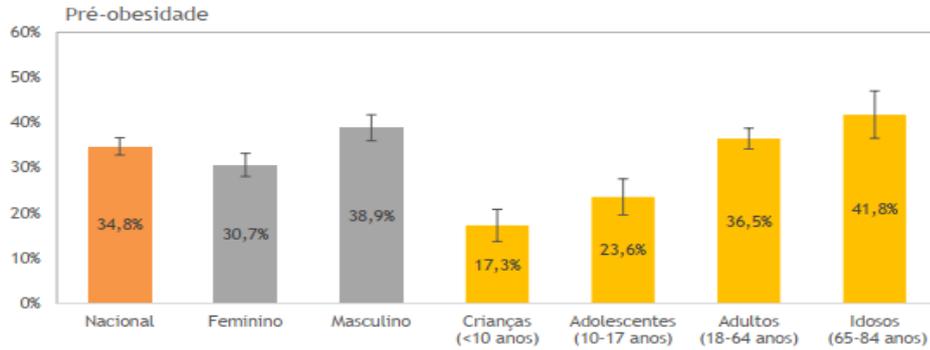


Gráfico 2 Prevalência de pré-obesidade por sexo e grupo etário, ponderada para a distribuição ponderada da população portuguesa, 2015-2016.

Fonte: http://www.iasaude.pt/attachments/article/4327/Relato%C2%81rio%20Resultados%20IAN-AF_2015_2016.pdf

De acordo com IAN-AF, 2015-2016, observou-se que a prevalência de obesidade e Pré-obesidade é mais elevada nos indivíduos menos escolarizados (Gráfico 3 e 4) (Lopes et al., 2017).

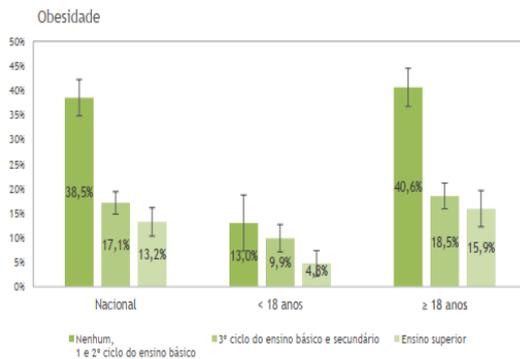


Gráfico 3 – Prevalência de obesidade por nível de escolaridade da população portuguesa, 2015-2016.

Fonte: http://www.iasaude.pt/attachments/article/4327/Relato%C2%81rio%20Resultados%20IAN-AF_2015_2016.pdf

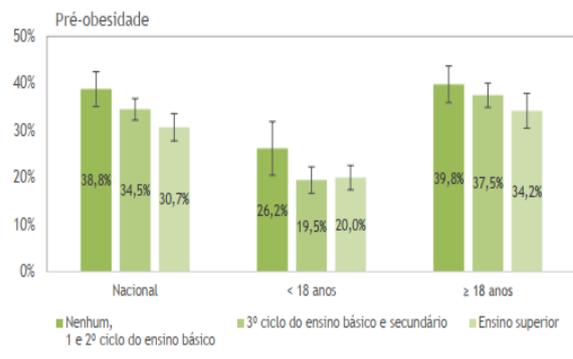
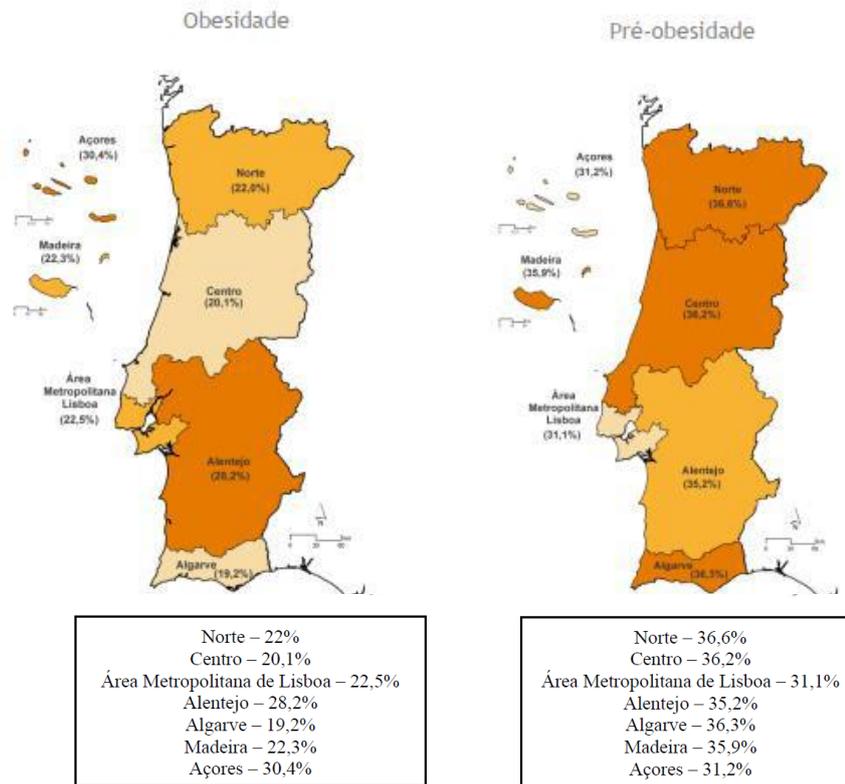


Gráfico 4 – Prevalência de pré-obesidade por nível de escolaridade e grupo etário da população portuguesa, 2015-2016

Fonte: http://www.iasaude.pt/attachments/article/4327/Relato%C2%81rio%20Resultados%20IAN-AF_2015_2016.pdf

Relativamente aos resultados por região na Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos [NUTSII], 2015-2016, pode observar-se que a nível de Portugal continental, a região com maior prevalência de obesidade é o Alentejo (Mapa 2).



Mapa 2 - Distribuição espacial (por região NUTS II) da prevalência de Obesidade e de Pré-obesidade, ponderada para a distribuição da população portuguesa, 2015-2016.

Fonte: [http://www.iasaude.pt/attachments/article/4327/RelatoI%C2%81rio%20Resultados%20IAN-AF 2015 2016.pdf](http://www.iasaude.pt/attachments/article/4327/RelatoI%C2%81rio%20Resultados%20IAN-AF%202015%202016.pdf)

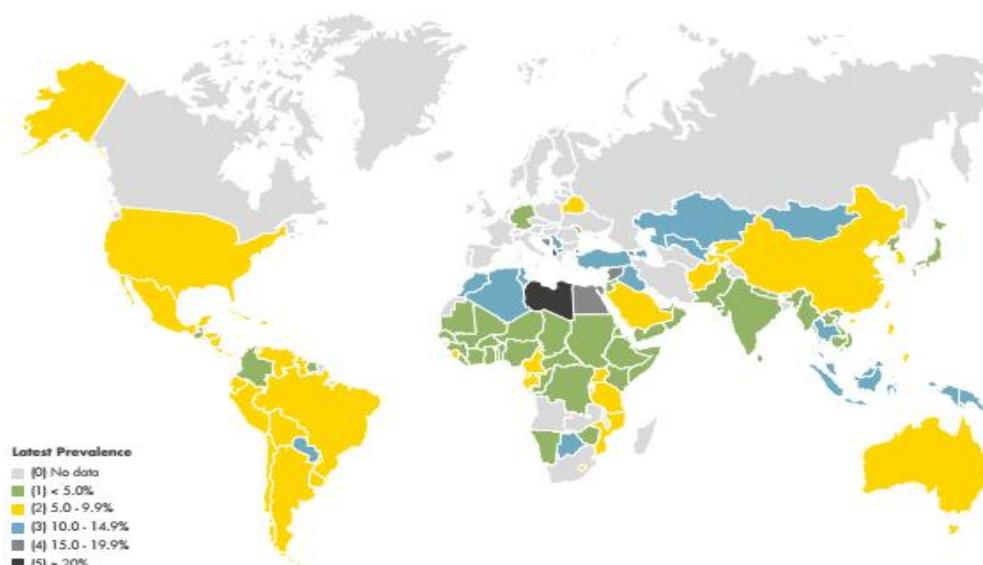
A obesidade constitui-se como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de várias doenças não transmissíveis como sendo, diabetes tipo 2, problemas cardiovasculares, hipertensão, acidente vascular cerebral e várias formas de cancro e consequentemente morte precoce. Os dados mais recentes publicados pela OMS (2019), revelam que as doenças crónicas não transmissíveis constituem 7 das 10 principais causas de morte a nível mundial, de acordo com as Estatísticas Globais de Saúde de 2019, quadro delas estão entre as principais causas de morte em 2000. Estes dados são referentes ao período de 2000 a 2019. A alimentação inadequada em conjunto com o sedentarismo, são os principais fatores de risco para o aparecimento destas doenças.

Sendo a obesidade infantil um dos principais desafios do séc. XXI, constituindo um importante problema de saúde pública em Portugal, é considerada uma das metas de saúde 2020, tendo por objetivo atingir o controlo da incidência e da prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar (DGS, 2015). Através da consulta dos Programas de Saúde Prioritários Metas de Saúde 2020, foi possível ainda verificar a existência de dois programas: o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável e o Programa

Nacional para a Promoção da atividade, com vista a atingir a meta supramencionada (DGS, 2018).

Em 2016, mais de 340 milhões de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 5 e 19 anos apresentavam excesso de peso ou obesidade. A prevalência de excesso de peso e obesidade nesta faixa etária aumentou consideravelmente de apenas 4% em 1975 para mais de 18% em 2016 (Stavridou et al, 2021).

Apesar de anteriormente ser considerado um problema de países desenvolvidos, este encontra-se em ascensão em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos. No continente africano o número de crianças com excesso de peso ou obesidade quase duplicou, passando de 5.4 milhões em 1990 para 10.6 milhões em 2014 (OMS, 2016). De acordo com a mesma fonte, 48% das crianças com menos de 5 anos que tinham excesso de peso ou obesidade em 2014 viviam na Ásia e 25% encontram-se em África (Mapa 3).



Mapa 3- Prevalência padronizada em crianças menores de 5 anos, estimativas comparáveis, 2014.

Fonte: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066_eng.pdf

Entre 2017 e 2018, nos Estados Unidos, quase 18,5% (13,7 milhões) das crianças com idades compreendidas entre 2 e 19 anos apresentavam obesidade. No ano de 2019, 38,2 milhões de crianças com idade inferior a 5 anos encontravam-se com excesso de peso ou eram obesas, quase metade delas viviam na Ásia (Stavridou et al, 2021).

O Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)/ World Health Organization Regional Office for Europe (OMS), consiste num sistema de vigilância do estado nutricional infantil de crianças em idade escolar (entre os 6 e os 8 anos), onde se pretende criar uma rede

sistemática de recolha, análise, interpretação e divulgação, e através do qual são produzidos dados comparáveis entre países europeus e que permite monitorizar a obesidade infantil a cada 2-3 anos. A primeira recolha de dados ocorreu no ano letivo 2007/2008 e deste então têm vindo a aumentar os países participantes ao longo da última década, sendo atualmente considerado o maior estudo europeu da OMS com mais de 300 000 crianças participantes (INSA, 2019).

De acordo com os critérios da OMS descritos no INSA (2019), a prevalência de excesso de peso infantil em Portugal apresenta uma das mais elevadas taxas ao nível de países como a Grécia, Itália, Espanha, Malta. No entanto, a prevalência de excesso de peso em crianças portuguesas tem apresentado uma tendência decrescente ao longo dos últimos anos (-7.2% de 2008 para 2016), apresentando um melhor posicionamento quando comparada com a média europeia global.

Em Portugal como podemos avaliar 29% dos rapazes, com 7 anos de idade, apresenta excesso de peso (Gráfico 5).

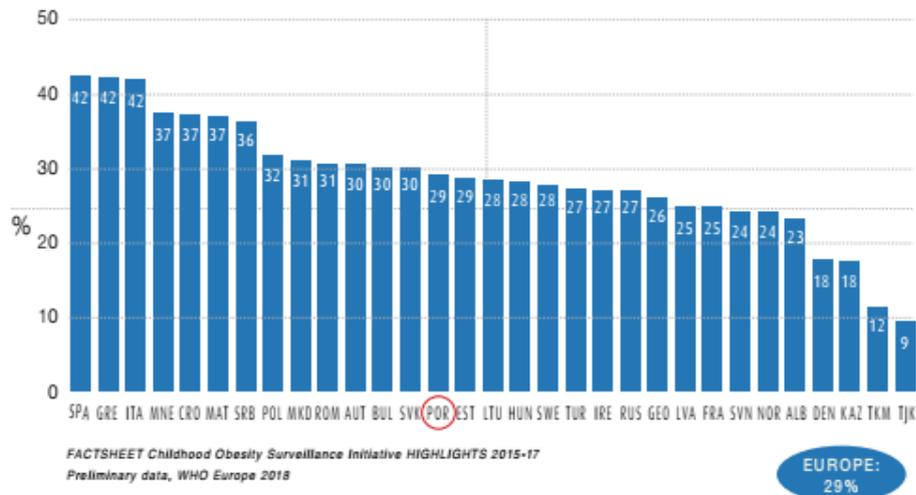


Gráfico 5 - Prevalência de excesso de peso em rapazes de 7 anos. OMS Europa COSI 2016/2017.

Fonte: INSA 2019. http://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/07/COSI2019_FactSheet.pdf

Em Portugal, o estudo COSI é coordenado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) em articulação com a DGS e implementado a nível regional pelas Administrações/ Secretarias/ Direções Regionais de Saúde do Alentejo, Algarve, Lisboa e Vale do Tejo, Centro, Norte, Açores e Madeira.

Através da consulta dos dados obtidos mediante o referido estudo constatou-se, que entre os anos de 2018/2019, 9.9% das crianças com 8 anos são obesas e 5,4% tinham obesidade

severa. Na faixa etária dos 6 anos, 8.1% das crianças tinham obesidade, sendo que 2.7% apresentavam obesidade severa (Gráfico 6) (INSA, 2019).

Estes dados, que corroboram com os critérios da OMS, revelaram a persistência de um aumento da prevalência da obesidade infantil diretamente proporcional à idade, á semelhança do que aconteceu no estudo de anos anteriores.

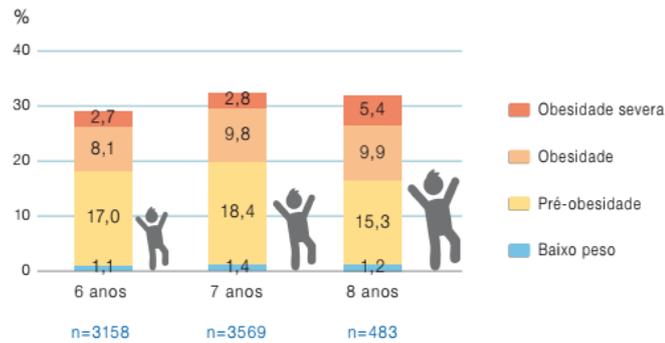


Gráfico 6 - Estado nutricional por idade, COSI Portugal 2019.

Fonte: INSA2019

http://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/07/COSI2019_FactSheet.pdf

No que diz respeito a diferenças significativas do estado nutricional entre sexos, através do estudo COSI verificou-se que os desvios são mais prevalentes entre os rapazes, com uma taxa de prevalência de baixo peso de 1.6% comparativamente com uma taxa de 0.9% nas raparigas. Quanto ao excesso de peso e obesidade observou-se igualmente uma prevalência superior nos rapazes (29.6% c/ 13.4%) do que nas raparigas (29.5% c/ 10.6%), com destaque para a prevalência de 4.1% para a obesidade severa nos rapazes em comparação com 1.8% nas raparigas (Tabela 1) (INSA, 2019).

| | Rapazes % | | Raparigas % |
|---|------------------------|---|------------------------|
|  | 1,6 | Baixo peso | 0,9 |
| | 16,2 | Pré-obesidade | 18,9 |
| | 9,3 | Obesidade | 8,8 |
| | 4,1 | Obesidade severa | 1,8 |
| | Excesso de peso: 29,6% | | Excesso de peso: 29,5% |
| | |  | |

Tabela 1- Estado nutricional por sexo, COSI Portugal 2019.

Fonte: http://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/07/COSI2019_FactSheet.pdf

A maior prevalência de excesso de peso foi na região dos Açores (35.9%), sendo que a menor foi na região do Algarve (21.8%). No que diz respeito aos valores de obesidade infantil o Alentejo foi o que apresentou menor prevalência (9.7%) sendo a região do Açores novamente a que apresenta maior prevalência (18.0%) (Tabela 2) (INSA, 2019).

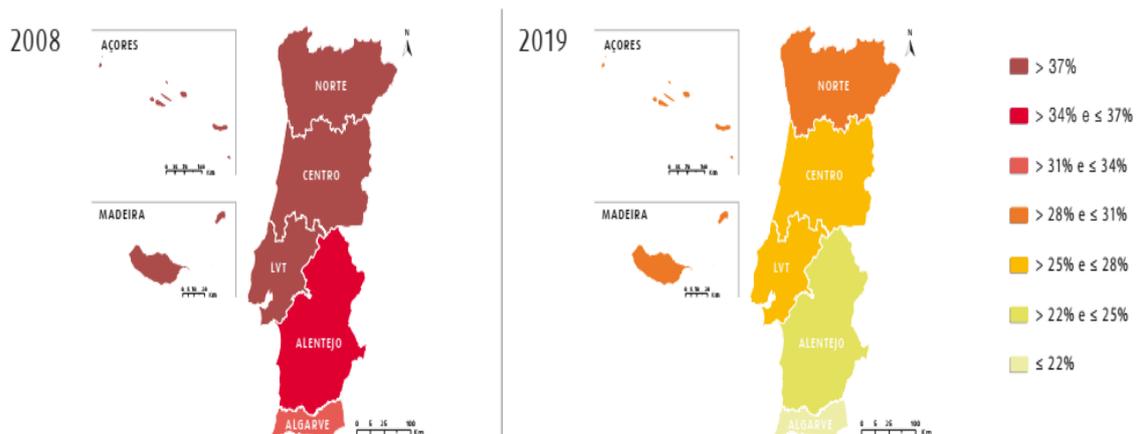
| | Baixo peso (%) | Excesso de peso (%) | Obesidade (%) |
|----------|----------------|---------------------|---------------|
| Norte | 0,7 | 31,1 | 12,4 |
| Centro | 0,8 | 28,9 | 13,5 |
| LVT | 1,7 | 29,5 | 10,6 |
| Alentejo | 0,9 | 23,9 | 9,7 |
| Algarve | 3,5 | 21,8 | 10,3 |
| Açores | 2,0 | 35,9 | 18,0 |
| Madeira | 1,0 | 31,6 | 13,6 |
| Portugal | 1,3 | 29,6 | 12,0 |



Tabela 2 - Estado nutricional por Região, COSI 2019.

Fonte: http://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/07/COSI2019_FactSheet.pdf

Relativamente aos dados do Alentejo a prevalência de excesso de peso (incluindo Obesidade) é superior a 22% e das sete regiões estudadas, 3 apresentam valores acima do 28%, o que nos remete para uma contínua preocupação com este problema de saúde pública (Mapa 4) (INSA, 2019).



Mapa 4 - Prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) por região em 2008 e 2019.

Fonte: INSA 2019. http://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/07/COSI2019_FactSheet.pdf

O INSA (2019) apresenta os dados obtidos no COSI Portugal entre o ano 2008 e 2019, o que nos permite realizar uma avaliação comparativa dos mesmos. Assim, importa salientar que Portugal tem vindo, ao longo dos anos, a apresentar uma tendência decrescente na prevalência do excesso de peso e obesidade infantil (Gráfico 7).

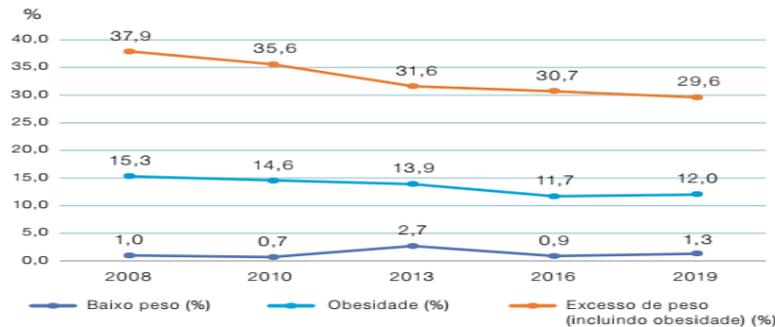


Gráfico 7 - Prevalência de baixo peso infantil, excesso de peso (incluindo obesidade) e obesidade (6-8 anos de idade) nas diferentes rondas do COSI Portugal (2008 a 2019).

Fonte: http://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/07/COSI2019_FactSheet.pdf

Embora a prevalência não seja igual a nível geográfico, através da análise realizada do estudo COSI verificou-se que todas as regiões portuguesas apresentam, uma diminuição tanto nas taxas de excesso de peso, como de obesidade infantil, quando comparados os anos 2008 e 2019.

Analisou-se ainda um estudo, que decorreu no ano de 2019, que pretendia conhecer a realidade da Obesidade Infantil em crianças na faixa etária dos 6 aos 10 anos, num concelho da região do Alentejo Central. De acordo com a amostra total de 236 crianças, com base nos dados obtidos e após a sua análise, concluiu-se que 3,55% das crianças tinham baixo peso, 71,63% tinham peso normal, 9,93% apresentavam excesso de peso e 14,89% eram obesas. Com respeito às taxas de obesidade infantil e excesso de peso, aferiu-se que no que concerne ao excesso de peso a percentagem é inferior e no que toca à obesidade infantil a percentagem é ligeiramente superior à realidade a nível nacional (Gráfico 8) (Janeiro, 2020).

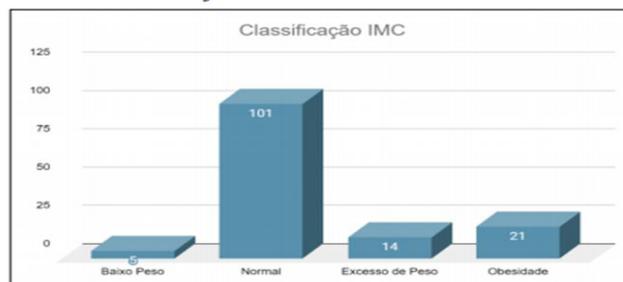


Gráfico 8 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos de um Concelho do Alentejo Central de acordo com os valores de IMC, 2020.

Fonte: Tese de mestrado de Adriana Janeiro, 2020: “Obesidade Infantil: A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na educação alimentar

Apesar desta tendência decrescente e tendo por base ainda as elevadas percentagens que continuam a vigorar, é fundamental manter esta linha de intervenção. Ademais, torna-se premente que se mantenha um olhar atento sobre as ameaças, tais como, assimetrias regionais, o aumento da prevalência com a idade e o atual contexto pandémico.

1.3 – DADOS RELATIVOS À ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA/SEDENTARISMO DAS CRIANÇAS PORTUGUESAS

Foi realizado em Portugal, promovido pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, o Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF) entre 2015 e 2016, à população residente em Portugal com idade compreendida entre os 3 meses e os 84 anos, sendo apresentados no ano de 2017. O IAN-AF permitiu a criação de uma base descritiva com informação de representatividade nacional e regional sobre três grandes domínios: a alimentação e nutrição, a atividade física e o estado nutricional da população portuguesa.

Através deste Inquérito, Portugal integra o projeto europeu “Inquérito Pan-Europeu” (EU-Menu) promovido pela European Food Safety Authority (EFSA), a qual pretende avaliar os consumos alimentares em vários países europeus, utilizando instrumentos de teste e protocolos.

Os resultados do Inquérito evidenciam que Portugal tem uma elevada taxa de obesidade (de acordo com os critérios de avaliação nutricional da OMS) em crianças com idade inferior a 10 anos, apresentando uma taxa de prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) de 25% e nos adolescentes (10 aos 17 anos) com um taxa de 21.6%. Estes dados vêm assim, reforçar a necessidade e a importância da vigilância epidemiológica do estado nutricional infantil, analisando e reconhecendo os fatores de risco inerentes à obesidade, de forma a implementar intervenções adequadas e eficazes no combate a esta epidemia.

Além dos dados acima descritos, o IAN-AF revela também que a adoção da dieta mediterrânica tem sido desvalorizada pelos portugueses, a qual visa a promoção de estilos de vida saudáveis e um ambiente sustentável. Os resultados demonstram um excesso de consumo de proteínas, em relação ao recomendado, bem como o défice de ingestão de cereais, produtos hortícolas e fruta.

Embora os dados sejam referentes à globalidade da população, sabe-se que a alimentação das crianças e adolescentes é fortemente influenciada pelo contexto familiar e comunitário em que estão inseridas. É principalmente neste grupo etário (crianças com menos de 10 anos) que

se torna visível o menor consumo de frutas e produtos hortícolas, sendo que os adolescentes são os que apresentam um consumo mais elevado de refrigerantes e néctares (Gráfico 9) (Lopes et al., 2017).



Gráfico 9 - Percentagem de défice de consumo de fruta e produtos hortícolas por faixa etária e Percentagem de abuso de consumo de néctares e refrigerantes por faixa etária, 2015-2016.

Fonte: https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF%20Relat%C3%B3rio%20Resultados_0.pdf

De acordo com o IAN-AF, 2015-2016, as crianças são o grupo etário que menos consome fruta fresca, hortícolas e leguminosas. Já no que diz respeito aos doces, bolos e bolachas, parece existir um elevado nível de consumo deste grupo de alimentos pelas várias faixas etárias, evidenciando-se os adolescentes no consumo destes alimentos (Gráfico 10).

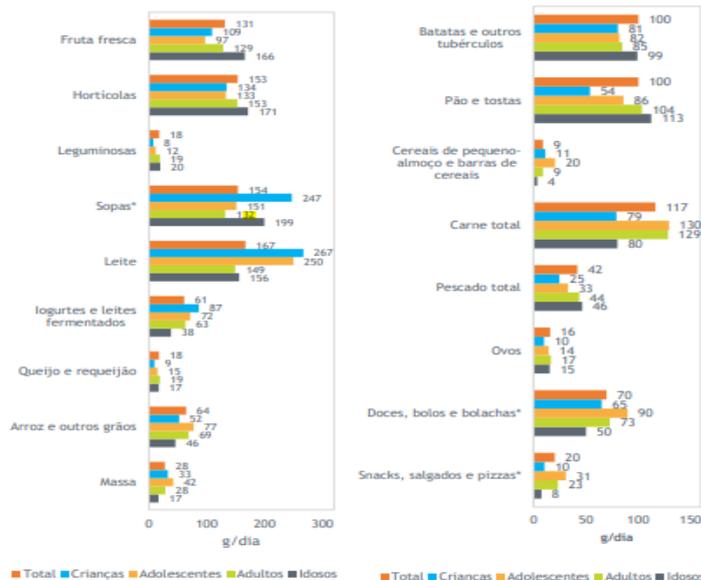


Gráfico 10 - Consumo habitual médio de alguns grupos e subgrupos de alimentos, em gramas por dia, referente ao total nacional e por grupos etários, 2015-2016.

Fonte: https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF%20Relat%C3%B3rio%20Resultados_0.pdf

Segundo os dados obtidos no estudo de Janeiro (2020), constatou-se que comparando as crianças, pertencentes ao estudo, com obesidade e peso normal, as primeiras referem a ingestão diária de maior proporção de alimentos como sumos, doces e bolachas, do que as crianças com peso normal, que ainda que ingiram esses produtos, a maioria refere fazê-lo apenas de forma esporádica (Gráfico 11).

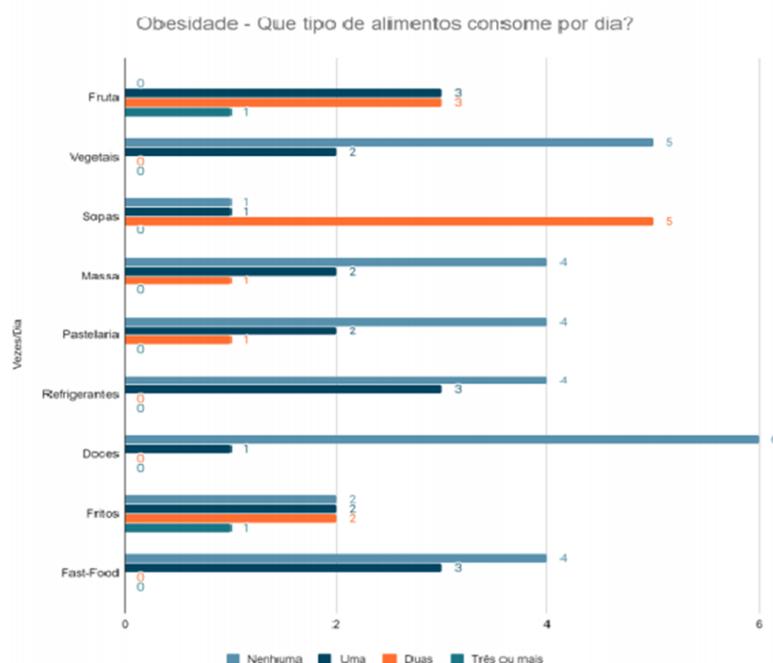


Gráfico 11 - Distribuição de crianças com obesidade entre 6 a 10 anos pertencentes a um estudo realizado no Alentejo Central, de acordo com o tipo de alimentos consumidos por dia, 2020.

Fonte: Tese de mestrado de Adriana Janeiro, 2020: “Obesidade Infantil: A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na educação alimentar em idade escolar”

De acordo com a DGS, os hábitos alimentares inadequados são um dos principais fatores que contribuem para a diminuição da qualidade de vida dos portugueses, sendo que o consumo insuficiente de fruta, hortícolas, cereais integrais e frutos oleaginosos e, por outro lado, o consumo excessivo de sal estão entre os principais comportamentos alimentares inadequados (Figura1).

Segundo o estudo Global Burden of Disease (GBD), realizado em 2017, os hábitos alimentares inadequados dos portugueses são considerados o terceiro fator de risco que mais contribuiu para a perda de anos de vida saudável, que consequentemente influenciam a carga de doenças crónicas em Portugal, que representa 86% (DGS, 2019).

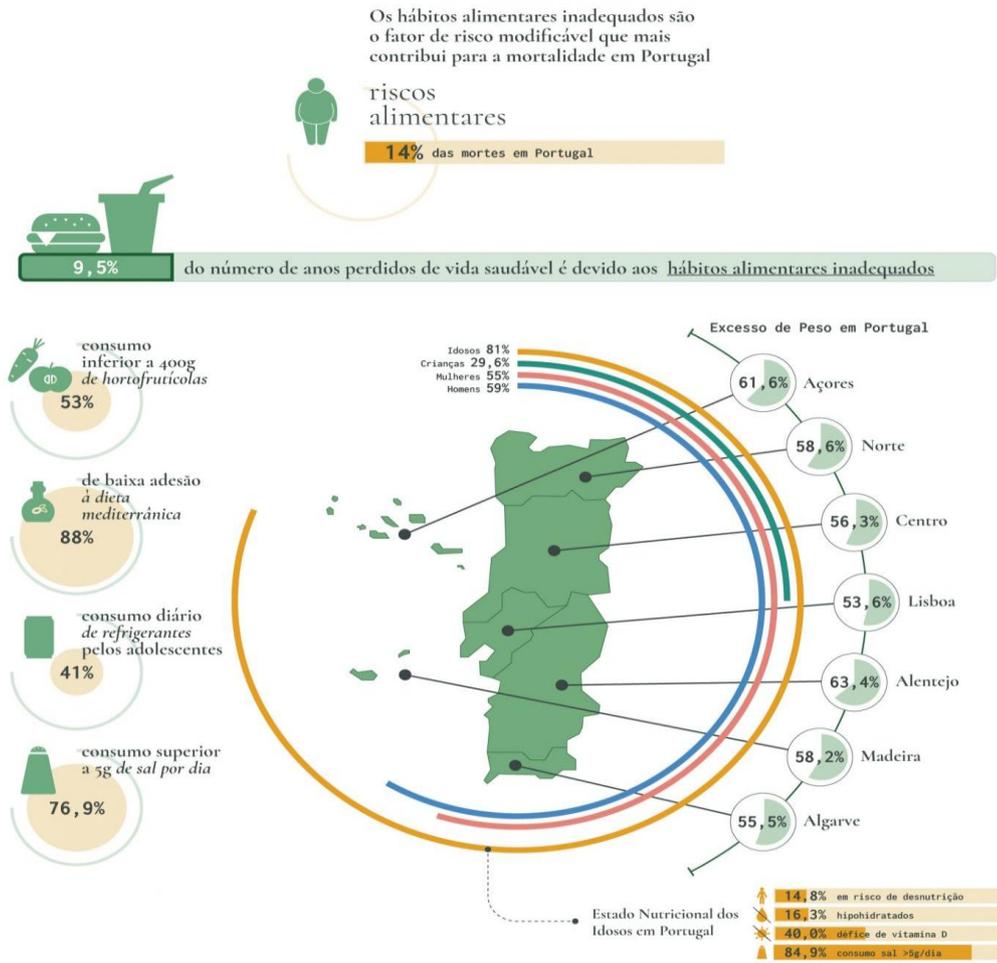


Figura 1- Situação alimentar e nutricional em Portugal, PNAS, 2020.

Fonte: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/11/Relato%CC%81rio-PNPAS-2020.pdf>

Através do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), considerado um programa nacional de saúde prioritário desde 2012, é proposto um conjunto de medidas e ações destinadas a garantir e a incentivar o acesso e o consumo de determinados tipos de alimentos tendo como objetivo a melhoria do estado nutricional e de saúde da população (PNPAS, 2012). Como missão este programa de saúde visa,

“permitir disponibilizar alimentos promotores da saúde e bem-estar a toda a população, ser capaz de criar cidadãos capazes de tomar decisões informadas acerca dos alimentos e práticas culinárias saudáveis, incentivar a produção de alimentos que sejam saudáveis e ao mesmo tempo capazes de dinamizar o emprego, o ordenamento equilibrado do território e as economias locais, incentivar consumos e métodos de produção locais que reduzam os impactos sobre o meio ambiente, reduzir as desigualdades na procura e acesso a alimentos nutricionalmente adequados e melhorar a qualificação dos profissionais

que podem influenciar os consumos alimentares da população.” (PNPAS, 2012, p. 15).

São vários os fatores que determinam a adesão a hábitos alimentares mais saudáveis. No IAN-AF foi avaliada a insegurança alimentar através da aplicação de um questionário formulado por Cornell/Radimer (1990) adaptado para Portugal. Este questionário fornece estimativas de insegurança alimentar, para agregados familiares com e sem menores de 18 anos, recolhendo informação sobre quatro dimensões subjacentes e à experiência da insegurança alimentar: disponibilidade, acesso, utilização e estabilidade/resiliência. Desta forma, a insegurança alimentar associa-se não apenas a condições de pobreza estrutural, mas também a condições transitórias – mas nem por isso menos graves – de escassez de recursos, nomeadamente financeiros (Lopes et al, 2017).

No IAN-AF 2015-2016, 10,1% das famílias em Portugal experimentaram insegurança alimentar, ou seja, tiveram dificuldade, durante este período, de fornecer alimentos suficientes a toda a família, devido à falta de recursos financeiros; 2,6% destas famílias, indicaram experimentar insegurança alimentar moderada ou grave, durante este período, referindo a alteração dos seus hábitos alimentares habituais, e a redução do consumo de alimentos, em muitos casos alimentando-se com poucos alimentos ou até mesmo que tiveram fome mas não comeram por escassez de dinheiro para adquirir os alimentos (Gráfico 12).

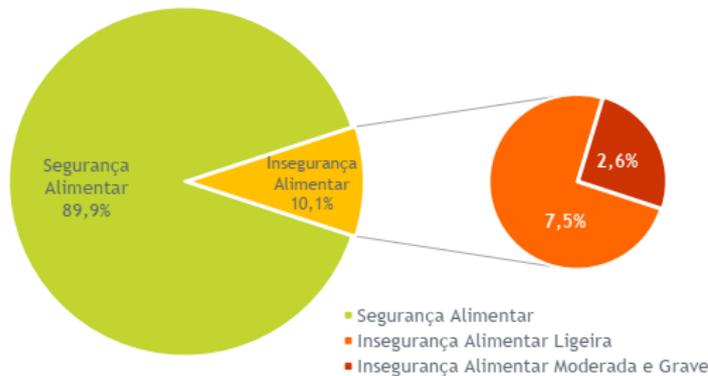


Gráfico 12 - Prevalência dos diferentes níveis de insegurança alimentar a nível nacional, ponderada para a distribuição da população portuguesa, 2015-2016.

Fonte: https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF%20Relat%C3%B3rio%20Resultados_0.pdf

Relativamente à prevalência da insegurança alimentar por regiões (NUTS II), é possível aferir que no Continente a região com uma taxa de prevalência mais elevada é o Alentejo (11,6%) (Mapa 5).



Mapa 5 - Distribuição espacial, por região NUTS II, da prevalência de insegurança alimentar, ponderada para a distribuição da população portuguesa 2015-2016.

Fonte: https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF%20Relat%C3%B3rio%20Resultados_0.pdf

Quando nos remetemos para o tema da atividade física/sedentarismo, as recomendações da OMS 2020 surgem como documento orientador com o objetivo de fornecer recomendações de saúde pública, baseadas na evidência, para crianças com idade superior a cinco anos, e outras faixas etárias, relativamente à quantidade de atividade física necessária para oferecer benefícios significativos e mitigar riscos à saúde, e surgem como parte integrante do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física Portugal (DGS, 2020).

Segundo dados da OMS referidos na DGS (2020), a atividade física nas crianças melhora a aptidão física, a saúde cardiometabólica, a saúde óssea, a saúde cognitiva, a saúde mental e auxilia a redução da gordura corporal, sendo recomendado que as crianças pratiquem, pelo menos, uma média de 60 minutos por dia, de atividade física de intensidade moderada a vigorosa, maioritariamente aeróbica, sendo que a mesma deve ser realizada pelo menos três dias por semana.

Para tal, é fundamental que sejam oferecidas a todas as crianças oportunidades seguras e equitativas, e encorajar a participação em atividades físicas que sejam divertidas, diversificadas e adequadas à sua idade e capacidades. A OMS faz também uma ressalva no que diz respeito a crianças portadoras de deficiência, dando ênfase aos benefícios que a atividade física apresenta para estas. Para estas crianças, as recomendações da OMS mantêm-

se iguais, embora necessitem de alguma adaptação e por vezes, acompanhamento de um profissional de saúde ou especialista em atividade física e deficiência, devendo estas crianças serem igualmente submetidas a pelo menos 60 minutos, por dia, de atividade física de intensidade moderada a vigorosa durante pelo menos 3 dias por semana, tendo em conta as suas capacidades (DGS, 2020).

No que concerne ao sedentarismo, a OMS através do documento DGS (2020), alerta para o fato deste estar intimamente associado ao aumento de gordura corporal, à diminuição da saúde cardiometabólica, a uma menor condição física bem como, à redução do comportamento social e redução da duração do sono. Posto isto, as recomendações referidas, passam por limitar o comportamento sedentário, particularmente a quantidade de atividades recreativas em frente aos ecrãs.

Os dados do IAN-AF 2015-2016, obtidos com recurso a diários de atividade física, estimam que apenas 57,5% das crianças e adolescentes entre os 6-14 anos cumpre as recomendações de 60min/dia de atividade física de intensidade moderada a vigorosa. Após análise dos dados podemos verificar que a diferença entre sexos apresenta valores estatísticos significativos no grupo etário dos 6 aos 9 anos, sendo no sexo feminino de 53,4% e no sexo masculino de 68,3% (Gráfico 13).

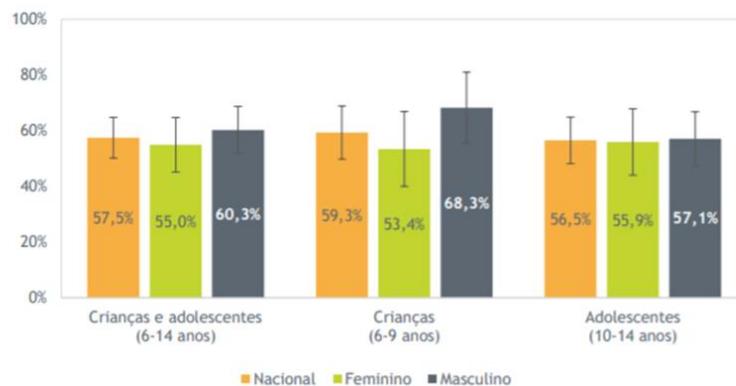


Gráfico 13 - Prevalência de prática de atividade física moderada a vigorosa (≥ 3 Mets) por pelo menos 60 min por dia, nacional, por sexo e grupo etário (IAN-AF 2015-2016), ponderada para a distribuição da população portuguesa.

Fonte: https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF%20Relat%C3%B3rio%20Resultados_0.pdf

Segundo os dados do IAN-AF (2017) independentemente do sexo e do grupo etário, a prevalência de crianças e adolescentes que passa em média mais de 60 minutos por dia em brincadeiras ativas é maior durante os fins-de-semana quando comparados com os dias da semana. No entanto, quer durante a semana, quer ao fim de semana, há um decréscimo

significativo da prevalência de crianças e adolescentes que participam em brincadeiras ativas relacionado com a idade, observando-se este fato principalmente nas raparigas (Gráfico 14).

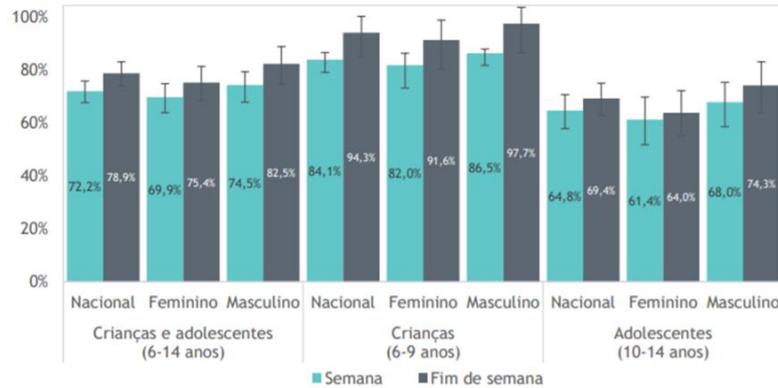


Gráfico 14 - Prevalência de participação em brincadeiras ativas por pelo menos 60 minutos por dia, nacional, por sexo e grupo etário (IAN-AF2015-2016), ponderada para a distribuição da população portuguesa.

Fonte: https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF%20Relat%C3%B3rio%20Resultados_0.pdf

Quando confrontados com dados de atividade física desportiva programada, ao contrário do que acontece com as brincadeiras ativas esta aumenta com a idade das crianças e adolescentes. Para a faixa etária dos 3 aos 14 anos, mais de metade das crianças (59,6%), pratica regularmente atividade física desportiva, sendo que esta percentagem não difere muito entre sexos (Raparigas- 59,4% e rapazes-59,8%). No entanto, com o aumento da idade observa-se igualmente um decréscimo de participação nestas atividades por parte das raparigas (Lopes et al., 2017).

No que concerne ao sedentarismo o instrumento utilizado pela IAN-AF (2017), para avaliar as atividades sedentárias das crianças portuguesas foi o “*Activity Choice Index*”, através do qual foi possível verificar que crianças com idades entre os 6 e os 14 anos de idade apresentavam comportamentos sedentários, em média 9h06min (excluindo o tempo de sono) sendo que este valor era superior quanto maior a idade das crianças (Gráfico 15) (Lopes et al., 2017).

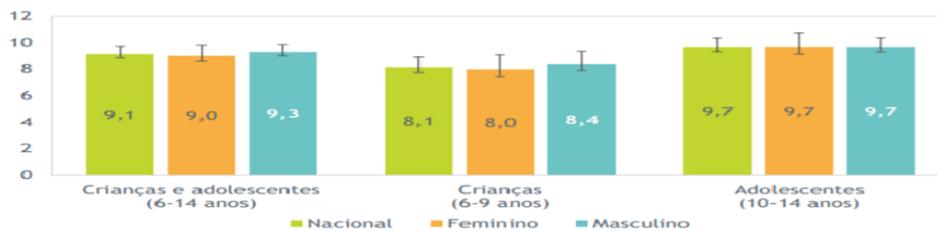


Gráfico 15- Tempo médio (h/dia) passado em comportamento sedentário, por sexo (IAN-AF 2015-2016), ponderada para a distribuição da população portuguesa.

Fonte: https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF%20Relat%C3%B3rio%20Resultados_0.pdf

Ainda de acordo com os dados recolhidos através do IAN-AF (2017), referentes ao ano 2015 e 2016 alertavam para o aumento da prevalência do sedentarismo em crianças e adolescentes, sendo 36,5% as crianças que viam televisão por períodos de tempo iguais ou superiores a 2horas. Prevalência esta, que aumentava significativamente quando analisados os fins-de-semana, passando para 71.3%, sendo os rapazes o que apresentam maior prevalência neste comportamento sedentário (no grupo etário dos 6 aos 9 anos, o sexo masculino=80,0%; sexo feminino=70,5% e, no grupo etário dos 10 aos 14 anos, o sexo masculino=71,9%; sexo feminino=65,0%) (Lopes et al., 2017). (Gráfico 16)

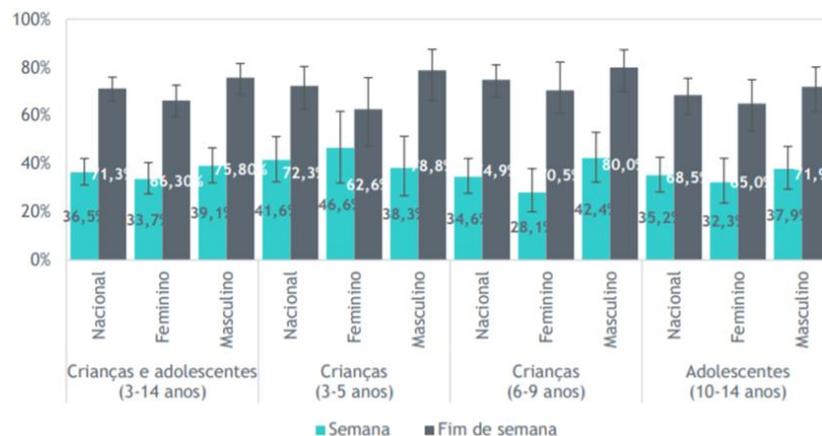


Gráfico16 - Prevalência tempo passado a ver televisão (≥ 2 horas/dia), nacional, por sexo e por grupo etário (IAN-AF 2015-2016), ponderada para a distribuição da população portuguesa.

Fonte: https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF%20Relat%C3%B3rio%20Resultados_0.pdf

Tendo base os resultados do estudo de Janeiro, 2020, e de acordo com a população do estudo, aferiu-se que a maioria das crianças com peso normal, prefere a brincadeira no exterior como atividade lúdica, seguida pela televisão e por último a leitura. No caso das crianças com excesso de peso e obesidade, ver televisão e jogar no computador/consola foram as atividades mais escolhidas. Em contrapartida, brincar no exterior foi a atividade menos escolhida por estas duas últimas categorias (Gráfico 17).



Gráfico 17 - Distribuição de crianças com obesidade entre 6 a 10 anos pertencentes a um estudo realizado no Alentejo Central, de acordo com as atividades lúdicas, por categoria de peso, normal, excesso de peso e obesidade, 2020.

Fonte: Tese de mestrado de Adriana Janeiro, 2020: “Obesidade Infantil: A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na educação alimentar em idade escolar”

1.4 - IMPACTO DA PANDEMIA POR COVID-19 NA OBESIDADE INFANTO-JUVENIL

Segundo Fernando de Almeida, Presidente do Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge citado por INSA (2019), os dados do COSI Portugal 2019, mostram que Portugal tem vindo a cumprir o desafio lançado na Carta Europeia da Luta Contra a Obesidade, assinada em 2006 na Conferência Interministerial da OMS, uma vez que se conseguiu estagnar o crescimento epidémico desta doença.

Contudo, os resultados atingidos até 2019 podem “estar em causa” devido a uma panóplia de alterações no estilo de vida provocadas pela Covid-19.

No ano 2020 fomos confrontados com uma nova espécie de coronavírus (SARS-COV-2) dando origem a uma pandemia à escala mundial. Este vírus causa COVID 19, doença esta, que se manifesta por uma síndrome respiratória aguda e que apresenta alta morbidade e mortalidade mesmo na infância (Stavridou et al, 2021).

A obesidade é um fator de risco que aumenta a suscetibilidade individual à infeção por SARS- CoV- 2, assim como o risco de manifestações graves da doença. (Rito et al., 2020)

“A obesidade é uma condição muito prevalente em manifestações graves de COVID-19 em crianças e, à semelhança do que se verifica nos adultos, fatores de risco associados à obesidade como um estado inflamatório crónico, uma diminuição da resposta imunitária, ou a presença de patologia cardiorrespiratória, parecem agravar os sintomas da doença.” (Rito, et al 2020, p.46)

Dado o desconhecimento sobre o tratamento deste vírus assim como a sua fácil transmissão e com o intuito de mitigar a sua propagação, uma das políticas de saúde pública adotadas a nível mundial e igualmente em Portugal prendeu-se com o confinamento (Rito et al, 2020), afetando 2.6 biliões de pessoas em todo o mundo (Stavridou et al, 2021).

O confinamento conduziu a alterações nos estilos de vida da população portuguesa, com destaque para as famílias com crianças em idade escolar, em que as suas rotinas diárias foram drasticamente modificadas com o encerramento dos estabelecimentos de ensino.

Vários são os autores que apontam para a importância das rotinas no dia-a-dia das crianças uma vez que têm grande impacto no desenvolvimento da autoestima, autoconceito, capacidade de autocontrolo e ainda a garantia de um sentimento de segurança (Eichmann, 2014).

Bossard e Boll, em 1950, através da realização de um estudo qualitativo, concluíram que as rotinas consistiam em poderosas formas de organização da vida familiar, nomeadamente em momentos de stress e transição, sendo aconselhável que estas sejam encaradas como momentos alegres e não momentos de stress (Cabana 2017).

Contudo as alterações que surgiram recentemente, originaram transformações nos hábitos quotidianos, apresentando um impacto negativo nas rotinas das crianças em idade escolar. Os ambientes escolares proporcionam rotinas relacionadas com horário das refeições, atividade física e horário de sono, três fatores de estilo de vida implicados no risco de obesidade (Pietrobelli et al. 2020).

As crianças foram confrontadas com uma nova realidade marcada pelas aulas on-line, stress, inexistência de atividades estruturadas e de interação social. A realização de atividade física, realizada frequentemente nas escolas e em espaços ao ar livre ficou comprometida, fundamentalmente nas famílias que residem em áreas urbanas. Perante o supracitado é expectável que os hábitos sedentários aumentem, com elevado tempo de ecrã, seja para atividades lúdicas ou pela própria adaptação ao sistema educativo. Paralelamente verifica-se a diminuição dos níveis de energia despendidos que se constituiu como um fator associado a um risco aumentado de obesidade infantil, assim como, um maior consumo de alimentos hipercalóricos e de menor densidade nutricional (DGS, 2020) e maior exposição ao marketing sobre produtos ricos em gorduras, açúcares e sal (INSA, 2020)

De acordo com Pietrobelli et al. (2020), é espectável que o excesso de peso ganho durante o confinamento pode não ser facilmente reversível e pode contribuir para o excesso de adiposidade na idade adulta, com especial desfavorecimento para crianças e adolescentes com diagnóstico prévio de obesidade.

O REACT-COVID surgiu durante o período de confinamento com o principal objetivo de conhecer os comportamentos alimentares e de atividade física dos portugueses em contexto de contenção social, e consiste num estudo realizado pela DGS. A recolha de dados foi realizada através de questionário on-line e chamada telefónica, onde participaram 5874 indivíduos, com idades superiores a 16 anos, no período de 09 de abril de 2020 e 04 de maio de 2020. Este estudo constitui-se como o reflexo da realidade de muitas famílias portuguesas com influência direta em hábitos de saúde das crianças (DGS, 2020).

Durante a avaliação dos resultados obtidos através do inquérito sobre alimentação e atividade física em contexto de contenção social foi possível verificar que 45% dos indivíduos alteraram hábitos alimentares durante este período. Alterações estas que se encontram segundo a DGS (2020), relacionadas com o estilo de vida imposto às famílias durante o confinamento, bem como alteração dos horários, stress vivido, alterações de apetite por vezes associada à situação económica vivenciada.

Através da leitura atenta do inquérito, verifica-se que existe um aumento de 30.9% no consumo de snacks doces e que 31,4% dos indivíduos passaram a petiscar mais ao longo do dia.

A nível familiar, no que concerne à alimentação, as rotinas também sofreram alterações com deslocações menos frequentes aos supermercados e com a aquisição e consumo de uma maior quantidade de alimentos processados e enlatados. (INSA, 2020).

Paralelamente a esta situação e devido a mudanças do quotidiano familiar, induzidas pela pandemia, podem ocorrer situações de stress e alterações no padrão de sono com recurso a «alimentos de conforto» (INSA, 2020).

Segundo, uma revisão da literatura desenvolvida por Stavridou et al. (2021), durante a Pandemia de COVID-19, a percentagem de famílias que revelam ter dificuldade de aquisição e acesso aos alimentos no EUA aumentaram 20%, provocado por questões financeiras e ansiedade, na medida em que as lojas se encontravam encerradas e as pessoas tinham medo de transmitir/contrair o vírus. Por outro lado, constatou-se também que o encerramento das escolas levou a um aumento da insegurança de muitas famílias pelo facto de que muitas famílias dependiam das refeições que eram oferecidas nas escolas. A insegurança alimentar pode levar á desnutrição ou excesso de peso. Poderá existir uma relação entre insegurança alimentar, desnutrição e obesidade, que contribuem para problemas de saúde e morte prematura.

Ainda de acordo com a revisão supracitada, aproximadamente um terço das famílias optam por adquirir alimentos de alto teor calórico, snacks, doces, sobremesas e bebidas

açucaradas. Observou-se ainda um aumento de 47% no consumo de comida enlatada. A estratégia do uso de alimentos como “uma recompensa” para as crianças foi observado durante a pandemia, bem como se evidenciou o aumento da pressão dos filhos sobre os pais para comer.

Reportando para a realidade em Portugal, e de acordo com os dados obtidos no inquérito REACT-COVID (2020), o risco de insegurança alimentar está presente 1 em cada 3 pessoas, sendo que 8% da amostra estudada, referiu dificuldades económicas no acesso aos alimentos (Figura 2).



Figura 2 - Risco de inseguranças alimentar durante o período de contenção social no contexto da COVID-19, 2020.

Fonte: <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2020/11/Relato%CC%81rio-PNPAS-2020.pdf>

Um grupo de investigadores da Faculdade de Motricidade Humana (UL), da Escola Superior de Educação de Lisboa (IPL), e da Escola Superior de Desporto e Lazer (IPVC) realizou um estudo para analisar as rotinas das famílias portuguesas durante o confinamento do Covid-19. Como referido anteriormente, esta situação afetou as rotinas diárias da família, influenciando a atividade física das crianças, dando origem a taxas de sedentarismo na ordem dos 80% (Cordovil, Luz, Rodrigues, & Pombo, 2020).

De acordo com o mesmo estudo, apurou-se que durante o período de confinamento a maior parte dos pais considerou que houve uma diminuição no tempo de atividade física dos seus filhos (69.4%) e um aumento do tempo dedicado aos ecrãs (68.4%). O tempo de ecrã lúdico (excluindo aulas e trabalhos online) aumentou ao longo das faixas etárias, 0-2 anos observaram-se valores de 24%, 3 aos 9 anos 27% e 33% na faixa dos 10 aos 12 anos. O tempo de sedentarismo também mostrou aumentar com a idade, com valores de 62% na faixa etária dos 0-2 anos, 72% dos 3 aos 5, 78% dos 6 aos 9 anos e 84% na faixa etária dos 10 aos 12 anos (Cordovil et al., 2020).

O estudo de Cordovil et al. (2020), confirmou uma tendência geral decrescente do tempo de atividade física ao longo da infância, sendo que as crianças que vivem em condições de confinamento obrigatório apresentaram um aumento significativo no tempo de sedentarismo, particularmente no que diz respeito à percentagem de tempo de jogo sem movimento e aumento do tempo de ecrã lúdico.

Os fatores supramencionados estão identificados como sendo de alto risco para o desenvolvimento de excesso de peso e obesidade nas crianças. Pressupõe-se igualmente que o confinamento e tudo o que este implica, tenha impacto na sua saúde física e mental (Rito et al, 2020).

Atualmente e apesar de ainda não existirem muitos estudos sobre a obesidade infantil durante a pandemia, vários são os autores que demonstram algum receio de que a pandemia possa contribuir negativamente para a redução da obesidade infanto-juvenil.

Em Portugal, um dos raros estudos sobre esta problemática foi concluído por investigadores do INSA no concelho de Cascais e constatou, que aquando do primeiro confinamento que decorreu entre os meses de março e abril de 2020, 35.4% dos pais notou aumento de peso dos filhos e 61% a não se preocuparem com essa tendência (Rito et al., 2020).

Segundo a Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil (APCOI), estima-se que o confinamento tenha reflexo no peso corporal das crianças, o que se poderá manifestar num aumento médio de 10%.

Estes dados são preocupantes uma vez que previamente a esta pandemia, uma em cada três crianças apresenta excesso de peso e 10.6% obesidade infantil (INSA, 2020).

1.5 – O PAPEL DA FAMÍLIA NA OBESIDADE INFANTO-JUVENIL

A família assume um papel determinante na promoção da saúde infantil, constituindo-se como a primeira unidade de cuidado que intervém no processo saúde-doença e a que tem maior influência nos hábitos de vida da criança.

De acordo com a literatura, os principais fatores de influência do padrão alimentar das crianças são a família, os fatores sociais e os fatores ambientais. (Ramos & Stein, 2000; Rossi, Moreira & Rauen, 2008). É no contexto familiar, a partir da aprendizagem social, que a criança desenvolve os seus comportamentos alimentares, surgindo os pais, claramente como

os grandes influenciadores deste processo (Scaglione, Salvioni & Galimberti, 2008; Ramos & Stein, 2000).

Deste modo, a família assume não só um papel determinante na formação dos hábitos alimentares como também no estilo de vida das crianças, sendo que os pais, assumem a crucial responsabilidade de transmitir e inculcar hábitos saudáveis (Paiva, Couto, Masson, Monteiro & Freitas, 2018).

A maneira como os pais desempenham a parentalidade, os hábitos alimentares da família como o tipo e a quantidade de alimentos que são consumidos no seio familiar, o número de refeições que fazem fora de casa, as recompensas de comportamento que reforçam o sedentarismo, como ver televisão, são preditores do comportamento de saúde das crianças (Li, Adab & Cheng, 2014).

Os pais têm um papel fundamental no controlo e monitorização da quantidade de tempo que os seus filhos passam em frente à televisão, atendendo a que comportamento está associado a uma natureza e consequentemente, está associado à obesidade (Rossi, Moreira & Rauen, 2008). Os hábitos alimentares da família, irão também ter poder sobre o que é consumido, incluindo aquilo do que as crianças aprendem a gostar e comer, pois é a partir da observação do comportamento alimentar de figuras que exercem influência que dependerá a aceitação ou não da criança (Savage, et al., 2007).

Outro aspeto importante condicionado pela família é a imagem corporal e a autoestima das crianças, desde a infância à adolescência, sendo que tem influência na adesão a práticas que fomentam o bem-estar, como é o caso dos hábitos alimentares saudáveis e a prática de atividade física (Eli, Howell, Fisher & Nowicka, 2014).

O ato de nutrir a criança vai para além do ato biológico, na medida em que se encontra relacionado com comportamento e com as práticas alimentares da família, que por sua vez são influenciados pelos meios histórico, social, tecnológico e económico. Deste modo, as alterações no estilo de vida da família podem levar a criança a adquirir hábitos alimentares inadequados, resultando na obesidade infantil.

Em muitas famílias, os próprios pais também apresentam problemas de gestão do peso incluindo por vezes o excesso de peso, sendo este facto influenciador na maneira como lidam com o peso dos seus próprios filhos. Deparam-se com dificuldade, muitas vezes, na classificação do peso dos seus filhos, onde nem sempre o excesso de peso é reconhecido, principalmente na fase da puberdade onde são significativas as modificações corporais, sendo comum apontarem os fatores de ordem da genética familiar como motivo do excesso de peso.

Torna-se, portanto evidente e, aspeto fundamental, o desenvolvimento de intervenções que incluem a família, no combate e tratamento da obesidade infanto-juvenil, através do desenvolvimento de estratégias que promovam a capacitação e o empoderamento destas famílias. Através da capacitação pretende-se o desenvolvimento de oportunidades e meios para que todos os membros da família tenham a capacidade de pôr em prática as suas competências e habilidades de maneira a satisfazer as necessidades da criança/família. Com o empoderamento, através da interação dos profissionais com a família, pretende-se que as famílias adquiriram um sentido de controlo nas suas vidas, mantenham ou adquiram estilos de vida saudáveis, assim como tenham a capacidade de reconhecer as alterações positivas fruto dos comportamentos de ajuda promotoras das suas forças, habilidades e ações (Hockenberry e Barrera, 2014).

1.6 – SAÚDE ESCOLAR

A escola constitui-se como o contexto privilegiado para a transmissão de saberes, organizado por várias disciplinas, permitindo aos alunos aquisição de saberes, nomeadamente na Promoção da Saúde e adoção de estilos de vida saudáveis.

Segundo Riso (2013, p.93), na escola, *“é onde aprendem a respeitar a ciência de um modo geral e, em especial em matéria de saúde”*. A promoção da saúde é um conceito que tem vindo a evoluir ao longo dos tempos, sendo que foi na primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde no ano de 1986, onde foi aprovada a carta de Ottawa, que foi considerada como uma estratégia crucial para melhorar a saúde das populações.

A Carta de Ottawa é composta por orientações para atingir a Saúde para Todos no ano 2000 e seguintes, onde foi evidenciada a importância da Saúde Escolar. De referir que ainda nos dias de hoje, as orientações estabelecidas ainda servem de guia central, orientador para as políticas e práticas de promoção da saúde, sendo reforçadas e complementadas nas seguintes conferências internacionais de Promoção da Saúde promovidas pela OMS.

O foco epidemiológico nas doenças não transmissíveis que, inicialmente, influenciavam o estado de saúde da população portuguesa deu origem a alterações importantes no paradigma da Saúde Escolar. Começou por se remeter para o controlo de doenças transmissíveis. O facto de a saúde ser influenciada pelo ambiente onde o individuo se desenvolve e direciona estratégias de promoção da saúde atuando sobre os seus determinantes é defendido pela Saúde Escolar (DGS, 2015). Desde o ano de 1994, que Portugal faz parte da Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde, uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação,

onde a promoção da saúde na escola se assume como um investimento que trará em ganhos de saúde. É considerada Escola Promotora da Saúde a que assume a educação para a saúde no currículo e tem atividades de saúde escolar, sendo necessariamente, mais seguras, mais sustentáveis e mais saudáveis (DGS, 2016).

A maioria dos problemas de saúde e comportamentos de risco, são maioritariamente associados aos estilos de vida, sendo que estes podem ser reduzidos, significativamente, através de programas de promoção para a saúde, que vão de encontro às emergentes preocupações de saúde e são baseados nas prioridades nacionais. Desta forma, é fundamental o desenvolvimento de políticas de saúde transversais, com o intuito de se criarem ambientes saudáveis, intervindo nos espaços quotidianos em que os indivíduos se inserem.

A escola para muitas crianças/adolescentes constitui-se como um espaço quotidiano, a segunda casa, pelo tempo que nela passam. Este facto torna evidente a intenção da elaboração do Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) ao escolher a escola como local de promoção da saúde.

A OMS (Parecer n.º 14/2013), estabeleceu metas de saúde, onde a Promoção de Saúde e os estilos de vida saudáveis têm uma abordagem privilegiada no ambiente escolar. Desta maneira, em Portugal o PNSE, constitui-se como o referencial do sistema de saúde, que foi construído tendo por base o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 bem como a sua revisão e extensão a 2020, os objetivos e estratégias da OMS para a Região Europeia, Health 2020 e os princípios regentes das Escolas Promotoras da Saúde (EPS)”. Promove o desenvolvimento de competências na comunidade educativa, que, conseqüentemente, lhe permite melhorar o seu nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a sua qualidade de vida (DGS, 2015).

Deste modo, do PNSE fazem parte os seguintes objetivos gerais:

“ ✓ Promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa;

✓ Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde;

✓ Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as;

✓ Estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar

Tendo por objetivo *“uma abordagem holística da Saúde na Escola ou da Escola como um Todo”* (DGS, 2015 p. 21), tanto a nível individual como a nível coletivo, as condições que exercem na saúde, comunicam-se e articulam-se em eixos apresentados pelo PNSE, sendo eles:

Eixo 1. Capacitação;

Eixo 2. Ambiente escolar e saúde;

Eixo 3. Condições de saúde;

Eixo 4. Qualidade e Inovação;

Eixo 5. Formação e investigação em Saúde Escolar;

Eixo 6. Parcerias

Do PNSE importa ainda mencionar as diversas áreas de intervenção:

1. Saúde mental e competências socio emocionais;

2. Educação para os afetos e a sexualidade

3. Alimentação saudável e atividade física;

4. Higiene corporal e saúde oral;

5. Hábitos de sono e repouso;

6. Educação postural;

7. Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância (DGS, 2015 p. 23).

Em análise ao PNSE, pode-se verificar que este se constitui como um privilegiado promotor de saúde, tem um papel de excelência na gestão quer dos determinantes da saúde como em toda a comunidade educativa que se traduzem, a médio e longo prazo, em ganhos em saúde.

Os profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, têm um papel fundamental no desenvolvimento e sucesso do PNSE, constituindo-se como elemento fulcral na Promoção da Saúde, nomeadamente promoção de estilos de vida saudáveis.

A alimentação saudável e a atividade física constituem-se como uma das áreas de intervenção e, deste modo constata-se que a obesidade e o sedentarismo são alvo de preocupação e de intervenção na saúde escolar, onde a Promoção e Educação para a Saúde (PES) assume um papel fundamental.

A PES em meio escolar constitui-se como um processo contínuo que objetiva o desenvolvimento de competências das crianças e dos jovens, dando-lhes oportunidade de se confrontarem positivamente consigo próprios, construir um projeto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis (Carvalho, et al., 2017).

A PES assume um papel fulcral no desenvolvimento de cidadãos e sociedades saudáveis, sustentáveis e felizes, sendo que, por este motivo, contribui para as metas e objetivos definidos pela Organização Mundial de Saúde para a Saúde e Bem-Estar na Europa – Saúde 2020, para a Estratégia da União Europeia 2020, no que diz respeito ao crescimento sustentável e à educação inclusiva e para Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, das Organização das Nações Unidas (Carvalho, et al., 2017).

A Escola, enquanto organização que visa o desenvolvimento da aquisição de competências pessoais, cognitivas e socio emocionais torna-se o espaço de excelência onde, individualmente e em grupo, as crianças e jovens têm a oportunidade de gerir eficazmente a sua saúde e a agir sobre fatores que a influenciam, e estimulando a colaboração de parceiros locais, nomeadamente da Saúde e da Autarquia, entre outros. Desta forma, surge, o Referencial de Educação para a Saúde (RES) que resulta de uma parceria entre a Direção-Geral da Educação e a Direção-Geral de Saúde, que se constituiu como um elemento educativo flexível, e voluntário, passível de ser utilizado nas escolas, e ser útil a outras entidades e agentes educativos, que possuam caráter formal ou não-formal, que assumam o objetivo de desenvolver projetos de promoção de estilos de vida saudáveis com crianças e jovens, bem como a pais e encarregados de educação e a cuidadores (Carvalho, et al., 2017).

Fazem parte do RES, dos cinco temas globais a serem desenvolvidos, a Educação Alimentar e Atividade Física, surgindo neste âmbito o programa fitnessgram. Este programa insere-se na área da educação física, e representa um elemento fundamental de avaliação e posterior referência das crianças e adolescentes de ambos os sexos. Tem em conta a relação entre a aptidão cardiorrespiratória, o perímetro da cintura, a soma das pregas adiposas e a pressão arterial sistólica bem como a relação entre a atividade física e indicadores de obesidade (IMC) com o intuito de não só se criarem todas as condições para o aumento da aptidão cardiorrespiratória, da atividade física, da flexibilidade e da força como também promover a redução da incidência da taxa de excesso de peso e obesidade, através de uma intervenção multidisciplinar.

2- MODELO NOLA PENDER

Ao longo do tempo a enfermagem tem desenvolvido um corpo de conhecimentos próprio que lhe confere autonomia, autoridade e responsabilidade, promovendo-a enquanto disciplina e ciência (Almeida et al., 2009; Bittencourt, Marques & Barroso, 2018). Um dos elementos que sustentam a prática de enfermagem são as teorias de enfermagem, que se constituem como um dos elementos que compõem a linguagem específica da profissão, sendo consideradas contributos epistemológicos fundamentais (Schaurich & Crossetti, 2010).

Os Enfermeiros são profissionais que assumem um papel decisivo na implementação de medidas promotoras de saúde, pela sua habilitação académica e grande proximidade com os utentes. (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Existem várias teorias e modelos de entre os quais foi selecionado o Modelo de Promoção de Saúde (MPS) de Nola Pender, servindo de base teórica para o desenvolvimento do presente projeto. Considera-se fundamental a aquisição de conhecimentos baseados na mais recente evidência científica, na área específica da obesidade infanto-juvenil, tendo como foco a promoção da saúde das crianças em parceria com as suas famílias, de forma a prestar cuidados de excelência. O MPS, foi publicado inicialmente em 1990 por Pender, Walker, Sechrist e Frank-Stromborg, tendo sido revisto e publicado em 1996, sendo que a sexta edição, foi publicada em 2011 por Pender, Murdaugh e Parsons. Trata-se de um modelo simples e preciso, que pode ser aplicado na prestação de cuidados individuais ou de grupo, colaborando no processo de planeamento, intervenção e avaliação de ações de promoção da saúde. Este modelo pode ser aplicado à população adulta na sua generalidade e ao longo de todo o ciclo vital.

O MPS tem como propósito ajudar os enfermeiros a compreender os principais determinantes dos comportamentos de saúde, tendo por base o aconselhamento comportamental, com o intuito de promover estilos de vida saudáveis (Pender, 2011). Este modelo permite ainda que o enfermeiro realize de forma individual, através de uma estrutura clara, o planeamento, intervenção e a avaliação as suas ações de promoção da saúde, através do estudo da inter-relação de três pontos fundamentais: as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o comportamento de promoção da saúde desejável (Victor, Lopes & Ximenes, 2005). Na construção do Modelo de promoção da saúde, a autora utilizou, como bases teóricas a Teoria da Aprendizagem Social e o Modelo de Avaliar Expectativas.

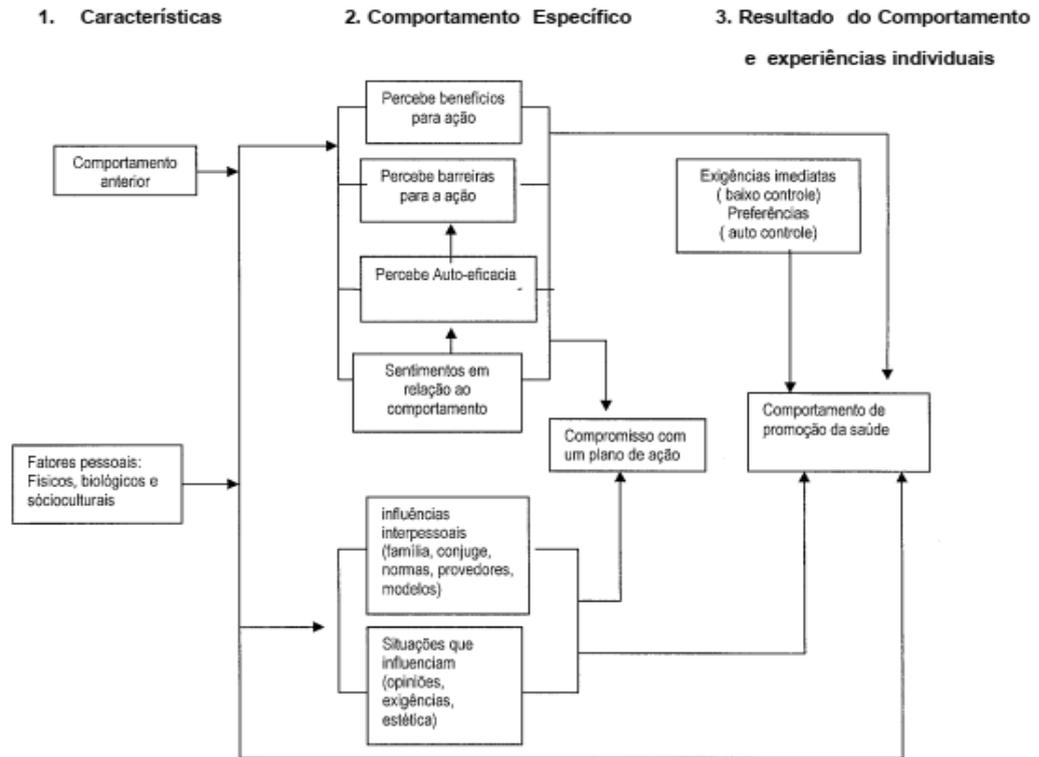


Figura 3 – Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde.

Fonte: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300002

- Características e experiências individuais:

Cada indivíduo possui experiências e características próprias que são influentes nos seus comportamentos futuros. Contém o comportamento anterior, que diz respeito a comportamentos idênticos aos do passado, que tem consequência na probabilidade de desenvolver comportamentos promotores de saúde. Esta variável considera-se o ponto de partida, sendo uma condição que permite a formulação de intervenções de enfermagem, influenciando de forma direta o comportamento de promoção da saúde. Outra variável são os fatores pessoais, que abrangem os biológicos e os fisiológicos como é o caso das características como a idade, género, IMC, agilidade; os fatores socioculturais que consistem na cultura, raça, nível socioeconómico e ainda os fatores psicológicos que são a auto-motivação e a auto-estima. Assim, considera-se que estas duas variáveis, limitam as ações de saúde futuras (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

- Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento:

É o núcleo central do diagrama, sendo formado pelas variáveis; **percebe benefícios para ação**, representações mentais positivas, que reforçam as consequências de adotar um comportamento; **percebe barreiras para ação**, percepções negativas sobre um comportamento, são vistas como dificuldades e custos pessoais; **percebe auto-eficácia**, julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar ações; **sentimentos em relação ao comportamento**, reflete uma reação emocional direta ou uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positivo, negativo, agradável ou desagradável; **influências interpessoais**, o comportamento pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, provedores de saúde, ou por normas e modelos sociais; **influências situacionais**, o ambiente pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde.

- Comportamento de promoção de saúde desejável:

Segundo Pender (2011), o MPS apresenta como conceitos chave em enfermagem:

- O indivíduo é um organismo biopsicossocial que é parcialmente moldado pelo ambiente, mas que também procura criar um ambiente em que o potencial humano inerente e adquirido possa ser plenamente expresso, ou seja, a relação entre pessoa e ambiente é recíproca. As características individuais, bem como experiências de vida, moldam os comportamentos:
- O meio ambiente é o contexto social, cultural e físico no qual o indivíduo se situa. O ambiente pode ser manipulado pelo indivíduo para criar um contexto positivo, facilitador de comportamentos que contribuam para a melhoria da saúde.
- A enfermagem é a colaboração com indivíduos, famílias e comunidades para criar as condições mais favoráveis à expressão da saúde ótima e do melhor bem-estar.
- A saúde, tendo o indivíduo como referência, é definida como a atualização do potencial humano inerente e adquirido, por meio de comportamentos direcionados a objetivos, autocuidado competente e relacionamentos satisfatórios com os outros.
- As doenças são eventos distintos ao longo do ciclo de vida, de curta (aguda) ou longa duração (crónica), que podem dificultar ou facilitar a busca contínua pela saúde.

O conceito de Promoção da Saúde foi-se modificando ao longo do tempo, tendo adquirido maior relevo aquando da primeira conferência internacional sobre cuidados primários de saúde em Alma-Ata, no ano de 1978 (OMS, 1978). Em 1986 é realizada a primeira conferência internacional sobre promoção de saúde, dando origem à carta de Ottawa, onde foi definido o conceito de promoção da saúde, posteriormente adotado

pela OMS, a qual apresenta a formulação de estratégias, que visam a promoção da saúde, no âmbito dos estilos de vida, ambiente e envolvimento político e profissional (Carta de Ottawa, 1986).

Tendo em conta o tema deste projeto de intervenção comunitária *“O combate da obesidade infanto-juvenil num concelho do Alentejo Central, um desafio em tempos pandémicos”*, torna-se pertinente abordar este modelo, na medida em que é crucial a identificação de fatores interferentes nos comportamentos das crianças e adolescentes, de modo a que seja possível identificar uma estratégia de prevenção, objetivando a promoção de estilos saudáveis na população alvo.

A promoção da saúde deve assim ser encarada como um marco fundamental, com vista a alcançar o máximo de saúde e bem-estar, evitando possíveis doenças associadas a este problema, contribuindo para a promoção de hábitos de vida saudáveis tanto nas crianças/adolescentes como nos encarregados de educação.

3 - ANÁLISE DO CONTEXTO

Para uma intervenção contextualizada torna-se pertinente fazer uma breve caracterização do concelho onde se implementou o projeto, no que se considera serem as principais dimensões de análise relacionadas com a temática em questão.

3.1.- CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA DO CONCELHO

A cidade localiza-se na NUTS II – região do Alentejo e na NUTS III – Alentejo Central. É o sétimo concelho de Portugal com maior área, com um total de 1232,97 Km², e o segundo da região do Alentejo Central, precedido pela cidade distrito (1307,08Km²).

O concelho encontra-se subdividido em cinco freguesias e duas uniões de freguesias. No ano de 2019, apresentou-se como nono município com maior densidade populacional da região do Alentejo Central, 15.694 habitantes (Figura 4 e 5).

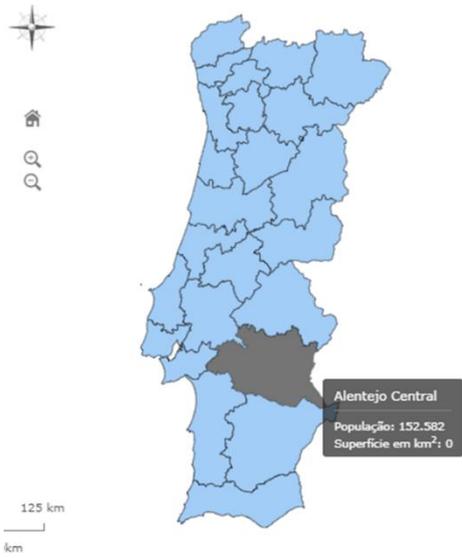


Figura 4 - Densidade populacional do Alentejo Central, 2019.

Fonte: Retirado de PORDATA

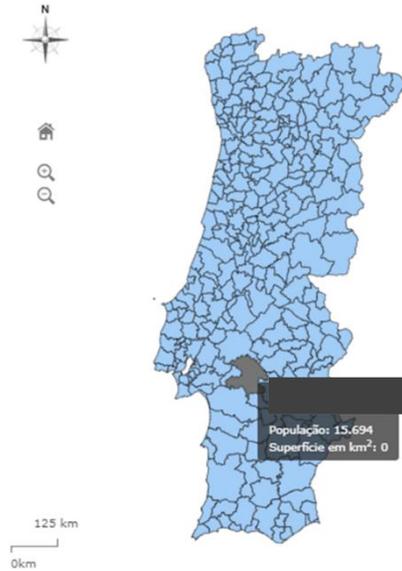


Figura 5 - Densidade populacional do concelho de, 2019.

Fonte: Retirado de PORDATA

A população residente no município tem uma predominância adulta ativa e idosa, com um marcado envelhecimento populacional que apresenta inclusivamente uma tendência crescente dada a redução na renovação da população, uma vez que o número de indivíduos pertencentes à faixa etária dos 0-14 anos é consideravelmente inferior às faixas etárias adulta e idosa. (Gráfico 18)

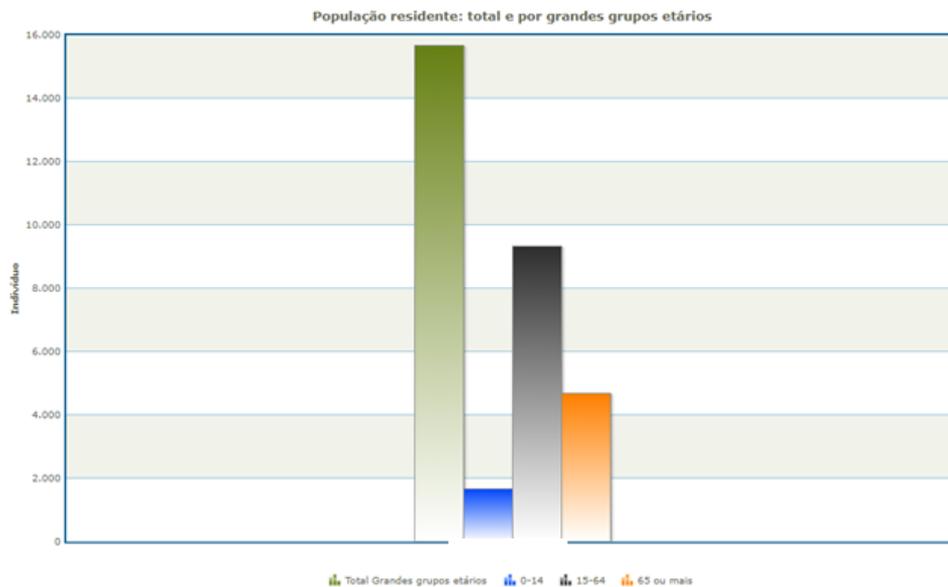


Gráfico 18 - População residente na cidade do alentejo central: total e por grandes faixas etárias, estimativas a 31/12 de 2019.

Fonte: Retirado do PORDATA.

No que diz respeito aos indicadores educacionais do município, de acordo com os resultados dos últimos Censos, Portugal, o concelho apresenta uma taxa de 18.9% de população residente sem qualquer nível de escolaridade, verificando-se, possuir um valor superior ao registado pelo Alentejo Central 15.1% pelo Alentejo (15.5%) e pelo país (10.4%) (INE/PORDATA, 2017). (Gráfico 19)

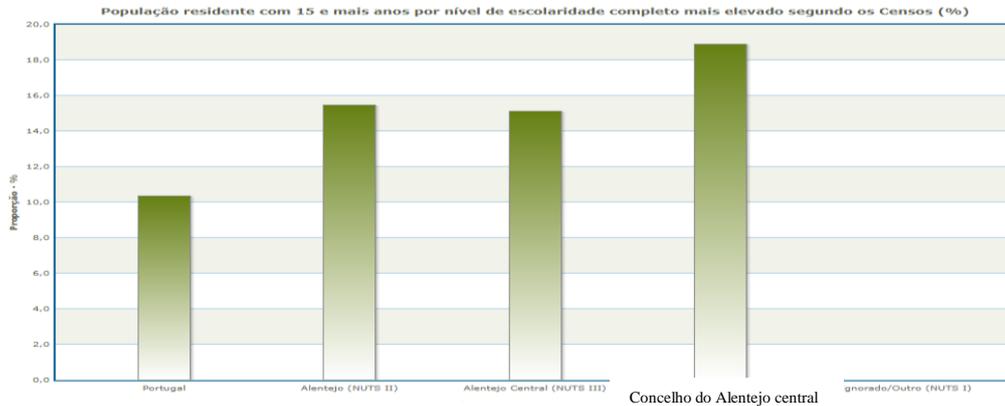


Gráfico 19 - População residente com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado segundo os Censos , no Alentejo central – população sem nível de escolaridade.

Fonte: INE/PORDATA, 2017

Relativamente á percentagem de população residente com o ensino superior, no concelho, constata-se a existência de uma taxa de 8.8% de população com o ensino superior, valor inferior comparado com os valores registados pelo Alentejo Central (11,3%), pelo Alentejo (10,2%) e pelo país (13,8%) (INE/PORDATA, 2017) (Gráfico 20)

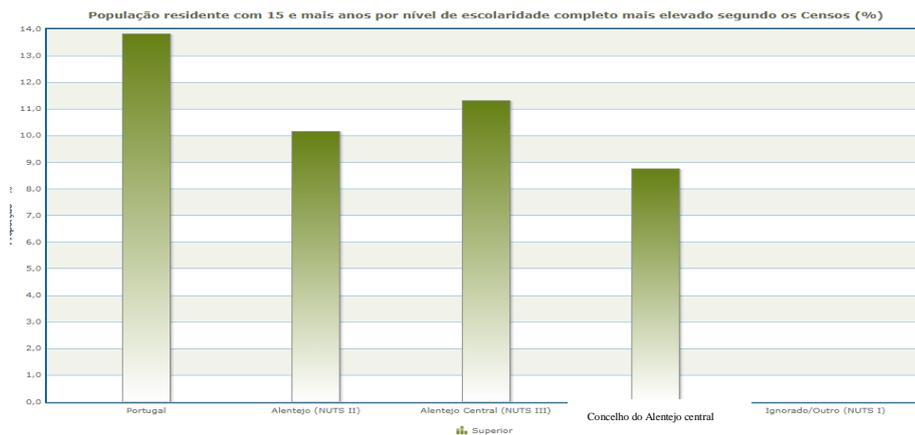


Gráfico 20 - População residente com ensino superior, com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado segundo os Censos (%) – população com o ensino superior.

Fonte: INE/PORDATA, 2017.

Tomando como ponto de análise a taxa de retenção e desistência no ensino básico, comparando o 1º, 2º e 3º ciclos de ensino pode-se verificar que esta taxa é pouco relevante, comparando com a tendência crescente nos 2º e 3º ciclos, respetivamente, tal como se pode verificar no gráfico abaixo apresentado. (Gráfico 21)

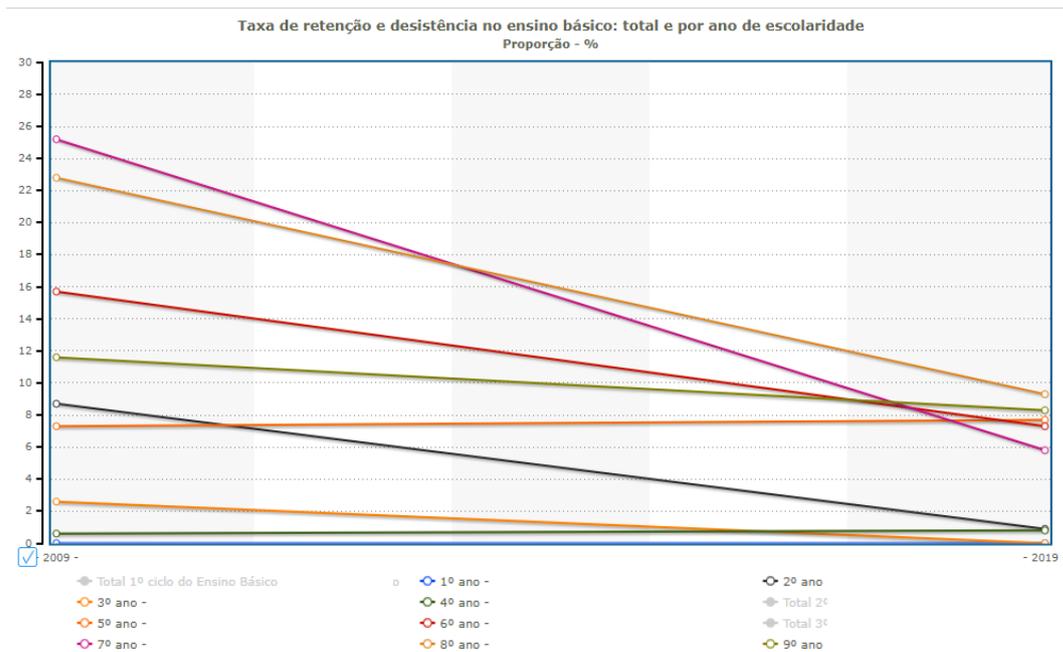


Gráfico 21 - Taxa de retenção e desistência no ensino básico: total e por ano de escolaridade.

Fonte: INE/PORDATA, 2017.

O Agrupamento de Escolas do município, foi constituído no ano de 2013, integra Estabelecimento de Educação e Ensino do pré-escolar ao ensino secundário, fazendo dele parte 12 escolas de ensino básico distribuídas pelas freguesias (1º ao 4º ano) e pelas C+S e escola secundária (5º ao 12º ano).

Relativamente aos recursos de saúde na comunidade, no concelho estão disponíveis 11 farmácias/postos farmacêuticos móveis; centros de cuidados de enfermagem, laboratórios de análises clínicas; centros de fisioterapia e massagem; clínicas médicas e dentárias e lares de terceira idade.

Nesta cidade existe 1 hospital privado que é composto por Unidade de Convalescença, Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidade de Longa Duração e

Manutenção (ULDM) e Unidade de Paliativos, que fazem parte da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

O concelho conta com 16 instituições de carácter social, nomeadamente, associações de reformados, pensionistas e idosos; comissões de reformados, pensionistas e idosos. Na vertente da integração de pessoas portadoras de deficiência, a população do concelho pode contar com a Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados (CERCI).

Relativamente aos recursos desportivos, o município tem o estádio municipal, um polidesportivo com pista de atletismo, campo adaptado á prática de rugby e prática de futebol.

A ecopista do município permite atividades ao ar livre, como a prática de correr, andar a pé ou de bicicleta.

Do município fazem ainda parte uma escola, e pista, de Ski aquático, o centro hípico e o clube de ténis, com 4 campos e 1 court de miniténis, sendo que clube de ténis estabelece parcerias com as escolas do município, assegurando aulas de ténis aos alunos.

3.2 CONTEXTO DO LOCAL DE INTERVENÇÃO - CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE FUNCIONAL ONDE FOI IMPLEMENTADO O PROJETO DE INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE

O município possui um Centro de Saúde associado ao Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Central onde está integrada a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; Unidade de Cuidados na Comunidade; e duas Unidade de Saúde Familiar. O presente projeto foi realizado na UCC do município do concelho do Alentejo Central. Neste contexto torna-se importante a caracterização da mesma.

A UCC faz parte da ARS Alentejo, ACES Alentejo Central, iniciando atividade em 30-11-2010. É uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, apoio Psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, com enfoque especial nas pessoas, e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física funcional ou de doença, que necessitem acompanhamento próximo.

Tem como missão: *“Contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da área geográfica de intervenção, com prestação de cuidados de saúde de proximidade, em casa, comunidade, local de trabalho e escolas, indivíduos, famílias e grupos vulneráveis e fragilizados, garantindo o respeito e o primado da pessoa, assente em Padrões de Qualidade Técnico-Científica ao dispor,*

promovendo acessibilidade, equidade e satisfação dos utentes, com a finalidade de obter Ganhos em Saúde na população do Concelho.

Apresenta os seguintes valores:

Honestidade pessoal e de integridade de carácter dos profissionais;

- *Respeito pelos outros e pelas suas ideias, contando com os seus contributos para desenvolver ações;*
- *Respeito pela pessoa humana em todas as suas vertentes (crenças; etnia; idade; sexo; etc.);*
- *A salvaguarda dos Direitos da Pessoa e a promoção a sua autonomia através do reconhecimento de que a saúde individual é da responsabilidade do utente e que este é responsável pelo seu projeto de saúde;*
- *A Organização dos Serviços em função das necessidades dos utentes, assegurando a continuidade dos cuidados, e orientado os utentes para outros profissionais de saúde, sempre que o pedido ultrapasse a competência dos profissionais da UCC;*
- *Ética, integridade e transparência;*
- *Promoção contínua da qualidade/melhoria continua;*
- *Equidade, acessibilidade e excelência técnica na prestação de cuidados;*
- *Cooperar e articular com as outras unidades funcionais do ACES;*
- *Trabalho em equipa e solidariedade;*
- *Promoção de parcerias nas áreas da saúde, social e comunitária;*
- *Avaliação contínua que, sendo objetiva e permanente, visa a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do plano de ação e da qualidade dos cuidados”(Guia de acolhimento da UCC, p.7-8)”.*

O compromisso assistencial da UCC é baseado na prestação de cuidados que se inserem na carteira de serviços, que incluem os programas/projetos:

“- Programa Nacional de Saúde Escolar

- Programa de promoção da saúde em criança e jovem - Projeto “Crescer Saudável” componente comunitária – com dinamização do “Espaço sem Tabus” no Centro Juvenil da Câmara Municipal

– Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco – NACJR

– Intervenção Precoce Na Infância - IP

– A saúde na Universidade Sénior

– Programa de Cuidados Continuados Integrados

- *Rendimento Social de Inserção – RSI*
- *Rede Social*
- *Intervenção Comunitária*
- *Programa de Desenvolvimento e Formação Contínua*
- *Reabilitação.*”(Guia de acolhimento da, p.9)

Para a concretização da sua missão, a UCC , conta com a colaboração de 7 Enfermeiros, 1 Secretário clínico, 1 assistente operacional; 2 técnicos Superiores de Saúde (Nutrição e Dietética e Psicologia Clínica e de Saúde); 1 técnica superior de Serviço Social; 1 Técnico Superior de Fisioterapia.

Tendo em conta que o presente projeto de intervenção na comunidade foi desenvolvido através da saúde escolar importa referir que a saúde escolar assume uma importância primordial relativamente ao desenvolvimento humano pois,

“O referencial do sistema de saúde para o processo de promoção da saúde na escola, que deve desenvolver competências na comunidade educativa que lhe permita melhorar o seu nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida” (Direção Geral da Saúde (DGS), 2006, citada pela Ordem dos Enfermeiros. (OE),(2013,p.1)

Nesta UCC, a saúde escolar encontra-se atribuída a um enfermeiro responsável pela mesma, sendo o trabalho desenvolvido com a restante equipa multidisciplinar, em parceria com a área da educação e vários parceiros comunitários.

A equipa de Saúde Escolar da UCC tem como população-alvo toda a população do parque escolar do município, sendo eles alunos, professores e assistentes operacionais.

No início de cada ano letivo é realizado o levantamento das listas nominais das várias escolas, públicas e privadas, bem como o levantamento das necessidades.

Importa referir que a referenciação de problemas detetados neste âmbito, poderá ser feita por qualquer elemento pertencente á comunidade escolar ou pertencente á equipa de saúde.

4- METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

Para a concretização do presente projeto de intervenção, recorreu-se à Metodologia do Planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1982) .

Planear pode significar, pensar no futuro, controlar ou ainda tomar decisões. Consiste num modelo teórico com vista a ações futuras, transformar a realidade de forma mais eficiente (Tavares, 1990). Planear diz respeito a um processo que leva à tomada de decisão sobre o que

fazer, como o fazer e como avaliar o que foi feito. É um processo que objetiva selecionar, entre várias alternativas, um percurso de ação. Não constitui um fim em si mesmo, não se resume a um documento lógico e bem-apresentado (Pineault e Daveluy,1987), o planeamento implica ação (Tavares, 1990). Constitui-se como um processo contínuo, dinâmico e flexível, que possibilita uma adaptação contínua à realidade. Existe uma interação contínua entre o planeamento e a realidade, que se constitui como fator determinante do seu sucesso (Tavares, 1990).

Através de um planeamento eficaz e bem concebido, é possível uma redistribuição de recursos com vista a uma maior eficiência. O planeamento em saúde segue as fases habituais de qualquer processo de planeamento. O conhecimento das etapas do planeamento em saúde promove intervenções adequadas nesta área, permitindo a realização de projetos eficientes direcionados para problemas de saúde (Tavares, 1990).



Figura 6 – Etapas da Metodologia do Planeamento em Saúde.

Fonte: Adaptado de Imperatori & Giraldes (1982) e Tavares (1990).

4.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O Diagnóstico da situação constitui-se como a primeira etapa do planeamento em saúde. É através desta etapa que é possível determinar o estado de salubridade da população, os seus principais problemas de saúde bem como os fatores que os determinam (Mendes, 2019).

4.1.1 - Pesquisa de consenso com informadores-chave

No início do primeiro estágio, com o intuito de conhecer quais as necessidades de intervenção sentidas na UCC, realizou-se um Brainstorming, tendo por base a opinião da equipa de enfermagem, de modo a dar respostas e colmatar as lacunas presentes na comunidade. A problemática de obesidade infanto-juvenil em contexto escolar foi a problemática alvo de interesse e concordância para desenvolver o presente projeto.

Com o intuito de aprofundar a importância do tema, conhecer melhor a realidade destas crianças e famílias e perceber que contributos poderiam dar para a elaboração do presente projeto de intervenção comunitária, procedeu-se à realização de uma pesquisa de consenso de informadores-chave ou grupo focal.

“Os grupos focais são uma metodologia qualitativa versátil, que privilegia a interação social na recolha e na clarificação de dados, isto é, trata-se de um método que poderá facultar importantes contributos, ao deter a capacidade não só de gerar inputs novos ou adicionais à problemática em estudo, como é igualmente propenso a aclarar informação recolhida. Com uma dinâmica própria, assente na abertura e na espontaneidade dos testemunhos dos participantes na discussão grupal, é um método que explora as particularidades da entrevista simultânea.” (Santos, 2017, p. 1)

Os grupos focais, assentam em três componentes essenciais:

” ...são um método de investigação dirigido à recolha de dados; localiza a interação na discussão do grupo como a fonte dos dados; e, reconhece o papel ativo do investigador na dinamização da discussão do grupo para efeitos de recolha dos dados.” (Silva, Veloso, & Keating, 2014, p.177)

Neste método, é dada a oportunidade de participação de todos os intervenientes, permitindo que estes partilhem a sua visão individual, com recurso à utilização das suas próprias palavras e expressões, possibilitando que sejam obtidas informações completas e precisas sobre o assunto em questão. É dirigido por um moderador, que de acordo com a sua opção, procede à implementação de questões específicas ou pode aplicar um formato não interrogativo, a partir do levantamento de temas para debate (Santos, 2017).

Este método apresenta vantagens, avaliando o facto de ser uma técnica flexível, económica, estimulante, cumulativa, elaborada com potencial de produção de dados ricos, e pelo facto de contribuir para a compreensão do tópico em questão (Silva, et. al, 2014). A influência de membros mais fortes de um grupo possam fazer sobre as opiniões dos outros elementos poderá constituir-se como a sua principal desvantagem (Streubert & Carpenter, 2011) bem como a eventualidade existirem dispersões próprias do grupo e interferência do moderador (Silva et.al, 2014).

Quanto ao número de pessoas que participam, apesar do tamanho dos grupos poder variar entre quatro e doze participantes, tem-se vindo a verificar que o número de participantes se situa entre cinco a dez (Silva et. al, 2014).

Tendo em conta todos os pressupostos anteriormente mencionados, foram convidados elementos considerados informadores-chave em relação ao tema em questão. Sendo eles a Enfermeira Coordenadora da UCC e orientadora de estágio enquanto elemento conhecedor dos problemas e necessidades da população a exercer funções na UCC e em contexto de saúde escolar, nutricionista detentora de um conhecimento profundo sobre o estado nutricional das crianças do concelho, Enfermeira responsável pela Saúde Escolar e pertencente à equipa de intervenção precoce na infância e, Professor responsável pelo programa fitescolas do Agrupamento de Escolas, sendo entregue um consentimento livre e informado a todos os elementos participantes (Apêndice I)

Decorreu na sala de reuniões da Escola Secundária, com a duração de 60min.

Enquanto moderadora, procurei que decorresse num ambiente calmo e descontraído, para que os intervenientes se sentissem confortáveis, respeitados e livres para darem a sua opinião.

Tal como descrito no guião de pesquisa de consenso de informadores – chave (Apêndice II), o desenvolvimento da discussão teve por base quatro questões abertas:

- A obesidade infanto-juvenil é um problema a nível escolar no concelho?
- Qual o grupo de alunos com maior necessidade de intervenção neste âmbito?
- Como podemos contribuir para resolver o problema?

- Quais as estratégias a utilizar a nível preventivo?
- Qual a população alvo prioritária?

A recolha de dados foi efetuada por escrito, atendendo a que o número de participantes e a ordem de trabalho assim o permitiu. Após analisada a informação obtida, procedeu-se à divulgação dos resultados, através da elaboração de um relatório sobre os resultados, abaixo descrito.

“ A transcrição de frases ilustrativas é importante, já que o relato de citações é uma parte crucial da investigação qualitativa, ao poder potenciar uma maior credibilidade atribuída à análise efetuada.” (Santos, 2017, p. 15)

Procedeu-se ao tratamento de dados através da análise de conteúdo. Numa primeira fase procedeu-se à pré-análise através da organização dos dados, com o intuito de constituir um corpo de análise, para posteriormente serem submetidos aos procedimentos analíticos, através da transcrição da reunião. De seguida efetuou-se a codificação dos dados por tema, elaborando-se a divisão do corpo do trabalho em unidades de registo e unidades de contexto, com base num processo de categorização. Seguiu-se a elaboração da matriz de análise, onde se procedeu ao agrupamento das unidades de registo e contexto foram agrupadas em categorias e subcategorias (Apêndice III).

As categorias foram, baseadas no guião, à priori e, as subcategorias foram elaboradas a partir da análise dos dados.

Os resultados são apresentados sumariamente na tabela 3, sendo a matriz de análise integral retratada no Apêndice III

| Dimensão: Obesidade infanto-juvenil | | |
|--|---|-------------------|
| Categorias | Subcategorias | Frequência |
| Obesidade infanto-juvenil um problema no concelho? | Um problema atual e grave | 4 |
| Qual o grupo de alunos com maior necessidade de intervenção neste âmbito? | Crianças referenciadas pelo programa fitescolas | 4 |
| Como podemos contribuir para resolver o problema? | Formação e sensibilização dos profissionais de saúde e professores | 3 |
| | Reiniciar o projeto da Saúde Escolar | 4 |
| Quais as estratégias a utilizar quer a nível preventivo ou nível curativo? | Educação para a saúde | 4 |
| | Equipas de proximidade e dinamizadoras | 3 |
| Qual a população alvo prioritária? | Crianças do 2º,3º ciclos e secundário referenciadas pelo programa fitescolas | 4 |

Tabela 3: Análise sumária de conteúdo de pesquisa dos informadores-chave

Fonte: elaboração própria

A reunião de pesquisa de consenso informadores-chave foi desenvolvida tendo por base o tema da obesidade infanto-juvenil. Com a primeira questão, que definiu a primeira categoria, procurou-se compreender se a obesidade infanto-juvenil constituía um problema no concelho, sendo que as respostas geradas, pela totalidade dos quatro peritos, foram consensuais, afirmativas e com valores de frequência muito consideráveis.

Na segunda categoria onde insere a questão de qual o grupo de alunos com maior necessidade de intervenção neste âmbito, obteve-se de maneira unanime a mesma resposta sendo os alunos referenciados pelo programa fitescolas do Agrupamento de Escolas do concelho.

Na categoria seguinte, na questão de como se pode resolver o problema, surgiram duas subcategorias sendo elas a formação e sensibilização dos profissionais de saúde e professores e, reiniciar o projeto da Saúde Escolar sendo que as repostas dadas deram primazia ao reinício da saúde escolar. As atividades no âmbito da saúde escolar ficaram suspensas devido à pandemia, na medida em que foi necessário cumprir a distância social, grandes períodos de confinamento e um calendário escolar reduzido, e mobilização da equipa de saúde para a vacinação contra COVID-19.

Analisando a quarta categoria onde foi abordada a questão de quais as estratégias a utilizar a nível preventivo, foram desenvolvidas as subcategorias da educação para a saúde e as equipas de proximidade e dinamizadoras, assumindo uma maior frequência a educação para a saúde, sendo dada ênfase à necessidade de se investir e desenvolver atividades de educação para a saúde que incidam na promoção de hábitos de vida saudáveis, no que se refere à alimentação saudável e prática de exercício físico.

Por último, a categoria onde se procurava identificar a população alvo prioritária teve como resultado: alunos do 2º,3º ciclos e secundário referenciadas pelo programa fitescolas.

A partir da análise dos resultados pode-se verificar de que a opinião destes informadores-chave foi consensual em como a obesidade infanto-juvenil é uma problemática que merece ser alvo de intervenção de projeto comunitário, sendo unânime a necessidade desenvolver uma ação junto dos mesmos através de ações que aumentem a literacia acerca da temática e no sentido de os capacitar para a adoção de hábitos de vida saudáveis. Deste modo, a realização desta reunião de informadores-chave, veio dar ênfase à pertinência do projeto de intervenção comunitária desenvolvido, em consonância com a evidência científica disponível, indo ao encontro ao inicialmente sinalizado pelos elementos da equipa da UCC, sendo definida como população prioritária de intervenção os alunos referenciados pelo programa fitescolas.

4.1.2 - População-alvo

A população-alvo definida para a elaboração do presente projeto foi constituída por todas crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas do agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central, sendo o critério de inclusão, crianças referenciadas pelo programa fitescolas do agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central, com autorização dos encarregados de educação para aderir ao projeto.

Foram referenciados um total de 35 alunos, pelo programa fitescolas à UCC, a quem foram entregues o documento informativo (apêndice IV) e respetivo Consentimento

Informado Livre e Esclarecido (CILE) (apêndice V), para facultarem aos encarregados de educação, sendo que 5 encarregados de educação recusaram participação no estudo. Desta forma, a população-alvo para o desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária foi constituído por um total de 30 crianças e jovens.

4.1.3 - ANÁLISE DE RISCO E PLANO DE AÇÃO

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993), para que a elaboração de um projeto fique completa, é necessário que se faça uma análise dos prováveis obstáculos à execução dos mesmos. De acordo com os mesmos autores, os obstáculos podem ser de vários tipos: recursos de ordem quantitativa (pessoal, equipamento, etc.) e recursos de ordem qualitativa (atitudes dos profissionais de saúde). Podem ainda ser relativos ao meio ambiente, a aspetos administrativos ou financeiros, de ordem legal e relativos à atitude da população face aos projetos a executar.

Nesta sequência, foi elaborada uma análise relativamente aos possíveis obstáculos ao projeto, que se encontram na tabela de análise Swot (apêndice VI)

4.1.4 - Instrumentos de recolha de dados

Após a realização de pesquisa de instrumentos de colheita de dados, foi possível identificar e selecionar dois questionários que possibilitam a compreensão dos principais determinantes dos comportamentos de saúde das crianças, com vista à promoção de estilos de vida saudáveis (Pender, 2011). Os questionários selecionados foram o questionário ESPIGA (Estudo de Saúde da População Infantil da Região Alentejo) versão família e o Questionário das Preferências Alimentares de Andrade (2014), com o objetivo de conhecer as preferências alimentares, caracterizar os hábitos alimentares e a prática de atividade física das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas.

4.1.5 - Considerações Éticas

A investigação levanta questões morais e éticas, sempre que envolva seres humanos (Fortin, 2003).

A enfermagem, enquanto profissão autorregulada, tem definido no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) bem como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

(REPE) os princípios éticos e deontológicos que deve cumprir no seu exercício, onde a investigação se inclui (Nunes, 2013).

Com o intuito de salvaguardar os direitos e possíveis danos das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas, o estudo foi antecedido à submissão da autorização da Comissão de Ética da ARS Alentejo, da qual se obteve parecer favorável. Deste modo, assegurou-se o princípio de que *“o protocolo de investigação deve ser submetido, para apreciação, comentários, orientação e aprovação, à respetiva comissão de ética para a investigação antes de o estudo começar”* (Declaração de Helsínquia, 2013, p. 3)

Como forma de respeitar os requisitos legais e éticos necessários à implementação de um projeto de intervenção comunitária, foram realizados os pedidos de consentimento, que abaixo se apresentam, todos eles com resposta favorável:

- Comissão de ética para a saúde da ARSA (anexo I)
- Comissão de ética da Universidade de Évora (anexo II);
- Diretora Executiva dos ACES do Alentejo Central(anexo III);
- Coordenador do Agrupamento de Escolas onde foi implementado o projeto de intervenção comunitária (anexo IV);

Apesar de se poderem consultar os pareceres positivos à realização do projeto acima mencionados, importa referir que foram entregues, pela investigadora, um documento com a informação do projeto e o CILE, sendo o professor responsável pelo programa fitescolas que distribuiu pelos alunos, onde foi estabelecida uma data limite de entrega dos mesmos, ficando uma caixa de madeira na sala em cada aula, para os alunos devolverem os CILE. De referir que foi assegurada a confidencialidade do anonimato e dos dados, a decisão livre de participar e a oportunidade de abandonar o estudo em qualquer momento.

A garantia da confidencialidade e de ocultação da identidade dos participantes foi salvaguardada através da criação de uma matriz de codificação, à qual apenas a investigadora principal teve acesso. A cada aluno foi atribuído um código numérico.

Os dados recolhidos ficaram na posse da investigadora que os utilizou exclusivamente no âmbito da investigação, no computador pessoal, onde apenas a mesma tem acessos e se encontra protegido com palavras-chave. A informação recolhida será destruída assim que se proceda à publicação ou divulgação dos resultados.

Não se utilizaram quaisquer dados de saúde ou outros dados recolhidos através do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central ou da UCC, referentes a quaisquer utentes.

No que diz respeito aos instrumentos de colheita de dados, foi requerida a autorização para a utilização do questionário ESPIGA, versão família, (anexo V), que foi concedida pela Coordenadora do Programa Regional do Alentejo de Promoção da Alimentação Saudável, Maria do Rosário Pires. Para a utilização da metodologia da Avaliação das Preferências Alimentares de Andrade, foi igualmente pedida autorização e concedida pela autora (anexo VI), respeitando assim os direitos de autor.

4.1.6 - Apresentação e análise de dados

O questionário ESPIGA é constituído por 107 questões de resposta fechada, uma questão com figuras e uma caixa de comentários. Segundo a ARSA, IP (2013), a sua aplicabilidade assenta em diferentes áreas temáticas, nomeadamente: dados biográficos e de saúde relativos à criança e progenitores; frequência e hábitos alimentares; comportamento alimentar; sintomatologia de ordem psicológica; atividade física/sedentarismo e hábitos de sono; e por último, dados sociodemográficos da família. (anexo VII). Por não serem objeto de estudo, foram excluídos os grupos relativos aos antecedentes pessoais (questões 1 a 11), comportamento alimentar (questões 46 a 80), perceção dos encarregados de educação (questões 81 a 87, sendo considerada apenas a questão 88), questão 108 e questão aberta para comentários.

Os questionários foram entregues às crianças nas diferentes aulas a partir de 21 de Setembro de 2021 e a data final de recolha foi no dia 4 de Outubro de 2021, sendo reaplicado o questionário no final do projeto de intervenção para avaliação, sendo apenas remetido para avaliação a frequência alimentar das crianças.

Através da aplicação da metodologia da Avaliação das Preferências Alimentares de Andrade (2014), pretende-se uma abordagem mais direcionada para as crianças, uma vez que esta consiste num jogo, onde por meio de símbolos, conhecidos dos mais jovens, pretende-se tomar conhecimento das preferências alimentares dos mesmos. No formato original do questionário os alimentos e as preferências são apresentadas em cartões, neste projeto e, de acordo com os recursos lúdicos disponíveis, foram apresentados os alimentos em power point, devidamente numerados e, foi facultada uma folha a cada criança onde consta uma grelha com os números correspondentes aos alimentos onde à frente dos mesmos a criança poderia colar o “emogi” que correspondesse à sua preferência. Se não gostasse do alimento colaria o emogi (☹), se gostasse “assim-assim” (☺) ou gostasse muito (☺). (apêndice VII).

Foi explicado às crianças, de acordo com as indicações da autora que no caso de nunca ter comido algum dos alimentos e não conhecesse o sabor desse mesmo alimento, bastava dizer que nunca comeu. Foi tido, ainda, em conta de que a criança, naturalmente, possa não ter o mesmo nível de preferência por todos os alimentos que a imagem representa. Deste modo, a imagem deve ser classificada na categoria correspondente à maioria dos alimentos representados. Tomando por exemplo a imagem dos vegetais que se ingerem crus, a criança referir gostar muito de todos mas não gosta de alface, deve ser generalizada a sua resposta e por isso deve classificar os vegetais que se comem crus como “gosto muito”. O mesmo se aplica na situação inversa: na imagem que corresponde aos vegetais que geralmente se comem cozinhados (cenouras, ervilhas, feijão verde), se a criança diz que a sua preferência é “assim-assim”, mas que “gosta muito” de ervilhas, devem ser classificados como “gosto assim-assim”.

Na análise das preferências alimentares, teve-se por base a roda dos alimentos. Os grupos de alimentos apresentam diferentes dimensões, identificando os grupos que devem estar presentes em maior quantidade na nossa alimentação (grupos de maior dimensão) e os grupos que devem estar presentes em menor quantidade (grupos de menor dimensão) e, deste modo identificar as preferências saudáveis em menos saudáveis destas crianças.

A metodologia da Avaliação das Preferências alimentares foi aplicada aplicada a 13 de Outubro de 2020 e, replicada a 17 de Janeiro de 2022 para avaliação da intervenção.

Os dados antropométricos das crianças foram obtidos através da informação contida na ficha de referenciação destes alunos à UCC, sendo a avaliação elaborada pelos professores de educação física. O percentil do IMC foi avaliado de acordo com o critério da OMS.

A amostra é composta por todos os alunos referenciados pelo programada fitescolas que aceitaram participar no projeto, sendo 68% de raparigas e 32% de rapazes, com idades entre os 11 e os 16 anos.

Para a estruturação do banco de dados e respetiva análise foi utilizado o aplicativo Excel 2007.

O resultado da análise dos instrumentos de recolha de dados permitiu identificar quais as áreas de maior necessidade de intervenção, ajudando a direcionar as intervenções a serem desenvolvidas.

Dados relativos ao IMC das crianças obtidos pela avaliação do programa fitescolas

Importa referir que estes alunos, ao serem referenciados pelo programa fitescolas apresentam excesso de peso ou obesidade. Deste modo, pode-se verificar que 80% destas crianças apresentavam excesso de peso e 20% obesidade.

Dados relativos ao Questionário ESPIGA

- **Dados referentes aos pais:**

- **Antecedentes Familiares:**

Na avaliação dos dados do peso e estatura, procedeu-se à avaliação IMC, e tendo em conta os intervalos definidos pela OMS, pôde-se verificar que 33% dos pais são obesos, 44% apresentam excesso de peso e 23% encontra-se no peso normal. No que se refere à análise do IMC das mães, pôde-se constatar que 30% são obesas, 27% apresenta excesso de peso e, 43% peso normal.

No que se refere aos antecedentes familiares ao nível das patologias, foram organizados os dados numa tabela (tabela 4), e seguidamente irá proceder-se à sua análise.

| Progenitor | Patologia | Sim | Não | Não sabe |
|-------------------|---------------------|------------|------------|-----------------|
| Pai | Diabetes | 23% (n=7) | 67% (n=20) | 10% (n=3) |
| | Hipertensão | 7% (n=5) | 70% (n=21) | 13% (n=4) |
| | Hipercolesterolemia | 27% (n=8) | 60% (n=18) | 13% (n=4) |
| Mãe | Diabetes | 27% (n=8) | 70% (n=21) | 3% (n=1) |
| | Hipertensão | 33% (n=10) | 64% (n=19) | 3% (n=1) |
| | Hipercolesterolemia | 30% (n=9) | 60% (n=18) | 10% (n=3) |

Tabela 4 – Dados relativos aos antecedentes familiares (patologias) dos pais e mães das crianças
Fonte: construção própria

Na análise da relação entre a obesidade e as patologias em análise, pode-se verificar que das mães que apresentam IMC >30, 27% tem diabetes, 33% hipertensão e 30% hipercolesterolemia. A mesma relação se pode observar nos pais, sendo a percentagem de doença presente menor.

Sendo um dado relativo aos encarregados de educação, nomeadamente sobre as causas que estes atribuem à obesidade infantil, optou-se por apresentar de seguida os dados recolhidos neste âmbito.

A causa com maior número de atribuição foram os fatores genéticos com uma percentagem de 40% de atribuição de causa, seguindo-se a má alimentação com 19% , sedentarismo com uma atribuição de 16%, baixa-auto-estima 16%, mau funcionamento do organismo 9%. (gráfico 22)

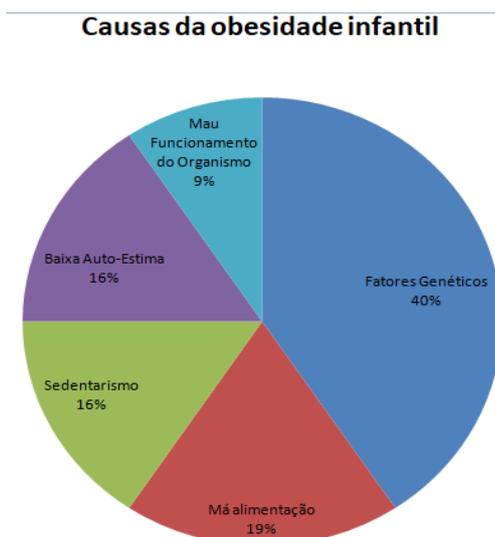


Gráfico 22 - Causas da obesidade infantil atribuídas pelos pais
Fonte: elaboração própria

- **Dados referentes às crianças – Frequência alimentar**

Atendo às características da apresentação do estudo original, a apresentação e análise dos dados será norteadas pelos princípios que foram reportados no Relatório do Estudo de Saúde da População Infantil da Região Alentejo (ESPIGA) (ARSA, 2013). A tabela de análise da distribuição percentual da amostra segundo a frequência alimentar da população-alvo pode consultar-se no apêndice VIII. A sua análise será apresentada seguidamente, onde os dados analisados foram agrupados em opções saudáveis e opções menos adequadas.

- Opções saudáveis:

- Consumo de leite magro/meio gordo é consumido por 56,7% das crianças, sendo que a restante percentagem bebe “mais de 1 vez por dia”;

- Consumo de iogurte – 50% das crianças consome “mais de 1 vez por dia”; 30% “4 a 7 x por semana e, 20% consome 1-3x por semana;

- Consumo de peixe - a maior incidência nas frequências de “1 a 3 vezes por semana” 50% e “4 a 7 vezes por semana” 40% , sendo que 6,7% refere que nunca ou quase nunca consome e, 3,3% consome mais que uma vez por dia;

- Consumo de sopa de legumes – mais de metade das crianças ingerem sopa “4 a 7 vezes por semana” com uma percentagem de 56,7%, sendo que 3,3% “nunca ou quase nunca consome”, 33,3% consome “1 a 3 x por dia” e, 6,7% consome sopa mais que uma vez por dia;

- Os produtos hortícolas são consumidos por 30% das crianças mais de 1x por dia; 20% ingere 4-7x por semana; 50% 1-3x por semana.

- Consumo de água – O consumo de água é realizado por 96,7% das crianças mais que uma vez por dia.

• Opções menos adequadas:

- Ingestão de sumo 100% de fruta, verifica-se um reduzido consumo desta opção saudável: 63,3% nunca ou raramente bebe; 26,7% bebe 1x de 15/15 dias e, 10% bebe 1-3x por semana.

- Os refrigerantes fazem parte da ingestão de mais de 1x por dia em 53,3% destas crianças; 36,7% bebe 4-7x por semana e 10% bebe 1-3x por semana.

- Reduzida ingestão de fruta fresca – apenas 26,7% e 16,7% consomem fruta fresca “mais que uma vez por dia” ou “4 a 7 x por semana” respetivamente. Sendo de notar que 13,3% nunca ou quase nunca consome fruta.

- Elevado consumo de snacks - mais de 1x por dia em 63,3% das crianças; 20% consome 4-7x por semana; 10% 1-3x por semana e 6,7% de 15/15 dias.

- Consumo de rebuçados gomas ou chocolates, são consumidos mais de uma vez por dia por 30% das crianças; 4-7x por semana por 50%; 1-3x por semana por 10% e outros 10% consome de 15/15 dias

- Biscoitos bolos, são consumidos por, 33,4% mais de uma vez por dia; 40% ingere 4-7x por semana; 13,3% 1-3x por semana; 10% de 15/15 dias e, 3,3% nunca ou raramente.

- Os alimentos fast-food são consumidos 4-7x por semana por 23,3% das crianças; 50% consome 1-3x por semana; 20% ingere 15/15dias e 6,7% nunca ou raramente.

Na análise dos resultados que se remetem à atividade física, pode-se verificar:

- Transporte para a escola é, na maioria efetuado de automóvel, sendo que 25% destes alunos são transportados pelo autocarro;

- Distância entre casa-escola mais frequente é de 1 e 2km, sendo que 25% refere ter uma distância de mais de 6km até á escola;

- Segurança do caminho e ida e regresso da escola: 60% dos pais considera que o caminho não é seguro, 40% assume que o caminho é seguro para que a criança vá a pé ou de bicicleta para a escola;

- As crianças dormem uma média de 9h por dia;

Na análise dos resultados da atividade lúdica, em dias úteis (gráfico23):

- Na atividade brincar fora de casa 93,3% das crianças nunca brinca; 6,7% brinca menos de 1hora.

- Na atividade realização dos trabalhos de casa, 73,4% das crianças demora cerca de 1hora na realização dos trabalhos de casa e, 26,6% demora menos de 1 hora;

- Na atividade jogar jogos electrónicos, 63,4% ocupa cerca de 2horas; 23,3% cerca de 1 horas e, 13,3% menos de 1hora.

- Na atividade ver televisão, 50% ocupa cerca de 2horas; 33,4% cerca de 1 hora e, 16,6% menos de 1 hora.

Na análise dos resultados da atividade física, ao fim de semana (gráfico 24):

- Na atividade brincar fora de casa 50% das crianças brinca cerca de 1 hora; 43,4% brinca cerca de 2 horas e, 6,6 % cerca de 2horas

- Na atividade realização dos trabalhos de casa, 73,4% das crianças demora cerca de 2horas na realização dos trabalhos de casa e, 20% demora cerca de 1 hora e, 6,6% demora menos de 1 hora;

- Na atividade jogar jogos eletrónicos, 80% ocupa cerca de 3horas; 20% cerca de 2 horas.

- Na atividade ver televisão, 83,4% ocupa cerca de 3horas e, 16,6% cerca de 2 horas.

- Quanto á atividade física as crianças praticam em média 3h semanais de prática de exercício físico na escola, sendo que apenas 25% pratica atividade física extra-curricular.

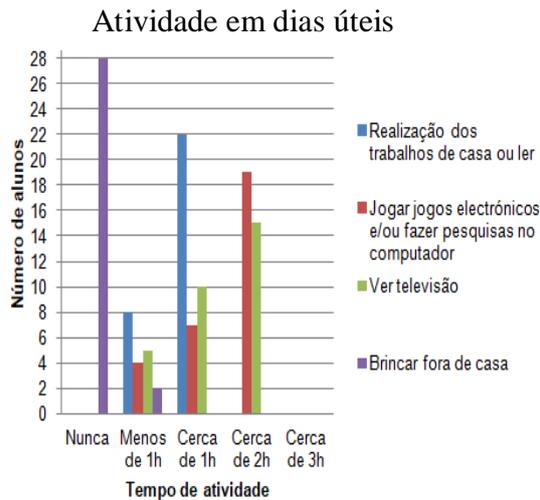


Gráfico 23 - Atividade em dias úteis
Fonte: elaboração própria

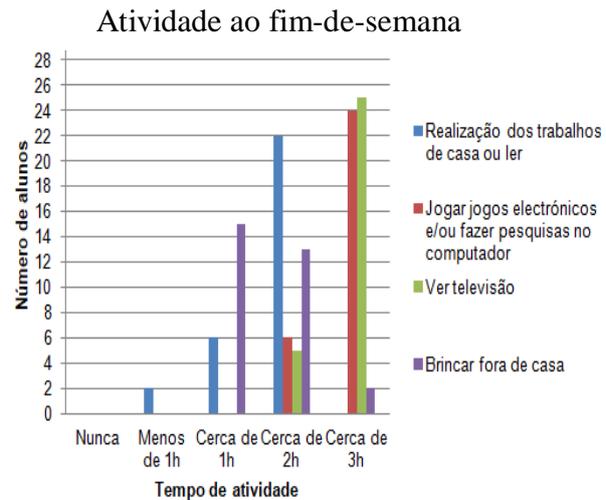


Gráfico 24 - Atividade ao fim-de-semana
Fonte: elaboração própria

Características gerais da família

O nível de instrução mais frequente entre os pais corresponde ao secundário; 58% dos pais e 98% das mães trabalham por conta de outrem. As famílias estão divididas entre um rendimento médio mensal entre os 501€ a 850€ (40%) 851 a 1500€ (60%). 35% das famílias residem em moradias; 55% em apartamentos, e 10% em casa geminadas. Os agregados familiares são compostos maioritariamente por 2 adultos e 1 criança (com menos de 18 anos) para além da criança incluída na amostra.

Dados relativos á Avaliação das Preferências Alimentares

De acordo com os dados obtidos na análise da tabela de avaliação das preferências alimentares (apêndice IX) pode verificar-se que as crianças, apesar de terem uma preferência alimentar elevada pelos alimentos que devem ser ingeridos com maior frequência, como é o caso, por exemplo dos vegetais, sopa de vegetais (46,7%), pão (86,7%) fruta (maçã – 66,7%); bem como dos alimentos que devem ser consumidos em moderada quantidade (ex: leguminosas (3,3%), carne (60%) , peixe (13,3%), as opções com apresentam uma maior preferência alimentar são os alimentos que devem ser ser comidos com uma frequência reduzida (raramente) sendo classificados com uma escolha não saudável: (ex.:Cereais matinais doces com adição de açúcar (90%), alimentos fritos (93,3)%, batatas fritas (100%), leite com chocolate ou outros sabores doces(86,7%), atum em lata (6,7%), gelados (93,3%),

chocolate(93,3%), refrigerantes (96,7%), fruta em calda (26,7%), bolachas(100%), gomas e pizza(100%), sendo estes alimentos maioritariamente classificados por “gosto muito”.

4.1.7 - Identificação de problemas e necessidades

Tendo em conta a análise dos resultados obtidos no diagnóstico de situação verificou-se a presença de dois problemas:

- ✓ Comportamento Alimentar infantil comprometido / Hábitos alimentares inadequados
 - Elevada preferência e consumo de snacks, doces, fast-food e refrigerantes;
 - Diminuído consumo de fruta fresca
- ✓ Atividade física comprometida / Sedentarismo:
 - Tempo de exposição à TV/computadores excessivo
 - Diminuição da atividade física

4.2- DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Segundo Melo (2020), a etapa de determinação de prioridades em saúde comunitária, consiste na segunda etapa do planeamento em saúde, assumindo extrema importância no que diz respeito à gestão dos escassos recursos, de forma a responder às necessidades das populações e comunidades. Esta etapa é diretamente condicionada pelo diagnóstico da situação e influenciará a etapa seguinte: a fixação de objetivos (Imperatori & Giraldes, 1993).

A determinação de prioridades surge como um processo de tomada de decisão, tendo por base o planeamento estabelecido, a utilização eficaz dos recursos e a otimização dos resultados a atingir. Deste modo, é fundamental que sejam estabelecidas prioridades de forma a compreender quais os problemas de saúde que devem abordados em primeiro lugar (Tavares, 1990). De forma a determinar prioridades, são definidas duas sub-etapas: “a definição de critérios de decisão, atribuindo-lhes os pesos respetivos; a estimativa e comparação dos “problemas” (...) a partir da análise dos mesmos se identificam os prioritários” (Melo, 2020, p.20).

Imperatori & Giraldes (1982), baseados no modelo proposto pelo Centro Nacional de Estudos do Desenvolvimento e Organização Pan-Americana de saúde (CENDES-OPAS), identificam três critérios cruciais na definição das prioridades, sendo estes a magnitude do problema, a transcendência social e económica, e a vulnerabilidade. No que diz respeito à

magnitude do problema, esta aborda-o segundo a dimensão da população atingida; a transcendência considera o problema tendo em conta o impacto social e económico em determinados grupos etários da população; e a vulnerabilidade relaciona-se com a forma de resposta ao problema, tendo em conta os recursos disponíveis.

Segundo Tavares (1990), existem ainda outros critérios que devem ser tidos em conta na definição de prioridades, tais como: o nível de conhecimento da relação entre o problema e fatores de risco, a gravidade do problema, a pertinência da implementação do projeto, os recursos disponíveis, a executabilidade do projeto a nível tecnológico, deontológico e económico, a aceitação do projeto pelos profissionais e pela população e para terminar, a vulnerabilidade. Para além dos critérios supramencionados, é importante ter em conta também o alinhamento estratégico a nível nacional, considerando as diretrizes do Plano Nacional de Saúde e do Plano Local de Saúde.

Dos critérios referidos anteriormente, podemos assegurar que a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade dos problemas encontrados tiveram um papel fundamental na priorização dos mesmos.

No que concerne à magnitude, esta não podia deixar de ser considerada, tendo em conta a elevada prevalência de excesso de peso e obesidade nas crianças referenciadas através do programa fitnessgram, bem como os hábitos alimentares inadequados e o aumento do sedentarismo, sendo este um problema que afeta de forma significativa a população em estudo.

Relativamente à transcendência, esta assume um papel relevante uma vez que, os problemas identificados têm um peso significativo no que diz respeito aos problemas/custos em saúde associados à obesidade, hábitos alimentares inadequados e sedentarismo. Quanto à vulnerabilidade este critério relaciona a possibilidade de um efeito efetivo na melhoria do problema identificado através da intervenção. Para tal, considera-se importante uma intervenção direta na adoção de estilos de vida saudáveis ao nível da alimentação e atividade física.

Além dos critérios supracitados, aquando da definição de prioridades para o presente projeto, foram também tidos em conta aspetos como a pertinência e gravidade do problema, capacidade de prevenção, a executabilidade do projeto e a aceitação da implementação do mesmo por parte da população e profissionais. Importa ainda salientar que o presente projeto se encontra incorporado no Plano Nacional de Saúde em vigor, sendo o “controlo da incidência e da prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar”, uma das metas a alcançar (DGS, 2015).

De forma a determinar as prioridades, conjuntamente com a equipa de enfermagem da UCC, foi utilizado o método da grelha de análise dos problemas identificados (Figura 7). De acordo com Tavares (1990) através desta análise é possível atribuir uma classificação (+) ou de (-), de forma sequencial, aos vários critérios, para cada problema identificado. No final é possível obter um valor correspondente ao nível da prioridade, que pode variar entre a classificação de 1 e 16, sendo que o 1 corresponde a prioridade máxima.

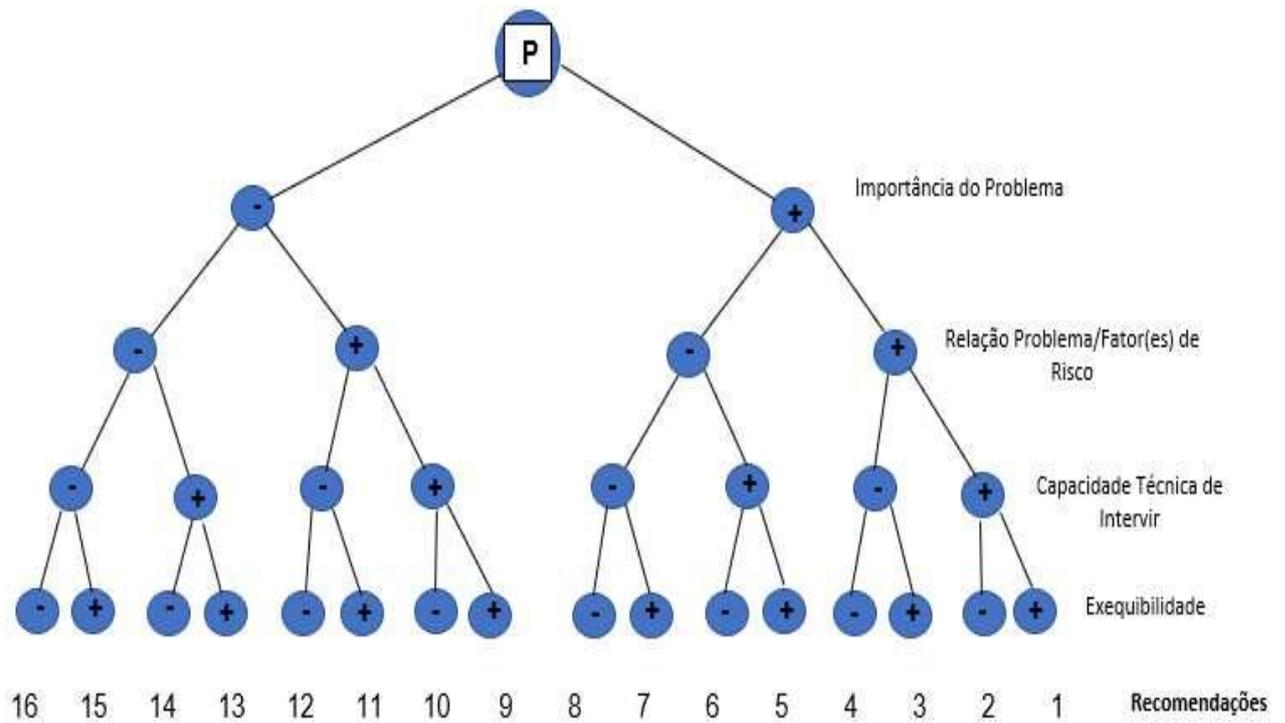


Figura: 7 - Grelha de análise determinação de prioridades.

Fonte: adaptado de Tavares

| <i>Problema</i> | <i>Excesso de peso e obesidade infanto-juvenil em crianças referenciadas pelo programa fitnessgram</i> | <i>Hábitos alimentares inadequados</i> | <i>Sedentarismo</i> | <i>Constrangimentos relacionados com a Pandemia por COVID-19</i> |
|--|--|--|---------------------|--|
| <i>Importância do Problema</i> | + | + | + | + |
| <i>Relação Problema/Fator(es) de Risco</i> | + | + | + | + |
| <i>Capacidade Técnica de Intervir</i> | + | + | + | - |
| <i>Exequibilidade</i> | + | + | + | - |
| <i>Recomendação</i> | 1 | 1 | 1 | 4 |

Figura 8 - Grelha de análise aplicada aos problemas identificados.
Fonte: Construção Própria.

Através dos resultados obtidos na grelha de análise da figura 8, os problemas (Excesso de peso e obesidade infanto-juvenil em crianças referenciadas pelo programa fitescolas; Hábitos alimentares inadequados; e Sedentarismo) obtiveram recomendação 1, sendo atribuída desta forma prioridade máxima a estes problemas o que faz com que a intervenção ao longo do projeto assente nestes. Relativamente ao problema relacionado com os constrangimentos causados pela pandemia por Covid-19, este teve uma recomendação de 4, pois apesar de lhe ser atribuída importância máxima, está diretamente relacionado com políticas de saúde pública, nomeadamente no que diz respeito à contenção da pandemia, o que pode influenciar no modo de intervenção e exequibilidade do projeto.

4.3 - DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Após realizado o diagnóstico da situação e definidas as prioridades dos problemas identificados, segue-se a terceira etapa do processo de planeamento em saúde, a qual corresponde à definição dos objetivos.

A etapa da fixação dos objetivos *“é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”* (Imperatori & Geraldes (1993, p.77).

Segundo Tavares (1990), os objetivos deverão ser pertinentes, precisos, exequíveis e mensuráveis, possibilitando posteriormente uma correta avaliação.

Imperatori & Geraldes (1993, p.77), define objetivo como *“o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto”*

Para a elaboração do presente projeto definiu-se um objetivo geral e respetivos objetivos específicos. De acordo com Melo (2020), no contexto da enfermagem, o objetivo geral deve estar associado a um ou mais focos de atenção centrais da tomada de decisão clínica em relação ao diagnóstico desenvolvido. Devendo este, ter o intuito de descrever os resultados que são esperados, fornecendo indicações do que é possível esperar após ter concluído o percurso formativo. Relativamente aos objetivos específicos são indicativos do conhecimento e aptidões, que se devem adquirir ao longo de todo o projeto.

Objetivo Geral:

- Contribuir para a promoção de hábitos alimentares saudáveis e de atividade física em crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas no agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central

Objetivos Específicos:

- Promover a adesão das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas no agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central ao programa formativo sobre alimentação e exercício físico regular

- Promover a adesão das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas no agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central às aulas de educação física do programa fitescolas

- Aumentar a percentagem do consumo de alimentos que devem ser consumidos com uma maior frequência, das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas no agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central
- Diminuir a percentagem do consumo e preferências de alimentos que devem ser consumidos com uma menor frequência, das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas no agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central

4.4 – METAS E INDICADORES

| | | |
|---------------------------|---|------|
| Objetivo 1 | <i>Promover a adesão das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas no agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central ao programa formativo sobre alimentação e exercício físico regular</i> | |
| Meta 1 | Promover a adesão de pelo menos 80% das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas no agrupamento de escolas neste agrupamento de escolas as sessões de educação para a saúde sobre alimentação e exercício físico regular | |
| Indicador | % de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas presente nas sessões de educação para a saúde sobre alimentação e exercício físico regular | |
| Fórmula de Cálculo | Nº de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas presente nas sessões de educação para a saúde sobre alimentação e exercício físico regular | X100 |
| | Nº total de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas | |

Tabela 5 - Meta e Indicador Objetivo 1

Fonte: construção própria

| | | |
|-------------------------|--|------|
| Objetivo 2 | <i>Promover a adesão das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas no agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central às aulas de educação física do programa fitescolas</i> | |
| Meta 1 | Promover a adesão de pelo menos 80% das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas, às aulas de educação física do programa fitescolas | |
| Indicador | <ul style="list-style-type: none"> • % de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas que frequentaram as aulas de educação física do programa fitescolas | |
| Forma de Cálculo | Nº de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas presentes nas aulas de educação física do programa fitescolas | x100 |
| | Nº total de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas | |

Tabela 6- Meta e Indicador Objetivo 2

Fonte: construção própria

| | | |
|---------------------------|---|-------|
| Objetivo 3 | <i>Aumentar a percentagem do consumo de alimentos que devem ser consumidos com uma maior frequência, das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas no agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central</i> | |
| Meta 1 | Aumentar o consumo de fruta fresca na frequência de “mais que uma vez por dia” para 70% das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas | |
| Indicador | % de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas que consome fruta fresca na frequência de “mais que uma vez por dia” | |
| Fórmula de Cálculo | Nº de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas que consome fruta fresca na frequência de “mais que uma vez por dia” | X100 |
| | Nº total de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas | |
| Meta 2 | Aumentar o consumo de sumo 100% de fruta na frequência de “4-7x por semana” para 70% das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas | |
| Indicador | % de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas que consome sumo 100% de fruta na frequência de “4-7x por semana” | |
| Fórmula de Cálculo | Nº de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas que consome sumo 100% de fruta na frequência de “4-7x por semana” | X 100 |
| | Nº total de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas | |

Tabela 7 - Meta e Indicador Objetivo 3

Fonte: construção própria

| | | |
|---------------------------|---|-------|
| Objetivo 4 | Diminuir a percentagem do consumo e preferências de alimentos que devem ser consumidos com uma menor frequência, das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas no agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central | |
| Meta 1 | Diminuir o consumo de refrigerantes/chás açucarados na frequência 1x de 15-15 dias para 70% das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas | |
| Indicador | % de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas que consome refrigerantes/chás açucarados na frequência “1x de 15-15dias | |
| Fórmula de Cálculo | Nº de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas que consome refrigerantes/chás açucarados na frequência “1 x de 15-15dias | X 100 |
| | Nº total de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas | |
| Meta 2 | Diminuir o consumo de Batatas fritas de pacote, snacks,pipocas ou aperitivos salgados; rebuçados, gomas ou chocolates; biscoitos/bolachas doces, bolos, donuts; fastfood e gelados para frequência 1x de 15-15 dias em 70% das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas | |
| Indicador | % de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas que consome de Batatas fritas de pacote, snacks,pipocas ou aperitivos salgados, rebuçados, gomas ou chocolates; biscoitos/bolachas doces, bolos, donuts; fastfood e gelados ,na frequência 1x de 15-15 dias | |
| Fórmula de Cálculo | Nº de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas que consome de Batatas fritas de pacote, snacks,pipocas ou aperitivos salgados; rebuçados, gomas ou chocolates; biscoitos/bolachas doces, bolos, donuts; fastfood e gelados na frequência 1x de 15-15 dias | X 100 |
| | Nº total de crianças referenciadas pelo programa fitescolas no agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central | |
| Meta 3 | Reduzir as preferências alimentares dos alimentos que devem ser ingeridos com uma frequência reduzida em 70% nas crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas | |
| Indicador | % de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de que gosta “assim assim” dos alimentos que devem ser ingeridos com uma frequência reduzida | |
| Fórmula de Cálculo | Nº de crianças e jovens referenciados pelo programa neste agrupamento de escolas que gosta “assim assim” dos alimentos que devem ser ingeridos com uma frequência reduzida | X 100 |
| | Nº total de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas | |

Tabela 8 - Meta e Indicador Objetivo 4

Fonte: construção própria

4.5- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A seleção de estratégias consiste numa etapa fundamental no processo de planeamento através da qual se pretende criar o processo mais adequado de forma a atingir os objetivos estabelecidos.

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993, p. 87) é possível definir estratégia de saúde como “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”, sendo que através das estratégias definidas neste processo é possível eliminar ou evitar obstáculos à concretização dos objetivos.

Posto isto, a seleção das estratégias a utilizar relativamente à promoção da saúde, aquisição de hábitos de vida saudáveis e prevenção da obesidade em crianças referenciadas pelo programa fitescolas no agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central, referenciadas pelo programa fitescolas, foi norteadada pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (MPS). Foi escolhido este modelo, na medida em que tem o propósito ajudar os enfermeiros a compreender os principais determinantes dos comportamentos de saúde, tendo por base o aconselhamento comportamental, com vista à promoção de estilos de vida saudáveis (Pender, 2011).

Para dar resposta ao diagnóstico de situação realizado, aos problemas identificados e priorizados, aos objetivos definidos e às metas propostas, foram estabelecidas as seguintes estratégias de intervenção:

- Divulgação do projeto
- Envolvimento de membros da equipa multidisciplinar no projeto, nomeadamente a nutricionista e enfermeiro responsável pela saúde escolar;
- Estabelecimento de parcerias com outros setores, nomeadamente o setor da educação física (professores de educação física); Câmara municipal, através do espaço juvenil;
- Envolvimento das famílias no projeto
- Educação para a saúde orientada para as crianças e jovens
- Desenvolvimento de dinâmicas interpares sobre culinária

O envolvimento da equipa multidisciplinar é uma estratégia fundamental no desenvolvimento e implementação de um projeto de saúde, de forma a fomentar sentimento de envolvimento no projeto e partilha de conhecimentos. Num projeto de intervenção comunitária, é essencial envolver não só elementos da equipa de enfermagem, mas também

profissionais de outras áreas que integram a equipa de forma a enriquecer o projeto e potenciar a sua atuação no mesmo.

Devem ser estabelecidas parcerias com outros setores, na medida em que, de acordo com, Pender et al. (2015), os assuntos que estão relacionados com a saúde em geral são geridos e resolvidos, mais facilmente, perante o estabelecimento de parcerias, sendo possível atingir soluções que não seriam possíveis de qualquer outro modo.

A promoção da saúde pressupõe que os clientes da saúde comunitária recebam informação compreensível relacionada com a saúde (Stanhope & Lancaster, 2011). Deste modo, surge a necessidade de imperiosa do desenvolvimento de sessões de educação para a saúde. Neste caso, as crianças constituem-se como os clientes de saúde, sendo a informação relativa aos benefícios da alimentação saudável e da atividade física regular.

Os programas de promoção da saúde, que envolvem de forma ativa a população alvo, serão mais efetivos e terão maior sucesso (Pender et al., 2015). Neste sentido, outro aspeto que assume extrema importância é o empoderamento da comunidade a intervir, bem como a sua participação ativa.

O empoderamento constitui-se como um processo através do qual os indivíduos, grupos e comunidade atuam em conjunto com vista a obter o controlo na sua tomada de decisão, tornando-se fulcrais as relações dinâmicas entre os indivíduos, família e os seus contextos sociais e ambientais (Pender et al., 2015).

Foi dada primazia ao empoderamento destas crianças ao longo do desenvolvimento deste projeto, sendo desenvolvidas atividades neste sentido.

O projeto *“Intervenção em contexto escolar no combate à obesidade infantil – um desafio em tempos pandémicos”* foi desenvolvido para as crianças referenciadas pelo programa fitescolas de um agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central, envolvendo as suas famílias, com a participação da nutricionista e enfermeira responsável pela saúde escolar da UCC envolvida; participação da Professora responsável pelo programa fitescolas e pelo projeto na comunidade (sessões de exercício físico aberta à comunidade); e em parceria com a Câmara Municipal do Município. As sessões de educação para a saúde e as dinâmicas interpares constituíram-se como a pedra basilar para atingir os objetivos propostos.

4.6- PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO

Logo após selecionar as estratégias a utilizar durante o projeto de intervenção comunitária, é necessário passar para a fase seguinte da metodologia do planeamento em saúde – a fase da preparação operacional, implementação e intervenção. É nesta etapa, que é preparada a ação, ou seja, as atividades que serão colocadas em prática, para que sejam atingidos os objetivos previamente fixados. De realçar que nesta fase do planeamento é fundamental que seja mantida a ligação com as fases anteriormente já realizadas, dado que o planeamento em saúde é um processo contínuo, cujas etapas se encontram relacionadas de forma constante. O facto de a etapa anterior interferir com a etapa seguinte e vice-versa, por vezes faz com que a fase anterior tenha de ser revista ou melhorada, para que melhor se adapte às necessidades e realidades da população, tornando este processo mais rico (Imperator & Giralde, 1993).

Nesta fase são discriminadas as atividades a realizar, os resultados previstos, os recursos necessários e a forma como estes são obtidos. Cada atividade desenvolvida deve ter em conta os seguintes parâmetros: *“o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; avaliação da atividade; se possível: o objetivo que pretende atingir; eventualmente: o custo da atividade”* (Tavares 1990, p.169).

Esta fase deve ainda abranger a elaboração de um cronograma detalhado da execução do projeto (Imperator & Giralde, 1993).

Para facilitar a organização e orientação do projeto durante a presente fase da metodologia do planeamento em saúde, foi elaborada uma **Work-Breakdown Structure (WBS)**. (apêndice VI)

4.6.1 – Intervenções / Atividades

Para a elaboração do plano de sessões de educação para a saúde, foram tidos em conta os resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados utilizados – o questionário ESPIGA e a Metodologia de Avaliação das Preferências Alimentares, que permitiram realizar um diagnóstico e definir intervenções de acordo com os mesmos, adequando assim o processo de educação para a saúde (Redman, 2003).

Tendo em conta a análise dos dados, as sessões de educação para a saúde foram planeadas no sentido de envolver não só as crianças, como também os respetivos

encarregados de educação uma vez que a promoção da saúde dos indivíduos através da educação em grupo deve ter em conta que os padrões e orientações das atividades do dia-a-dia são aprendidos com a família, sendo mais tarde reforçados por novos grupos onde se estabelece o contexto no qual são construídos valores, crenças e atitudes (Stanhope & Lancaster, 2011). No entanto, devido ao facto de estarmos perante uma época pandémica, a presença dos encarregados de educação/família foi condicionada nas escolas e, nesse sentido desenvolveram-se estratégias para conseguir com que informação fosse encaminhada até às famílias destas crianças.

Atendendo a que estas crianças se encontram com excesso de peso ou com obesidade, procurou-se, explicar as consequências da obesidade infanto-juvenil, a importância de optar por uma alimentação saudável, analisar, e reconhecer a importância da roda dos alimentos, explicar como se pode pôr em prática uma alimentação baseada na roda dos alimentos, dando ênfase às proporções da mesma; analisar a quantidade de açúcar e óleo contida nos doces, fast-food e alimentos fritos; dar a conhecer e capacitar os alunos a elaborar alimentos alternativos aos alimentos anteriormente referidos, analisando o valor nutricional dos mesmos, com a participação da nutricionista em todas as atividades.

No que se remete ao tema do exercício físico regular, procurou-se: incentivar as crianças na adesão ao exercício físico e aulas complementares de educação física do programa fitescolas, explicar as atividades físicas que remetem para um maior ou menor dispêndio de energia, consequências de uma vida sedentária; a importância de conjugar uma alimentação saudável e a prática de exercício físico regular.

Com base nos pressupostos anteriormente referidos, procedeu-se à definição das atividades, com a validação da enfermeira supervisora do projeto, nutricionista, responsável pelo espaço juvenil, assim como a professora responsável pelo programa fitescolas, por forma a uniformizar conteúdos e práticas.

Atendendo a que a amostra era constituída por alunos de várias turmas e as aulas serem divididas pelos períodos de manhã ou tarde (devido ao plano de contingência da escola pelo Covid-19), em reunião com a enfermeira supervisora, nutricionista e professora responsável, decidiu-se que as sessões de educação para a saúde e atividades a desenvolver seriam replicadas e tomariam o espaço da aula semanal de educação física extra (aula exigida e dirigida aos alunos referenciados pelo programa fitescolas) no período da manhã e no período da tarde. De referir que os alunos não ficaram sem acesso à atividade física planeada sendo que teriam oportunidade de participar na aula de educação física aberta á comunidade (projeto escolar) onde foram incentivados a levarem os seus pais ou familiares.

Foram planeadas 2 sessões de educação para a saúde, sendo apresentadas em power-point intituladas “Alimentação saudável e exercício físico – os inseparáveis” (apêndiceXI); “O que se esconde por detrás do bom sabor” (apêndiceXII); e elaboração de um folheto informativo para os pais “Obesidade infanto-juvenil, juntos podemos mudar!” (apêndiceXIII). O plano das sessões encontra-se no apêndice X .

Foram realizadas 5 das 6 sessões de culinária programadas (replicadas como foi descrito anteriormente), em parceria com o espaço-juvenil da Câmara Municipal e presença da nutricionista. Neste contexto, foi criado o “nutriclube” que envolve todas estas atividades de culinária, sendo construído um logotipo (apêndice XIV). Foi oferecido um livro de receitas para cada aluno, sendo um processo construtivo onde a cada sessão se juntam as receitas novas, inicialmente já impressas, ficando um espaço a seguir, a estas, onde as crianças escrevem a própria receita, podendo levar para casa e partilhar com a família. (apêndice XV)

Nas datas reservadas a estas atividades, no tempo livre comum a todos os alunos, foi promovida a degustação destes alimentos confeccionados pelo “nutriclube”, promovendo a inclusão e fomentando a que as próprias crianças se sintam elemento de mudança. Estas receitas foram fornecidas pela nutricionista, tendo o intuito de dar a conhecer, ensinar a fazer e dar oportunidade de prova das alternativas ao consumo de doces, refrigerantes, fast-food, alimentos fritos, refrigerantes/chás açucarados.

Apesar de se ter obtido o parecer favorável da diretora do agrupamento da escola para a implementação do projeto, foi solicitada a aprovação em reunião de conselho pedagógico. A proposta de atividades encontra-se no apêndice XVI. De referir que não foi realizada uma sessão pelo fato de, na data prevista, ainda não se ter a resposta oficial por parte do conselho pedagógico para a implementação destas atividades. Esta atividade pretendia abordar a elaboração de águas aromatizadas e, de maneira a não perder a mesma, optou-se por incluir este conteúdo nas sessões seguintes.

Todas as atividades foram preparadas e realizadas contando com contributos da nutricionista da UCC e com conteúdos que integram o Plano Nacional Promoção da Alimentação Saudável, que tem como objetivo promover o estado de saúde da população portuguesa, atuando num dos seus principais determinantes, a alimentação, na associação portuguesa de nutricionistas e no manual do programa fitescolas no âmbito da atividade física. De acordo com os termos e condições de uso os materiais didáticos disponibilizados no sítio da internet do programa podem ser utilizados desde que esses termos sejam respeitados.

4.6.2 – Cronograma de Atividades

A elaboração de um cronograma de atividades permite uma maior perceção de todo o percurso do projeto de intervenção, da necessidade e duração das atividades programadas, bem como, uma maior visualização das mesmas, relacionando o tempo previsto e atrasos ou avanços que possam surgir, durante a fase de execução (Imperatori & Giraldes, 1993). É um instrumento fundamental no planeamento, para organizar e estruturar o que irá ser realizado ao longo do tempo, servindo não só de referencial para a sua execução, como também para acompanhamento e avaliação do projeto.

Deste modo, procedeu-se à realização de um cronograma das atividades previstas (apêndice XVII) onde constam, com representação gráfica e ordenada, as diferentes atividades realizadas ao longo do projeto, sendo possível identificar as datas de início e fim das atividades, bem como a duração das mesmas.

4.6.3 – Previsão de Recursos e Análise da Estratégia Orçamental

É fundamental que seja realizada uma avaliação de recursos para a implementação de um projeto, considerando todas as categorias nele envolvidas: recursos financeiros, recursos humanos, equipamento, material e bens de consumo (Imperatori & Giraldes, 1982).

Deste modo, com vista a proceder a uma adequada antevisão de recursos necessários, foi elaborada a seguinte tabela que se apresenta na página seguinte.

| Atividade | Quem | Quando / Duração | Onde | Como | Objetivos que se pretendem atingir |
|--|--|--------------------|--|--|---|
| Reunião com a Enfermeira coordenadora da UCC(supervisoira e responsável pela saúde escolar) e nutricionista | Enf. Coordenadora da UCC Nutricionista Mestranda em ECSP | 13/09/2021 (30min) | UCC de um concelho do Alentejo Central | <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos resultados do diagnóstico de situação; - Apresentação dos problemas identificados; - Apresentação das prioridades determinadas; - Apresentação das etapas do projeto; - Solicitação de parceria - Proposta / Solicitação à Enf. supervisoira para continuação do projeto | <ul style="list-style-type: none"> - Transmitir os resultados do diagnóstico de situação; - Apresentar os problemas identificados; - Apresentar as prioridades determinadas; - Apresentar as possíveis etapas do projeto e todos os participantes a serem envolvidos; - Solicitação de parceria. |
| Reunião com a Enfermeira supervisoira e Docente responsável pelo programa fitescolas | Enf. Supervisoira Docente responsável pelo programa fitescolas Mestranda em ECSP | 15/09/2021 (30min) | Gabinete da Docente responsável pelo programa fitescolas | <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos resultados do diagnóstico de situação; - Apresentação dos problemas identificados; - Apresentação das prioridades determinadas; - Apresentação das etapas do projeto; - Solicitação de parceria - Análise das datas e organização dos alunos para implementação do projeto | <ul style="list-style-type: none"> - Transmitir os resultados do diagnóstico de situação; - Apresentar os problemas identificados; - Apresentar as prioridades determinadas; - Apresentar as possíveis etapas do projeto e todos os participantes a serem envolvidos; - Solicitação de parceria. |

Tabela 10: Plano de reuniões

Fonte: elaboração própria

| Atividade | Quem | Quando / Duração | Onde | Como | Objetivos que se pretendem atingir |
|---|--|-------------------------------|---|--|---|
| <p>Reunião com a Enfermeira supervisora, nutricionista e responsável pela dinamização do espaço juvenil da câmara municipal</p> | <p>Enf. Coordenadora da UCC Nutricionista Responsável pela dinamização do espaço juvenil da câmara municipal</p> | <p>16/09/2021 (30min)</p> | <p>Gabinete da nutricionista da UCC</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos resultados do diagnóstico de situação; - Apresentação dos problemas identificados; - Apresentação das prioridades determinadas; - Apresentação das etapas do projeto; - Solicitação de parceria | <ul style="list-style-type: none"> - Transmitir os resultados do diagnóstico de situação; - Apresentar os problemas identificados; - Apresentar as prioridades determinadas; - Apresentar as possíveis etapas do projeto e todos os participantes a serem envolvidos; - Solicitação de parceria; |
| <p>Reunião com a Enfermeira supervisora, nutricionista e responsável pela dinamização do espaço juvenil da câmara municipal</p> | <p>Mestranda em ECSP Enf. Coordenadora da UCC Nutricionista Responsável pela dinamização do espaço juvenil da câmara municipal</p> | <p>20/09/2021 (45min)</p> | <p>Gabinete da nutricionista da UCC</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Visita às instalações do espaço juvenil; - Apresentação / Sugestão de datas | <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o espaço das instalações do espaço juvenil; - Analisar os materiais necessários para as atividades na cozinha; - Agendar datas para a realização das atividades |

Tabela 10: Plano de reuniões

Fonte: elaboração própria

4.6.4 - Comunicação e Divulgação do projeto

O processo de comunicação de estratégias no setor da saúde é cada vez mais encarado como uma mais-valia e um elemento primordial na promoção da saúde e no desenvolvimento de estratégias que promovam a reputação e aceitabilidade das organizações de saúde (Carrilho, 2014), constituindo-se fundamental na realização de projetos.

Por forma a divulgar o presente projeto bem como, as atividades inerentes a este, é fundamental que exista adesão por parte das famílias/encarregados de educação e comunidade escolar. Desde modo foi planeado:

- ✓ Informação relativa ao projeto a desenvolver em formato de papel às famílias/encarregados de educação entregue com o CILE (apêndice IV)
- ✓ Divulgação do projeto à UCC e agrupamento de escolas;
- ✓ Publicação de artigo no Jornal Local (Anexo VIII);
- ✓ Divulgação na Rádio Local;
- ✓ Divulgação no site do Município;
- ✓ Realização de um logótipo (apêndice XIV);
- ✓ Participação no II Congresso Internacional Interdisciplinar sobre Representações Sociais e Sobre Qualidade de Vida do Vale do São Francisco -Mais Qualidade de Vida, Mais Dignidade! (Resumo - Anexo IX / Certificado de participação – Anexo X)

4.6.5 – Seguimento/Follow-up do Projeto

O presente projeto teve um impacto bastante positivo, não só relativamente às crianças e jovens e, suas famílias como também ao nível da dinamização da saúde escolar ao nível da UCC, que devido à pandemia, não se encontrava com atividade, quer ao nível da intervenção da nutricionista na saúde escolar bem como a parceria criada entre UCC, Agrupamento de Escolas e Município.

Desta forma e, atendendo a que o investigador não trabalha na UCC, propõe-se que o projeto de intervenção tenha continuidade. Neste sentido, ficaram definidas algumas estratégias:

- Criação de um dossier de operacionalização, onde consta o projeto, recursos bibliográficos e didáticos, diapositivos das formações realizadas;

- Definição de um Enfermeiro Especialista em ECSP responsável para dar continuidade ao projeto, nomeadamente a enfermeira responsável pela saúde escolar.

4.7 - MONITORIZAÇÃO/AValiação

A avaliação do projeto constitui a última fase do planeamento em saúde. Segundo Imperatori & Giraldes (1982) o processo de avaliação tem como principal intuito comparar algo com um modelo padrão para posteriormente serem efetuadas as correções necessárias, permitindo desta forma que os objetivos e estratégias sejam adequados. Com o intuito de fazer uma análise ao trabalho desenvolvido a cada etapa, foi desenvolvida a monitorização do projeto.

De acordo com Tavares (1990) a etapa de avaliação do projeto, deve ser precisa e pertinente, de forma a determinar o grau de sucesso no alcançar de um objetivo.

Assim sendo, a avaliação acaba por confrontar os objetivos e as estratégias a nível da sua adequação.

Esta etapa do planeamento deve ser refletida, de modo, a que se obtenham conclusões ponderadas e propostas úteis. Deve ser baseada em informações consideradas importantes (Imperatori & Giraldes, 1982). De forma a proceder à avaliação surgem os indicadores, que são os instrumentos de medida das variáveis que se encontram em estudo. Os indicadores, na sua maioria, são taxas ou rácios que devem apresentar como características: objetividade, sensibilidade e especificidade (Imperatori & Maria do Rosário Giraldes, 1992).

Neste sentido, com o intuito de obter uma avaliação contínua durante o projeto de intervenção foram definidos indicadores de processo para as diferentes sessões de educação para a saúde / atividades realizadas. Foram também definidos indicadores de avaliação, aos quais foram submetidos a avaliação dos objetivos específicos e metas do projeto.

Deste modo serão apresentados os indicadores de processo que se podem verificar na tabela 11, que se segue:

| Atividade | Metas | Indicador | Fórmula de cálculo | Avaliação / Resultado |
|---|--|---|---|--|
| <p>Sessão de apresentação do diagnóstico de situação e do respetivo projeto a todos os possíveis intervenientes (Enf. coordenadora, Enf. supervisora, Enf. responsável pela saúde escolar, nutricionista, docente responsável pelo programa fitescolas, responsável pela dinamização do espaço juvenil do município)</p> | <p>Apresentar o projeto e os dados do diagnóstico a 100% dos intervenientes</p> | <p>Taxa de apresentações do projeto realizadas</p> | <p>Número total de elementos intervenientes / Número total de intervenientes aos quais foram apresentados os resultados e o projeto</p> | <p>Meta Atingida: O projeto de intervenção e o resultado obtido no diagnóstico de situação foi apresentado a 100% dos intervenientes</p> |
| <p>Pedido de colaboração a todos os possíveis intervenientes (Enf. coordenadora, Enf. supervisora, Enf. responsável pela saúde escolar, nutricionista, docente responsável pelo programa fitescolas, responsável pela dinamização do espaço juvenil do município)</p> | <p>Solicitar a 100% dos possíveis intervenientes a sua colaboração e parceria</p> | <p>Taxa de intervenientes e colaboradores que aceitaram a participação no projeto</p> | <p>Número total de pedidos de colaboração e parceria de realizadas / Número total de intervenientes e parceiros que aceitaram</p> | <p>Meta Atingida: A adesão á participação / estabelecimento de parceria foi de 100% dos intervenientes</p> |
| <p>Aplicação do Questionário ESPIGA</p> | <p>Entregar o questionário espiga a 100% dos alunos referenciados pelo programa fitescolas para os seus carregados de educação preencherem</p> | <p>Taxa de entrega dos questionários</p> | <p>Número de alunos referenciados pelo programa fitescolas / Número total de questionários entregues</p> | <p>Meta Atingida: Foram entregues o questionários ESPIGAs a 100% dos alunos referenciados pelo programa fitescolas</p> |

Tabela 11: Indicadores de processo

Fonte: elaboração própria

| Atividade | Metas | Indicador | Fórmula de cálculo | Avaliação / Resultado |
|---|--|---|---|---|
| Avaliação das Preferências Alimentares | Realizar a Avaliação das Preferências Alimentares a 100% dos alunos referenciados pelo programa fitescolas | Taxa do número de avaliações das preferências alimentares | Número total dos alunos referenciados pelo programa fitescolas/ Número de avaliações das preferências alimentares | Meta Atingida: Foram realizadas 100% das avaliações das preferências alimentares |
| Sessão de educação para a Saúde “Alimentação saudável e exercício físico – os inseparáveis” | Realizar sessão de Educação para a saúde “Alimentação saudável e exercício físico – os inseparáveis” a 80% dos alunos referenciados pelo programa fitescolas | Taxa de adesão dos alunos à sessão de educação para a saúde | Número total de presenças dos alunos referenciados pelo programa fitescolas / número total de alunos referenciados pelo programa fitescolas | Meta Atingida: Foi realizada, a sessão de educação para a saúde “Alimentação saudável e exercício físico – os inseparáveis” a 95% dos alunos referenciados pelo programa fitescolas |
| Sessão de educação para a Saúde “O que se esconde por detrás do bom sabor” | Realizar sessão de Educação para a saúde “O que se esconde por detrás do bom sabor” a 80% dos alunos referenciados pelo programa fitescolas | Taxa de adesão dos alunos à sessão de educação para a saúde | Número total de presenças dos alunos referenciados pelo programa fitescolas / número total de alunos referenciados pelo programa fitescolas | Meta Atingida: Foi realizada a sessão de educação para a saúde “O que se esconde por detrás do bom sabor” a 95% dos alunos referenciados pelo programa fitescolas |

Tabela 11: Indicadores de processo

Fonte: elaboração própria

| Atividade | Metas | Indicador | Fórmula de cálculo | Avaliação / Resultado |
|---|--|--|--|---|
| <p>Elaboração de um folheto informativo para os pais “Obesidade infanto-juvenil, juntos podemos mudar!”</p> | <p>Assegurar a entrega de 85% dos folhetos aos pais dos alunos referenciados pelo programa fitescolas</p> | <p>Taxa de entrega de folhetos aos pais das crianças</p> | <p>Número total de pais das crianças referenciadas pelo programa fitescolas / número total de folhetos entregues aos alunos referenciados pelo programa fitescolas</p> | <p>Foram entregues 100% dos folhetos aos pais das crianças</p> <p>Meta atingida:</p> |
| <p>Sessões de culinária do “Nutriclube”</p> | <p>Realizar as sessões de culinária do “Nutriclube” com a presença de pelo menos 75% dos alunos referenciados pelo programa fitescolas</p> | <p>Taxa de alunos presentes nas sessões de culinária do “Nutriclube”</p> | <p>Número total de presenças dos alunos referenciados pelo programa fitescolas / número total de alunos referenciados pelo programa fitescolas</p> | <p>Meta Atingida: As sessões de culinária foram frequentadas por uma média de 80% dos alunos referenciados pelo programa fitescolas</p> |

Tabela 11: Indicadores de processo

Fonte: elaboração própria

Serão agora apresentados os indicadores de avaliação, aos quais foram submetidos a avaliação dos objetivos específicos e metas do projeto.

Como objetivo geral do projeto definiu-se: *Contribuir para a promoção de hábitos alimentares saudáveis e de atividade física em crianças referenciadas pelo programa fitescolas no agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central*. Foram também definidos 4 objetivos específicos os quais serão avaliados por ordem, de acordo com os indicadores de avaliação.

Na análise do primeiro objetivo: *Promover a adesão das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas de agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central ao programa formativo sobre alimentação e exercício físico regular*, tal como se pode observar na tabela 12, foi superado. Para a concretização deste objetivo, foram realizadas duas sessões de educação para a saúde (apêndice XI e XII) e desenvolvidas estratégias de dinamização interpares, nomeadamente realização de sessões de culinária. No final de cada sessão foi aplicado um questionário (apêndice XVIII) como estratégia para avaliação da comunicação de conteúdos eficaz, atingindo-se a média de testes, com uma cotação total de 100 valores, de 98,45% e 100% respetivamente. Foi elaborada uma grelha de avaliação com as respetivas cotações para facilitar o cálculo dos resultados obtidos (Apêndice XIX)

| <i>Objetivo 1</i> | | | |
|--|---|------------------|------------------|
| <i>Promover a adesão das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas de agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central ao programa formativo sobre alimentação e exercício físico regular</i> | | | |
| Meta | Indicador | Resultado | Avaliação |
| Promover a adesão de pelo menos 80% das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas de agrupamento de escolas neste agrupamento de escolas as sessões de educação para a saúde sobre alimentação e exercício físico regular | % de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas presente nas sessões de educação para a saúde sobre alimentação e exercício físico regular | 95% | Superado |

Tabela 12: Avaliação do objetivo 1

Fonte: Elaboração própria

O 2º objetivo foi “Promover a adesão das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas de agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central às aulas de educação física do programa fitescolas” (tabela 13). Para a concretização deste objetivo, procurou-se demonstrar a importância da realização de atividade física, dando ênfase às aulas específicas para estes alunos, através das sessões de educação para a saúde. As aulas específicas para estes alunos foram lecionadas pela professora responsável pelo programa fitescolas, contando com a presença sempre acima de 90% destes alunos (informação obtida a partir do livro de registo de presenças).

| <i>Objetivo 2</i> | | | |
|---|--|------------------|------------------|
| <i>Promover a adesão das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas de agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central às aulas de educação física do programa fitescolas</i> | | | |
| <i>Meta</i> | <i>Indicador</i> | <i>Resultado</i> | <i>Avaliação</i> |
| Promover a adesão de pelo menos 80% das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas, às aulas de educação física do programa fitescolas | % de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas que frequentaram as aulas de educação física do programa fitescolas | 93% | Superado |

Tabela 13: Avaliação do objetivo 2

Fonte: Elaboração própria

“Aumentar a percentagem do consumo de alimentos que devem ser consumidos com uma maior frequência, nas crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas de agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central” (tabela 14) e, “Diminuir a percentagem do consumo e preferências de alimentos que devem ser consumidos com uma menor frequência, nas crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas no agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central (tabela 15) constituíram-se como 3º e 4º objetivos na implementação deste projeto.

Para a concretização destes objetivos, foram realizadas sessões de educação para a saúde e atividades dinâmicas interpares.

Remetendo para as metas referentes ao 3º objetivo e as metas 1 e 2 do 4º objetivo, pode consultar-se a tabela da frequência alimentar destas crianças e jovens, referente ao questionário EPIGA, que foi aplicado como instrumento de avaliação, sendo estas metas atingidas. De referir que dada a extensão do questionário e, atendendo a que se pretendia apenas avaliar a frequência alimentar da população-alvo, foi apenas feita a avaliação deste item. (apêndice XX)

A análise da meta 3 referente ao objetivo 4, pode ser aprofundada com a consulta da tabela obtida a partir da análise dos questionários das preferências alimentares, aplicado como instrumento de avaliação. (apêndice XXI)

Foram desenvolvidas várias sessões de culinária com estas crianças e jovens, onde se teve como finalidade dar a conhecer alternativas saudáveis às preferências alimentares dos mesmos, bem como capacitá-las para a participação destas atividades nas suas próprias casas com as suas famílias. Neste contexto, foi criado um logotipo do “Nutriclube” (apêndice XIV). Como forma promover as dinâmicas interpares, e para que estes alunos se sentissem parte integrante da promoção de uma alimentação saudável, foram promovidas sessões de degustação dos produtos confeccionados nas aulas de culinária, aos restantes alunos da escola.

Foi criado um livro de receitas, onde a cada sessão se juntava uma nova receita, sendo este livro um processo dinâmico e em construção, em que cada aluno tinha o seu próprio livro, proporcionando a partilha das receitas com as suas famílias. (apêndice XV)

Em cada sessão analisavam-se os ingredientes, analisando a que grupo da roda dos alimentos pertenciam e qual o seu valor nutricional, de forma a consolidar conhecimentos

sobre alimentação saudável. Contou-se sempre com uma participação destes alunos com uma média de 95% de adesão.

Deste modo, pode-se concluir que os objetivos acima referidos foram superados na medida em que todas as metas foram atingidas ou superadas.

| Objetivo 3 <i>Aumentar a percentagem do consumo de alimentos que devem ser consumidos com uma maior frequência, nas crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas de agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central</i> | | | |
|---|--|-----------------------------|------------------|
| Meta | Indicador | Resultado | Avaliação |
| 1 - Aumentar o consumo de fruta fresca na frequência de “mais que uma vez por dia” para 70% das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas no agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central | % de crianças e jovens referenciados pelo programa neste agrupamento de escolas que consome fruta fresca na frequência de “mais que uma vez por dia” | 86.6% (26) | Superado |
| 2 - Aumentar o consumo de sumo 100% de fruta na frequência de “4-7x por semana” para 70% das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas | % de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas que consome sumo 100% de fruta na frequência de “4-7x por semana” | 73.3% (22) | Superado |

Tabela 14: Avaliação do objetivo 3

Fonte: Elaboração própria

| Objetivo 4 | | | |
|---|---|-------------------|------------------|
| <i>Diminuir a percentagem do consumo e preferências de alimentos que devem ser consumidos com uma menor frequência, nas crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas no agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central</i> | | | |
| Meta | Indicador | Resultado | Avaliação |
| 1 - Diminuir o consumo de refrigerantes/chás açucarados na frequência 1x de 15-15 dias para 70% das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas | % de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas que consome refrigerantes/chás açucarados na frequência “1x de 15-15 dias | 73,3% (22) | Superado |
| 2 - Diminuir o consumo de Batatas fritas de pacote, snacks, pipocas ou aperitivos salgados; rebuçados, gomas ou chocolates; biscoitos/bolachas doces, bolos, donuts; fastfood e gelados para frequência 1x de 15-15 dias em 70% das crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas | % de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas que consome de Batatas fritas de pacote, snacks, pipocas ou aperitivos salgados; biscoitos/bolachas doces, bolos, donuts; fastfood e gelados a frequência 1x de 15-15 dias | >70% | Superado |
| 3 - Reduzir as preferências alimentares dos alimentos que devem ser ingeridos com uma frequência reduzida nas crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas para gosto assim-assim em 70% das crianças. | % de crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas neste agrupamento de escolas que gosta “assim assim” dos alimentos que devem ser ingeridos com uma frequência reduzida | >70% | Superado |

Tabela 15: Avaliação do objetivo 4

Fonte: Elaboração própria

Com a concretização de todas as metas propostas, os objetivos atingidos permitiram não só ganhos em saúde para a população-alvo, como também serviram de motivação para a equipa multidisciplinar bem como para os professores de educação física, constatado através de um aumento de adesão à referenciação destas crianças no âmbito do programa fitescolas.

5 – ANÁLISE REFLEXIVA: DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE

Ao longo da sua história, a enfermagem evoluiu de ofício aprendido a profissão, da subordinação para a responsabilidade e autonomia, da aplicação exclusivamente prática para a fundamentação científica (Simões e Sapeta, 2019).

Atendendo ao aumento de exigência técnica e científica que engloba os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, a diferenciação e especialização assumem especial relevância no desenvolvimento do enfermeiro (OE, 2019).

No sentido de acompanhar esta exigência, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros atribui de título de enfermeiro especialista de acordo com 6 áreas: Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermagem de Reabilitação; Enfermagem Médico- Cirúrgica e Enfermagem Comunitária (OE, 2019).

O enfermeiro especialista é *aquela “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”*. (OE, 2019: 4744).

Para a atribuição do título de enfermeiro especialista é indispensável que o enfermeiro adquira competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, mas também que partilhe um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (OE, 2019).

Este percurso formativo, que contou com a realização de dois ensinamentos clínicos, foi promotor de momentos que contribuiriam para a aquisição e consolidação de conhecimentos, permitindo a aquisição de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e Grau de Mestre em Enfermagem.

Neste contexto irá ser feita uma análise reflexiva, primeiramente, sobre as competências comuns do enfermeiro especialista, posteriormente, posteriormente sobre as competências específicas da especialidade e enfermagem comunitária e de saúde pública. Por fim serão abordadas as competências do enfermeiro com grau de mestre em Enfermagem.

5.1. – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do enfermeiro especialista, que constam no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (no140/2019) da OE, são definidas com um conjunto de *“competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”*. Estas competências estão organizadas em 4 domínios: *“responsabilidade profissional ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais”* (OE, 2019,p.4745).

No **domínio da responsabilidade ética e legal**, constam as seguintes competências:

a) *“Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”* (OE, 2019, p.4745);

b) *“Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”*(OE, 2019, p.4745).

Neste domínio, ao longo de todo o percurso dos ensinamentos clínicos e, elaboração e implementação do projeto de intervenção comunitária, considero ter cumprido todos os requisitos inerentes aos princípios éticos e legais quer na prática profissional que ao nível da investigação em Enfermagem.

A prática profissional foi regida por princípios, valores e normas deontológicas, que foram um fio orientador na tomada de decisões. Todas as ações tiveram sempre o intuito de assegurar os melhores interesses dos indivíduos, considerando as suas características específicas, e respeitaram sempre o sigilo profissional.

No domínio da investigação em Enfermagem, foram seguidos e desta forma respeitados todos os procedimentos éticos inerentes à Declaração de Helsínquia de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Neste sentido, o projeto de intervenção foi submetido ao parecer da Comissão de Ética da ARSA, e da Comissão de Ética da UE, sendo estes pareceres positivos à concretização do projeto. Foi facultada toda a informação clara do projeto que

acompanhou os CILE entregues aos encarregados de educação, sendo garantido o direito de confidencialidade e anonimato.

Analisando o **domínio da melhoria contínua da qualidade**, importa definir qualidade em saúde como “(...) a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão.” (MS, 2015, p.13551)

Assegurar a qualidade pressupõe que se efetue uma reflexão sobre a prática clínica, definindo objetivos e delineando estratégias de modo a que estes sejam alcançados.

Neste domínio são contempladas três competências:

✓ “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica” (OE, 2019, p.4745);

✓ “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”(OE, 2019, p.4745);

✓ “Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019, p.4745).

Considero ter cumprido todas as competências acima mencionadas. Participei nos programas, iniciativas e estratégias inerentes à UCC, tomando com exemplo a participação na vacinação contra a Covid-19. Também o projeto foi de encontro, não só às necessidades da comunidade como também às necessidades específicas da UCC na medida em que estas crianças se encontravam referenciadas para apoio da saúde escolar e não tinha sido possível, até ao momento do desenvolvimento do projeto de estágio, acabando este por dar resposta a uma necessidade institucional.

A avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem foi contínua ao longo de todo o percurso, permitindo sempre uma melhoria contínua dos cuidados, promovendo práticas de qualidade.

A garantia de um ambiente terapêutico e seguro foram sempre tomados como fator crucial, procurei sempre promover um ambiente de segurança quer a nível físico, psicossocial, cultural e espiritual dos indivíduos.

Na análise do terceiro domínio importa referir que **a gestão dos cuidados** em enfermagem requer o planeamento, a organização e o controle na prestação de cuidados, de forma oportuna, segura e abrangente (Mororó, Enders, Lira, Silva & Menezes,2017).

Este domínio divide-se em duas competências:

- *“Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;*
- *Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”* (OE, 2019, p.4745).

A gestão dos cuidados constitui-se como um requisito para que sejam assegurados cuidados de qualidade por parte dos profissionais de saúde, exigindo características de liderança, onde a comunicação entre a equipa se torna fundamental.

Atendendo a que a enfermeira supervisora do estágio assume o cargo de enfermeira coordenadora da UCC, tive a oportunidade de adquirir experiência, através da observação e apoio na execução das tarefas inerentes á gestão dos cuidados.

É uma competência que exige uma grande capacidade de gestão de recursos humanos e técnicos. O contexto da pandemia veio exigir uma grande gestão dos recursos na medida em que a equipa da UCC, nesta época, teve que dar respostas não só às necessidades inerentes às atividades da UCC como também do plano de contingência da Covid-19. Esta foi sem dúvida uma competência que exigiu muito da enfermeira coordenadora que contava com recursos escassos e com elevada carga horária, assegurando sempre uma equipa motivada e com elevado padrão de qualidade de cuidados. Dada a elevada exigência nesta área, apenas adquiri conhecimentos e experiência nesta área que foram bastante enriquecedores e me fizeram assumir uma perspetiva de gestão dos cuidados que nunca tinha tido.

As competências do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, apresentam-se como o último conjunto de competências comuns do enfermeiro especialista:

a) *“Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”* (OE, 2019, p.4745).

O autoconhecimento e a assertividade deverão fazer sempre parte do nosso percurso quer profissional quer a nível pessoal, foram dois inseparáveis aos quais recorri e procurei desenvolver ao longo do percurso. O facto de trabalhar num contexto completamente diferente da UCC (contexto hospitalar em internamento e unidade de cuidados intensivos), constituiu-se como um enorme desafio na minha integração na UCC a nível organizacional e também ao nível da equipa multidisciplinar, sendo este desafio superado, na medida em que me adaptei bem a senti-me parte integrante da equipa.

O facto de o projeto ser desenvolvido com parceiros comunitários, de várias áreas, com mesmos objetivos mas com áreas de intervenção distintas, foi outro desafio e que exigiu uma grande capacidade de assertividade, de maneira a dirigir o projeto de intervenção com base nos objetivos definidos, sempre com a motivação destes parceiros assegurada.

Sendo as crianças e jovens a população-alvo deste projeto bem como as suas famílias, tive sempre em conta as características específicas desta população, com o intuito de adequar os conteúdos, de maneira a motivar a adesão dos mesmos ao projeto, contribuindo para a concretização dos objetivos.

Procurei sempre por ser elemento facilitador de aprendizagem, basear as minhas intervenções na pesquisa bibliográfica como suporte teórico e o desenvolvimento da prática especializada e baseada na evidência científica, com pesquisa em bases de dados fidedignas, publicações recentes. Neste contexto, foi elaborado um artigo científico original (apêndice XXII), sobre o presente projeto. Participámos no II Congresso Internacional Interdisciplinar sobre Representações Sociais e Sobre Qualidade de Vida do Vale do São Francisco -Mais Qualidade de Vida, Mais Dignidade!, com uma apresentação oral, onde se obteve uma menção honrosa de segundo lugar no eixo temático: atividade física, desporto e saúde em sua relação com o COVID-19. (anexoXXII)

5.2. – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

De acordo com o regulamento nº 27/2019 incorporado no Diário da República em 2019, são quatro as competências específicas atribuídas pela Ordem dos Enfermeiros aos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública:

- a) *“Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”* (OE,2018, p.19354);
- b) *“Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”* (OE,2018, p.19354);
- c) *“Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”* (OE,2018, p.19354);

d) “*Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geo-demográfico*”
(OE,2018, p.19354)

Analisando a primeira competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, pode-se afirmar que o presente projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido com base as etapas da metodologia do Planeamento em Saúde (Imperator & Giraldes,1982 ; Tavares,1990).

Com vista a adquirir e desenvolver esta competência, numa primeira fase procedeu-se à realização de um brainstorming, pesquisa de consenso de informadores-chave e, aplicação de um questionário às crianças e jovens, envolvidas no projeto, bem como aos representantes legais, por forma a obter um diagnóstico de situação.

Através da análise dos resultados obtidos, foram identificados os problemas principais e respetivas necessidades da população-alvo, sendo que, numa fase seguinte foram definidas prioridades, definidos objetivos e delineadas estratégias para a promoção da saúde que tiveram como base o modelo de promoção de saúde de Nola Pender. As intervenções tiveram como base de orientação o PNSE, PNPAS e o PNS revisto e com extensão a 2020, tendo por objetivo e resolução dos problemas que foram identificados.

Ao longo de toda a operacionalização do projeto, o mesmo foi submetido a avaliação e controlo, com o intuito de avaliar a eficácia das intervenções implementadas. A avaliação foi efetuada através de indicadores de atividade ou execução e dos indicadores de resultado ou impacto.

Deste modo, pode-se verificar que a competência acima analisada foi adquirida e desenvolvida ao longo de todo o percurso.

Analisando a segunda competência, “*Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades*” (OE,2018, p.19354)

O projeto “*Intervenção em contexto escolar no combate à obesidade infantil- um desafio em tempos pandémicos*” foi desenvolvido e implementado, com vista à capacitação de empoderamento das crianças e jovens e respetivos representantes legais. Desta forma, foram delineadas intervenções para a promoção da saúde, baseadas no modelo de Nola Pender com o intuito de transmitir informação sobre práticas de alimentação saudável, prática regular de exercício físico, de modo a que esta população-alvo, tivesse a capacidade de efetuar escolhas saudáveis, conscientes e adequadas, com vista á promoção da saúde. Neste processo foram

mobilizados e integrados conhecimentos de ciências humanas e sociais bem como de várias disciplinas como sendo, enfermagem, educação e comunicação.

Com o intuito de enriquecer e aumentar a eficácia das intervenções, foram estabelecidas parcerias na comunidade, que se tornaram fundamentais na implementação do projeto e nos resultados obtidos. Para que todo este processo se tornasse eficaz foi necessário desenvolver competências de elemento dinamizador, gestão e liderança.

Deste forma e, tomando por base o supracitado, pode-se afirmar que a segunda competência foi adquirida.

Na análise da terceira competência, *“Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”* (OE,2018, p.19354), pode-se afirmar que o PNSE, o PNPAS e o PNS revisto e extenso a 2020 constituíram-se como pedra basilar ao desenvolvimento e implementação do presente projeto de intervenção na comunidade, permitindo a participação na coordenação destes programas de saúde.

Na análise da quarta competência, importa referir *que “a vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde -doença”* (OE, 2018:19357) Deste modo, foi fundamental a aquisição e mobilização da competência, *“Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geo-demográfico”*.

Na realização do diagnóstico de saúde, através da aplicação de instrumentos de recolha de dados, foi estruturado um diagnóstico epidemiológico da população, relativamente à problemática dos hábitos alimentares e do sedentarismo, sendo que a análise dos dados foi efetuada com recurso a técnicas estatísticas. Este facto foi importante na medida em que permitiu perceber a amplitude e os fatores associados ao problema, constituindo-se fundamental para a identificação dos problemas, determinação de estratégias e implementação de intervenções.

Tendo em conta toda a análise das competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública, pode-se concluir que todas foram adquiridas.

5.3 – COMPETÊNCIAS DO GRAU ACADÉMICO DE MESTRE

De acordo com o Decreto-Lei nº 63/2016 o grau de Mestre é conferido aos que demonstrem:

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”

(Diário da República, 2016, p.3174).

Ao longo do desenvolvimento dos dois estágios realizados, pode-se constatar que os conhecimentos já adquiridos na Licenciatura de Enfermagem foram desenvolvidos e aprofundados, bem como a aquisição de novas competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde pública. Foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária baseado na metodologia do planeamento de saúde, elaborado um artigo científico original e realizada uma comunicação oral num evento científico, com transmissão da informação obtida através do diagnóstico de situação e, respetiva apresentação do projeto. Todo este percurso contribuiu para que, não só adquirisse, como também

mobilizasse conhecimentos no âmbito da investigação, bem como a capacidade de transmissão de informação adequada, quer à população-alvo, equipa multidisciplinar quer aos parceiros comunitários.

A informação transmitida à população-alvo, teve sempre o objetivo de promover uma escolha informada e consciente sobre estilos de vida saudáveis, mais propriamente uma alimentação saudável e prática de exercício físico, fazendo com que esta população-alvo se tornassem agentes ativos no processo de mudança dos seus hábitos de vida.

Ao longo de todo o projeto, estiveram sempre presentes as questões éticas e sociais.

A capacidade compreensão e resolução de problemas foi um fator contínuo e fundamental ao longo dos estágios e implementação do projeto, sendo que sempre foi encontrada uma solução para os mesmos.

As conclusões e resultados alcançados foram comunicados aos intervenientes em todas as etapas da metodologia do planeamento em enfermagem, de maneira clara e concisa, de modo a que o projeto tenha continuidade e que se continuem a alcançar resultados positivos, que contribuam para a promoção de um estilo de vida saudável nestas crianças, jovens e suas famílias.

Perante tudo o que foi descrito ao longo do presente relatório e, mais especificamente na análise acima realizada, considero que foram adquiridas as competências inerentes ao grau de mestre em enfermagem e especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. O esforço e dedicação foram fatores fundamentais para que conseguisse concretizar todos os pressupostos que este percurso tão exigente e fascinante exigiu.

CONCLUSÃO

A elaboração do relatório de estágio permitiu que se fizesse uma revisão e reflexão de todo o percurso efetuado, desde a realização do estágio ao desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária *“Intervenção em contexto escolar no combate à obesidade infantil – um desafio em tempos pandémicos”*.

Toda a pesquisa bibliográfica que deu suporte ao enquadramento teórico, permitiu perceber que, à escala mundial, o excesso de peso e a obesidade infanto-juvenil representam um desafio de saúde pública emergente, que faz surgir a necessidade imperiosa de oferecer uma intervenção no sentido da prevenção desta realidade.

Os determinantes de saúde relacionados com os estilos de vida, nomeadamente a alimentação/nutrição, o sedentarismo, entre outros, fazem parte das principais causas para o desenvolvimento de um número considerável de doenças crónicas, de entre as quais, a obesidade infantil.

Apesar dos resultados obtidos anteriormente, em Portugal a última década foi pautada por uma tendência invertida da prevalência de excesso de peso e obesidade infantil, tal como reflete o estudo COSI, no entanto, o nosso país ainda se engloba no grupo de países Europeus onde a prevalência de obesidade infanto-juvenil é maior. Associado a esta realidade acresce o atual contexto pandémico provocado pelo coronavírus (Sars- CoV-2), que se constitui com um fator para o desenvolvimento ou agravamento da doença mais prevalente na infância.

Perante este panorama atual é premente o desenvolvimento de medidas inovadoras que visem prevenir o agravamento de prevalência de obesidade infantil no nosso país. Devem ser maximizadas estratégias que promovam comportamentos saudáveis na rotina diária das crianças/jovens, quer na área da alimentação, quer na prática de atividade física regular, onde as escolas demonstram ser locais privilegiados para o efeito.

É fundamental o papel que a educação para a saúde desempenha neste projeto de intervenção comunitária, uma vez que nos permite fornecer informação de fácil compreensão com vista à aquisição de hábitos saudáveis, no que respeita à alimentação e à atividade física, com a finalidade de prevenir o excesso de peso e a obesidade infantil. Através da transmissão de informação nas sessões de educação para a saúde, demonstra ter igualmente impacto ao nível da literacia em saúde quer das crianças/jovens quer dos encarregados de educação, capacitando-os para que se tornem veículos de mudança na comunidade.

O projeto de intervenção comunitária teve por base a metodologia do planeamento que se constituiu fundamental na orientação para o desenvolvimento e respetiva implementação do projeto.

Foi possível realizar um diagnóstico de saúde na comunidade, definidos objetivos, planeadas e desenvolvidas intervenções e, respetivas estratégias, tendo por base o Modelo de Nola Pender. O processo de monitorização e avaliação fizeram sempre parte integrante do desenvolvimento do projeto. No final do projeto foram reaplicados os questionários que fizeram parte do diagnóstico de situação, permitindo assim a avaliação do projeto.

Com a execução deste trabalho foi possível identificar as preferências alimentares destas crianças e jovens e, frequência alimentar das mesmas bem como a caracterização da prática de exercício físico, identificando a necessidade de formação desta população-alvo (alimentação saudável e prática de exercício físico regular).

Foram evidentes os maus princípios alimentares e os hábitos de vida sedentários destas crianças e jovens, acrescendo o facto de já possuírem excesso de peso ou obesidade.

Com a realização do projeto, tive a oportunidade de adquirir uma maior consciência sobre a extrema importância da obesidade infanto-juvenil que se constitui um problema de saúde pública mundial, através da análise dos seus determinantes de saúde e impacto quer na saúde individual quer na saúde coletiva.

O grande interesse acerca da temática bem como a atualidade, constituiu-se como um elemento facilitador à realização do projeto. Importa salientar a presença de alguns aspetos que se constituíram dificultadores ao desenvolvimento do projeto, sendo eles a escassez de tempo e os obstáculos colocados pela pandemia COVID-19.

O facto destes estilos de vida estarem presentes nas vidas destas crianças, jovens e famílias, constituiu-se como um dos fatores mais desafiantes e, que se poderia constituir como um entrave à concretização dos objetivos. Neste contexto foram sempre adequadas as estratégias que pareceram mais motivadoras para estas crianças e jovens participarem em todas as atividades e conseguir-se mudança no padrão de vida destas.

Através da reaplicação dos questionários pode-se verificar que estas crianças diminuíram a ingestão de doces, snacks salgados e fast-food e aumentaram a frequência do consumo de fruta e sumo de fruta.

A aptidão para atividade física nestas crianças também se encontrava comprometida e a não adesão às aulas de atividade física específicas para estas crianças e jovens era uma

realidade. Também neste âmbito se conseguiu uma mudança, aumentado a frequência destes alunos às aulas de educação física.

O facto da intervenção da equipa de saúde escolar se encontrar temporariamente suspensa, permitiu que o projeto fosse acolhido com grande expectativa por parte dos professores de educação física, bem como da equipa de enfermagem, notando-se também uma maior adesão à referenciação de alunos por parte destes professores (informação baseada no testemunho da professora responsável pelo programa fitescolas).

Considero ter atingido os objetivos propostos para este relatório, e deste modo, a aquisição e o desenvolvimento de competências específicas do domínio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Este percurso permitiu-me não só refletir sobre a problemática da obesidade infanto-juvenil como também aprofundar conhecimentos e adquirir competências a este nível, em contextos diferentes, de modo que se prestem cuidados que contribuam para a promoção da saúde das crianças e dos jovens, envolvendo a família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, A. (2010). *Obesidade Infantil: abordagem em contexto familiar*. Funchal. Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54610/3/136640_1002TCD02.pdf

Almeida, M., Mishima, S., Pereira, M., Palha, P., Villa, T., Fortuna, C. & Matumoto, S. (2009, setembro-outubro). Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão?. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 748-752. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/17.pdf>

Andrade, M. (2014). *Determinantes Sociais e Psicológicos do Comportamento Alimentar Infantil*. (Tese para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia – Especialidade Psicologia da Saúde). Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia. Lisboa. Portugal. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/15441>

Bittencourt, M., Marques, M. & Barroso, T. (2018, julho/agosto/setembro). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*, 18, 125-132. doi: 10.12707/RIV18015

Cabana, D. (2017). *Atividade física e a sua relação com as rotinas da criança em idade escolar*. Covilhã. Disponível em: <file:///C:/Users/carla/OneDrive/Ambiente%20de%20Trabalho/tese%20atividade%20fisica.pdf>

Carvalho, M.A., Carmo, I., Breda, J., Rito, A. I. (2011). *Análise Comparativa de Métodos de Abordagem da Obesidade Infantil*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29 (2), 148-156. Disponível em: [Análise comparativa de métodos de abordagem da obesidade infantil - ScienceDirect](#)

Carta de Ottawa. (1986). *Promoção da Saúde nos Países Industrializados -1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa*. Obtido através de: <http://www.dgicd.minedu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96.html>

Carrillo, M. V. (2014). *Comunicação Estratégica no ambiente comunicativo das organizações atuais*. Comunicação e Sociedade. Disponível em: [https://dx.doi.org/10.17231/comsoc.26\(2014\).2025](https://dx.doi.org/10.17231/comsoc.26(2014).2025)

Coelho, V., Aquino, M., Montebelo, A. & Tolocka, R. (2018). *(Des)valorização da atividade física na pré-escola por professores*. Rev. Bras. Ciênc. Esporte. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbce/v40n4/0101-3289-rbce-40-04-0381.pdf>

Cordovil, R., Luz, C., Rodrigues, P. & Pombo, A. (2020). *Projeto C-Ativo*. Lisboa. Disponível em: <http://www.fmh.utl.pt/pt/noticias/fmh-e-noticia/item/7769-projeto-c-ativo-em-casa>

Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. (1978). *Declaração de Alma-Ata: Saúde Para Todos no Ano 2000*. Obtido através de: http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.html

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2006). Programa nacional de saúde escolar. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

Direção Geral da Educação [DGE] (2014). *Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde*. Lisboa. Disponível em: http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/papes_doc.pdf

Direção Geral da Saúde [DGE] (2015). Plano nacional de saúde 2012-2016: revisão e extensão a 2020. Lisboa: DGS. Obtido de Programa-Nacional-de-Saúde-Escolar-2015.pdf (eapn.pt)

Direção Geral da Saúde [DGE] (15 de 12 de 2016). Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns/reforma-do-sns/cuidados-de-saude-primarios2/coordenacaonacional-para-a-reforma-cuidados-saude-primarios/>

Direção Geral da Educação [DGE] (2017). *O Referencial de Educação para a Saúde*. Lisboa. Disponível em: http://dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/referencial_educacao_saude_novo.pdf

Direção Geral de Saúde & Serviço Nacional de Saúde (2020). *REACT-COVID: Inquérito Sobre a alimentação e atividade física em contexto de contenção social. Versão retificada*. Lisboa. Disponível em: https://nutrimento.pt/activeapp/wpcontent/uploads/2020/05/REACTCOVID_Survey_Retificada.pdf

Direção Geral de Saúde [DGS] (2020). *Recomendações da OMS para a Atividade Física e Comportamento Sedentário*. Lisboa. Disponível em: http://fundacaodesporto.pt/wpcontent/uploads/2021/02/Translation_Guidelines_OMS_2020_PORT-PNPAF.pdf?x83766

Direção Geral de Saúde [DGS] (2020). *Programas de Saúde Prioritários Metas de Saúde 2020*. Lisboa. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PP_MetasSaude2020.pdf

Direção Geral de Saúde [DGS] (2020). *Programa Nacional para a promoção da alimentação saudável*. Lisboa. Disponível em: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/11/Relato%CC%81rio-PNPAS-2020.pdf>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2020). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física. Portugal*. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica.aspx>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2018). *Alimentação Saudável. Desafios e Estratégias*. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/alimentacao-saudavel-desafios-e-estrategias-2018.aspx>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2017). *Programa Nacional para a promoção da atividade física*. Lisboa. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/10/DGS_PNPAF2017_V7.pdf

Direção Geral de Saúde [DGS] (2016). *Estratégia Nacional Para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar. ENPAF 2016-2025*. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estrategia-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica-da-saude-e-do-bem-estar-pdf.aspx>

Eichmann, L. (2014). *As rotinas na creche; a sua importância no desenvolvimento integral da criança dos 0 aos 3 anos*. (Tese para a obtenção do grau de Mestre em Educação pré-escolar). Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Educação de Portalegre. Portalegre. Portugal. Disponível em: [Repositório Comum: As rotinas na creche : a sua importância no desenvolvimento integral da criança dos 0 aos 3 anos \(rcaap.pt\)](https://repositorio.comum.pt/RepositorioComum/As_rotinas_na_creche:_a_sua_importancia_no_desenvolvimento_integral_da_crianca_dos_0_aos_3_anos_(rcaap.pt))

Eli, K., Howell, K., Fisher, P. A., Nowicka, P. (2014) *Those Comments Last Forever: Parents and Grandparents as Preschoolers Recount How They Became Aware of Their Own Body Weights as Children.* *Plos One*, 9, 1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111974>

Fernandes, C. (2018). *Educar para a adoção de hábitos de vida saudáveis: uma estratégia de prevenção da obesidade infantil.* Coimbra. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21950/1/CARLA_FERNANDES.pdf

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação - da concepção à realização.* (3.^a ed.) Loures, Portugal: Lusociência

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente.* Loures: Lusociência.

George, F. & Gomes, S. (2011). *Cuidados de Proximidade em Doenças Crónicas.* Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-deupload-2013/publicacoes-de-francisco-george-cuidados-de-proximidade-emdoencas-cronicas-pdf.aspx>

Janeiro, A. (2020). *Obesidade Infantil: A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na educação alimentar em idade escolar.* (Tese para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem - Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica). Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Educação de Portalegre. Portalegre. Portugal. Disponível em: [BCTFC60 \(10\).pdf](#)

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2020). *Projeções da População Residente 2018-2080.* Lisboa. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA] (2019). *Childhood Obesity Surveillance Initiative. COSI Portugal- 2019.* Lisboa. Disponível em: http://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/07/COSI2019_FactSheet.pdf

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA] (2019). *COSI Portugal 2019: Excesso de peso e obesidade infantil continuam em tendência decrescente.* Lisboa. Disponível

em: <http://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/07/2019.07.10-COSI-Portugal-2019.pdf>

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde* (3.^a ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., Mota, J., Teixeira, P., Rodrigues, S., Lobato, L., Magalhães, V., Correia, D., Carvalho, C., Pizarro, A., Marques, A., Vilela, S., Oliveira, L., Nicola, P., Soares, S. & Ramos, E. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016. Relatório de resultados 2017. Universidade do Porto*. Disponível em: https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF%20Relat%C3%B3rio%20Resultados_0.pdf

Li, B., Adab, P., Cheng, K.K. (2014). *Family and Neighborhood Correlates of Overweight and Obesogenic Behaviors Among Chinese Children*. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21, 700-709. Disponível em: [Family and Neighborhood Correlates of Overweight and Obesogenic Behaviors Among Chinese Children \(readcube.com\)](#)

MaeyaMa, M. A., Jasper, C.H., Nilson, G.L., Dolny, L.L. & Cutolo, L.R.A. (2015). Promoção da Saúde como Tecnologia para transformação social. *Revista Brasileira de Tecnologias Sociais*, 2 (2), 129-143. doi: 10.14210/rbts.v2.n1.p97-129-14. Disponível em

Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel. 1^o edição impressa.

Ministério da Saúde [MS]. (2015). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 - 2020*. Diário da República, 2.^a série, n.º 102, 13550-13553. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/67318639>

Mororó, D., Enders, B., Lira, A., Silva, C. & Menezes, R. (2017, maio-junho). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323-332. Disponível em: [30\(3\) Portugues.indb \(scielo.br\)](#)

Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Disponível em

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2013). Parecer N.º 14/2013 - Programa nacional de saúde escolar (PNSE) (pp. 1-5). Lisboa: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Disponível em: [-REGULAMENTO – \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.o 428/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário Da República, 2a série(135), 19354–19356. Disponível em [comunitária-e-de-saúde-pública.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2a Série, no 26, 4744–4750. Disponível em [0474404750.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

Organização Mundial de Saúde (2002) “*WHO and FAO announce integrated strategy to promote*”. Word Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/releases/pr84/en/>

Organização Mundial de Saúde (2016). “*Report of the commission on Ending childhood Obesity*”. Suíça: Word Health Organization. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066_eng.pdf

Organização Mundial de Saúde (2017). “*Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region*”, 2002-2014. Copenhaga: OMS. Disponível em: [Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014 - eng](#)

Organização Mundial de Saúde (2020). *Noncommunicable diseases: Childhood overweight and obesity*. World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/noncommunicable-diseases-childhood-overweight-and-obesity>

Paiva, A.C., Couto, C.C., Masson, A.P.L., Monteiro, C.A.S., Freitas, C.F. (2018). Obesidade Infantil: Análises Antropométricas, Bioquímicas, Alimentares e Estilo de Vida. *Revista Cuidarte*. 9 (3), 1- 13. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.575>

Pender, N., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2011). *Health promotion in Nursing Practice*. (6º ed.). New Jersey: Pearson.

Pender, N., Murdaugh, C. *Health promotion* (2014). *Health Promotion in Nursing Practice*. (2015). United States of America: Pearson Education.

Pereira, R. (2017). *O Pulsar da Atividade Física no Ensino Pré-Escolar*. Disponível em: http://repositorio.esepf.pt/bitstream/20.500.11796/912/2/Cad_6Pulsar.pdf

Pietrobelli, A., Pecoraro, L., Ferruzzi, A., Heo, M., Faith, M., Zoller, T., Antoniazzi, F., Picacentini, G., Fearnvach, N. & Heymsfield, S. (2020). *Effects of COVID-19 Lockdown on Lifestyle Behaviors in Children with Obesity Living in Verona, Italy: A Longitudinal Study*. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/oby.22861>

Plano Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável [PNPAS] (2020). *Área COVID-19 no Site PNPAS – Materiais sobre alimentação, nutrição e COVID-19*. Disponível em <https://nutrimento.pt/>

Ramos, M. & Stein L. M. (2000). *Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil*. *J. pediatr.* (Rio J.), 76(Supl.3), S229-S237.

Raynald Pineault, Carole Daveluy, *La Planificación Sanitaria — Conceptos, Métodos, Estratégias*, versão em espanhol, Masson, S.A., 1987.

Redman, B.K. (2003). *A Prática da Educação para a Saúde*. 9ªed. LUSOCIÊNCIA. Loures

Rego, C. (2021). *A pandemia agravou a obesidade infantil?* Universidade do Porto

Rito, A., Baleia, B., Pirata, C., Santos, D. & Chiote, I. (2020). *Excesso de peso e obesidade parental e perceção do aumento de peso infantil, durante o confinamento em contexto de pandemia da COVID-19, em Portugal: Programa MUN-SI Cascais 2019/2020*. Lisboa.

Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/7249/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_NEspecia12-2020_artigo8.pdf

Rossi, A., Moreira, E. A. & Rauen, M. S. (2008). *Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família*. Revista nutrição Campinas, 21(6), 739-748. Disponível em: [Nutri11 \(sciELO.br\)](http://Nutri11.scielo.br)

Santos, C. (2017). *Grupos focais: uma reflexão metodológica*. CIES e-Working Paper N.º211/2017 .

Savage, J. S., Fisher, J. O. & Birch L. L. (2007). *Parental Influence on eating behavior: conception to adolescence*. J Law Med Ethics, 35(1), 22–34. Disponível em: [Parental Influence on Eating Behavior: Conception to Adolescence - Jennifer S. Savage, Jennifer Orlet Fisher, Leann L. Birch, 2007 \(sagepub.com\)](http://Parental Influence on Eating Behavior: Conception to Adolescence - Jennifer S. Savage, Jennifer Orlet Fisher, Leann L. Birch, 2007 (sagepub.com))

Scaglioni, S., Arrizza, C., Vecchi, F. & Tedeschi, S. (2015). *Determinants of children's eating behavior*. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 94(suppl), 2006S–2011S. Disponível em: [ajcn001685.2006..2011 \(silverchair.com\)](http://ajcn001685.2006..2011 (silverchair.com))

Schaurich, D. & Crossetti, M. (2010, janeiro-março). *Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007*. Escola Anna Nery Rev Enferm, 14(1), 182-188. doi: 10.1590/S1414-81452010000100027

Serviço Nacional de Saúde (2020). *Covid-19 e Obesidade Infantil*. Ministério da saúde. Disponível em: <http://www.insa.min-saude.pt/covid-19-e-obesidade-infantil/>

Silva, I. S., Veloso, A. L., & Keating, J. B. (2014). *Focus group: Considerações teóricas e metodológicas*. *Revista Lusófona de Educação* , pp. 175-190. Disponível em: <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6113/3/12CongNacSaude.pdf>

Silva, C.M. & Teixeira, T. (2018). *Comportamento Alimentar Infantil e Atitudes Parentais Face à Alimentação das Crianças*. Atas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa

Sousa, J., Loureiro, I. & Carmo, I. (2008). *A obesidade infantil: um problema emergente*. *Childhood obesity: an emergent problem*. Saúde & Tecnologia, 2, 5–15. <https://web.estesl.ipl.pt/ojs/index.php/ST/article/download/74/94>

Stavridou, A., Kapsali, E., Panagouli, E., Thirios, A., Polychronis, K., Bacopoulou, F., Psaltopoulou, T., Tsofia, M., Sergeantanis, T. & Tsitsika, A. (2021). *Obesity in Children and*

Adolescents during Covid-19 Pandemic. Disponível em:
<https://doi.org/10.3390/children8020135>

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. (Lusoditata, Ed.) (7a Edição). Loures.

Shinn, C., Salgado, R. & Rodrigues, D. (2020). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física: o caso de Portugal*. ARSLVT. DOI:10.1590/1413-8123202054.26462019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n4/1413-8123-csc-25-04-1339.pdf>

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

World Obesity (2019). *Childhood Obesity*. Disponível em:
<https://www.worldobesity.org/what-we-do/our-policy-priorities/childhood-obesity>

ANEXOS

ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS ALENTEJO

02.12.2021
Processo 34/CE/2021
Informação 31/INFCE/2021 (satisfação das condições)

Handwritten: *Humberto*
Parecer favorável
em reunião do CD
0021/12/21

REPUBLICA PORTUGUESA
SNS
ENT/ARSA/11990
- 3 DEZ, 2021

CE Comissão de Ética para a Saúde
Informação 31/INFCE/2021
Sobre o Projeto de Estágio de Intervenção Comunitária - O combate da obesidade infanto-juvenil, um desafio em tempos pandémicos

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) deu início à abertura do Processo 19/2021/CE sobre o Projeto de Estágio de Intervenção Comunitária “O combate da obesidade infanto-juvenil, um desafio em tempos pandémicos”, da investigadora principal Carla Sofia Couveiro Félix Aparecido; Orientadora: Professora Doutora [redacted] e Supervisora Clínica: Enfermeira Supervisora Especialista em Enfermagem Comunitária: [redacted] no âmbito académico e inserido no estágio do V Curso de mestrado em associação a decorrer na Universidade de Évora, nomeadamente na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Foi emitido em 05.08.2021 Parecer favorável (Parecer 18/CE/2021) à autorização deste estudo, condicionado aos pontos:.....

B.4. Esta Comissão de Ética solicita o envio a esta CE da Declaração da Diretora Executiva do ACES Alentejo Central, acerca do interesse e pertinência do estudo, antes do início da colheita de dados;.....

B.5. Esta Comissão de Ética solicita o envio dos questionários que irão ser utilizados como anexo ao protocolo, antes do início da colheita de dados;.....

B.6. Esta Comissão de Ética solicita, antes do início da colheita de dados o envio a esta CE das Autorizações devidamente expressas, para utilização dos questionários (CEBQ- que integra o questionário Espiga e o relativo às preferências alimentares), por parte dos autores;.....

B.7. Esta Comissão de Ética recomenda a revisão de texto incluído no CILE para os encarregados de educação que irão participar neste projeto de investigação:.....

a) No 1º parágrafo do CILE esta Comissão de Ética sugere alterar o texto para: “ Sou uma estudante do V Mestrado em Associação em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora, cujo título da tese de mestrado é “O Controlo da obesidade infanto-juvenil, um desafio em tempos pandémicos”. Este questionário ao qual solicito a sua participação voluntária está inserido



neste projeto.” b) Na 3ª frase da parte declarativa da Investigadora em vez de “em caso de recuso” substituir por “em caso de recusa”.....
Foram recebidos em 05.11.2021 os documentos enunciados nos pontos B.5. e B.6 e em 02.12.2021 os documentos enunciados nos pontos B.4 e B.7 deixando o Parecer de estar condicionado e deliberando por unanimidade emitir a Informação 31/INFCE/2021.....

Aprovado em reunião do dia 02 de dezembro de 2021, por unanimidade,
A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Alentejo; I.P.

ANEXO II - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA



| | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|
| Documento | 2 | 1 | 0 | 5 | 9 |
|-----------|---|---|---|---|---|

Comissão de Ética da Universidade de Évora

A Comissão de Ética da Universidade de Évora informa que, com base nas apreciações favoráveis dos seus membros, deliberou dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto: “*O combate da obesidade infanto-juvenil, um desafio em tempos pandémicos.*”, pela mestranda **Carla Sofia Couveiro Félix Aparecido** sob a supervisão da Prof.^a Doutora [REDACTED] (responsável académica).

Universidade de Évora, 15 de novembro de 2021

A Presidente da Comissão de Ética

[REDACTED]

**ANEXO III - PARECER DA DIRETORA EXECUTIVA DOS ACES DO ALENTEJO
CENTRAL**



DECLARAÇÃO

██████████ Diretora Executiva do ACES AC, declara que o Projeto de Investigação “O combate da obesidade infanto-juvenil, um desafio em tempos pandémicos” proposto por Carla Sofia Couveiro Félix Aparecido, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, apresenta relevância e pertinência e cumpre as condições logísticas e humanas que asseguram a realização da investigação em condições éticas adequadas. Informa-se que este estudo decorrerá na UCC de ██████████ não implica qualquer custo para a Unidade Funcional.

Évora, 02 de dezembro de 2021

A Diretora Executiva

(██████████)

**ANEXO IV - PARECER DA COORDENADORA DO AGRUPAMENTO DE ESCOLAS
ONDE FOI IMPLEMENTADO O PROJETO**



Agrupamento de Escolas de [REDACTED]

para mim ▾



Exma. Sra.

Carla Félix,

Após a leitura do seu email, informo que está autorizada a colaboração do Agrupamento no projeto supramencionado, desde que sejam cumpridos todos os procedimentos, no âmbito do Regime de Proteção dos Dados. O ponto de contacto para o mesmo será o docente [REDACTED]

Com os melhores cumprimentos,

[REDACTED]

Diretora do Agrupamento de Escolas de [REDACTED]

**ANEXO V - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ESPIGA,
VERSÃO FAMÍLIA**



Na resposta é favor indicar as nosas

Exm^a Sr^a Enf^a **Carla Sofia Couveiro Félix Aparecido**

Face ao v/ pedido efectuado a 21 de Junho de 2021, venho por este meio conceder autorização para utilizar o questionário ESPIGA. Mais informamos que o grupo de questões relacionadas com o comportamento alimentar (itens 46 a 80) fazem parte do questionário do comportamento alimentar de crianças (CEBQ) devendo-se contactar o seu autor para efeitos de autorização de utilização.

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

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

Desde já desejo os maiores votos de sucesso.

Com os melhores cumprimentos,

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



Largo Jardim do Paraíso, 1, 7000-864 Évora
Tel. 266 758 770 Fax. 266 735 868
email arsa@arsalentejo.min-saude.pt

**ANEXO VI – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE
AVALIAÇÃO DAS PREFERÊNCIAS ALIMENTARES DE ANDRADE**



[Redacted]
para mim ▾

sábado, 5/06/2021, 17:36



Cara Mestranda Carla Aparecido

Terei todo o prazer em ceder o instrumento, uma vez que na tese de doutoramento não estão disponíveis todos os itens do instrumento de avaliação das preferências alimentares.

[Redacted]

ANEXO VII – QUESTIONÁRIO ESPIGA, VERSÃO FAMÍLIA



19320

ID

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|



Caros Encarregados de Educação:

Este questionário destina-se a um estudo que está a ser realizado pelo Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade - Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP em que o principal objectivo é monitorizar e promover a saúde e bem-estar de crianças nascidas em 2002, que vivem e estudam no Alentejo. A informação que fornecer será utilizada para desenvolver melhores programas de promoção da saúde para as crianças.

A sua opinião é muito importante! Não existem respostas certas ou erradas pois o que se pretende é a sua resposta sincera e pessoal. Responda, por favor, tendo em conta o momento presente e o caso particular do seu educando, se possível responda em conjunto com ele (a). As suas respostas são anónimas e confidenciais e destinam-se somente a tratamento estatístico. Para qualquer informação adicional poderá contactar: o Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade pelo e-mail sescolar@srsevora.min-saude.pt ou pelo telf. 266 760 010.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade.

Questionário

Antecedentes Pessoais:

Dados referentes à criança

1. Peso ao nascer: , Kg

2. Comprimento ao nascer: cm

3. Duração da gravidez (em semanas):

- <28 31 35 39
- 28 32 36 40
- 29 33 37 41
- 30 34 38 >41

4. A sua criança foi amamentada ao peito?

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

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

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

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

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

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





19320

ID



ARS Alentejo
Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.



Plataforma
contra a
obesidade



Núcleo Regional
do Alentejo da Plataforma
Contra a
obesidade



ESPICRA
Estado de Saúde da População
Infantil da Região Alentejo

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

Outra Especifique:

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

Não Sim Qual:

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

Não Sim Qual:

Antecedentes Familiares

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

| | Pai | Mãe |
|--|---|---|
| 12.. Peso | <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"/> |
| 18. Leite gordo | <input type="checkbox"/> |
| 19. Leite aromatizado (ex: achocolatado) | <input type="checkbox"/> |
| 20. Bebidas de soja | <input type="checkbox"/> |
| 21. Iogurte | <input type="checkbox"/> |
| 22. Sobremesas lácteas e outros produtos lácteos (pudins, queijinho <i>petit-suisse</i>) | <input type="checkbox"/> |

Page 2 of 9

19320





ID



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

| | Nunca ou raramente | 1 x de 15-15 dias | 1-3 x por semana | 4-7 x por semana | Mais de 1 x por dia |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 23. Gelados | <input type="checkbox"/> |
| 24. Queijo fresco, requeijão ou queijo magro | <input type="checkbox"/> |
| 25. Queijo gordo (Serpa, Nisa, Serra, amantigado) | <input type="checkbox"/> |
| 26. Enchidos (chouriço, linguiça, paio, farinheira) | <input type="checkbox"/> |
| 27. Carne | <input type="checkbox"/> |
| 28. Peixe | <input type="checkbox"/> |
| 29. Ovos | <input type="checkbox"/> |
| 30. Manteiga/margarina | <input type="checkbox"/> |
| 31. Azeite | <input type="checkbox"/> |
| 32. Pão | <input type="checkbox"/> |
| 33. Pão escuro (com sementes, de mistura, integral) | <input type="checkbox"/> |
| 34. Cereais de pequeno-almoço | <input type="checkbox"/> |
| 35. Sopa de legumes/hortaliça | <input type="checkbox"/> |
| 36. Hortícolas (excluindo batatas e leguminosas) | <input type="checkbox"/> |
| 37. Fruta fresca | <input type="checkbox"/> |
| 38. Sumo de fruta 100% | <input type="checkbox"/> |
| 39. Refrigerantes / Chás açucarados | <input type="checkbox"/> |
| 40. Refrigerantes <i>diet</i> ou <i>light</i> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Batata frita de pacote, snacks, pipocas ou aperitivos salgados | <input type="checkbox"/> |
| 42. Rebuçados, gomas ou chocolates | <input type="checkbox"/> |
| 43. Biscoitos/bolachas doces, bolos, <i>donuts</i> | <input type="checkbox"/> |
| 44. <i>Fast-food</i> (pizza, batata frita em casa, hambúrgueres, salsichas) | <input type="checkbox"/> |
| 45. Água | <input type="checkbox"/> |



ID



Comportamento Alimentar

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

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




 19320

ID

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|




Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.






Estado de Saúde da População Infantil da Região Alentejo

Comportamento Alimentar

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

| | Nunca | Raramente | Por vezes | Muitas vezes | Sempre |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 68. O meu filho(a) come mais quando está feliz | <input type="checkbox"/> |
| 69. O meu filho(a) é difícil de contentar com as refeições | <input type="checkbox"/> |
| 70. O meu filho(a) come menos quando anda transtornado(a) | <input type="checkbox"/> |
| 71. O meu filho(a) fica cheio muito facilmente | <input type="checkbox"/> |
| 72. O meu filho(a) come mais quando não tem nada para fazer | <input type="checkbox"/> |
| 73. Mesmo se já está cheio o meu filho(a) arranja espaço para comer um alimento preferido | <input type="checkbox"/> |
| 74. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) passaria o dia a beber continuamente (refrigerantes ou sumos) | <input type="checkbox"/> |
| 75. O meu filho(a) é incapaz de comer a refeição se antes tiver comido qualquer coisa | <input type="checkbox"/> |
| 76. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre a tomar uma bebida (refrigerantes ou sumos) | <input type="checkbox"/> |
| 77. O meu filho(a) interessa-se por experimentar alimentos que nunca provou antes | <input type="checkbox"/> |
| 78. O meu filho(a) decide que não gosta de um alimento mesmo que não tenha provado | <input type="checkbox"/> |
| 79. Se tivesse a oportunidade, o meu filho(a) estaria sempre com comida na boca | <input type="checkbox"/> |
| 80. O meu filho(a) come cada vez mais devagar ao longo da refeição | <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"/> |
| 82. Insatisfação com o seu corpo (aspecto físico) | <input type="checkbox"/> |
| 83. Ansiedade (Nervosismo) | <input type="checkbox"/> |
| 84. Depressão (tristeza, apatia, desinteresse) | <input type="checkbox"/> |
| 85. Défice de atenção | <input type="checkbox"/> |
| 86. Dificuldade de relacionamento (tem poucos amigos, relaciona-se com outras crianças com dificuldade) | <input type="checkbox"/> |
| 87. Queixas de discriminação pelo aspecto físico | <input type="checkbox"/> |


19320

ID

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|











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

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

Actividade Física

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

| Ida para a Escola | Regresso da Escola | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Costuma ir no autocarro escolar | <input type="checkbox"/> Costuma ir no autocarro escolar | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Vai de transporte público | <input type="checkbox"/> Vai de transporte público | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> É transportada de automóvel | <input type="checkbox"/> É transportada de automóvel | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Costuma ir de bicicleta | <input type="checkbox"/> Costuma ir de bicicleta | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Vai a pé | <input type="checkbox"/> Vai a pé | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Outra (especifique): <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Outra (especifique): <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Page 6 of 9


19320




 19320

ID



ARS Alentejo
Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.



Plataforma
contra a
obesidade



Núcleo Regional
do Alentejo da Plataforma
Contra a
obesidade



ESPIGA
Estado de Saúde da População
Infantil da Região Alentejo

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

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

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

98. Tem computador em casa? Sim Não

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

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

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

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



| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
|  19320 | ID <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | | |

Características gerais da Família:

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

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

Adultos:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 Crianças até aos 18 anos:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

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

Pai (ou tutor)

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

Mãe (ou tutora)

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

103. Situação profissional:

Pai (ou tutor)

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

Mãe (ou tutora)

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

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Até 500€/mês | <input type="checkbox"/> De 1501 a 2750€/mês |
| <input type="checkbox"/> De 501 a 850€/mês | <input type="checkbox"/> De 2751 a 3750€/mês |
| <input type="checkbox"/> De 851 a 1500€/mês | <input type="checkbox"/> Mais de 3750€/mês |

105. Qual o tipo de casa que habitam actualmente?

- Moradia Apartamento
 Moradia geminada Outro (especifique):

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



ID

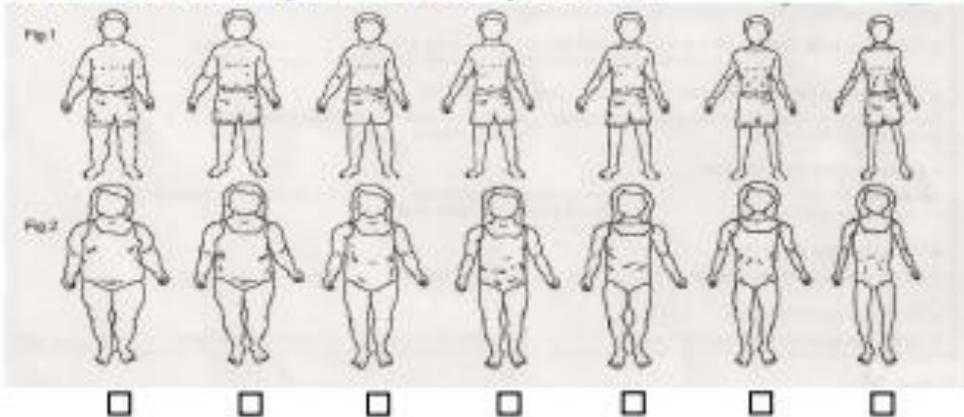


166. A sua casa é:

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

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

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



Gostaria de deixar algum comentário?

Mais uma vez, obrigado pela sua colaboração



ANEXO VIII - PUBLICAÇÃO DE ARTIGO NO JORNAL LOCAL



Saúde na comunidade

O desafio do combate da obesidade infantojuvenil em tempos pandémicos



Nos meados do século XX, a nível mundial, assistiu-se a uma maior prevalência e incidência de doenças infecciosas, tal como a Tuberculose e a SIDA, no entanto, ao longo do tempo, essa realidade foi-se modificando e já no início do século XXI, foram as doenças crónicas e não transmissíveis, que ganharam maior relevância na saúde da população. Esta mudança está intimamente relacionada com alterações dos estilos de vida, incluindo o afastamento das famílias da dieta mediterrânica, aumentando o consumo de alimentos processados e *fast food*. Aliado a esse facto, assiste-se ao aumento do sedentarismo (redução da prática de exercício físico e aumento do tempo de exposição a computadores, televisões, *smartphones*), que se constituem como fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade infantojuvenil.

A obesidade é um fenómeno cada vez mais presente, sendo mesmo apelidada como a “epidemia do século XXI”. Constitui-se como um problema multifatorial, ou seja, deve-se à conjugação de fatores genéticos, metabólicos, bioquímicos, culturais e psicossociais, sendo que o aumento de crianças e adolescentes com excesso de peso e obesidade é cada vez mais frequente.

Quando surge na infância, este grave problema de saúde, vulgarmente persiste e acompanha a criança até à idade adulta. As crianças tendem a tornar-se adultos obesos e apresentam uma maior probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, asma, doenças do fígado, apneia do sono e vários tipos de cancro.

A principal causa do excesso de peso e obesidade na infância prende-se com o desequilíbrio energético entre as calorias ingeridas e as calorias gastas. Vários são os fatores que contribuem para o excesso de peso na infância e adolescência, tal como, a alteração ao nível do consumo de determinados alimentos nomeadamente, alimentos que possuem alto teor de gor-

dura, energia e açúcares, e défice de ingestão de alimentos com baixo teor de vitamina, minerais e outros micronutrientes saudáveis.

A combinação de dietas pouco saudáveis, associado ao aumento de sedentarismo exige cada vez mais uma maior atenção por parte dos serviços de saúde pública para o problema da obesidade infantojuvenil.

SARS-COV-2

No ano 2020 fomos confrontados com uma nova espécie de coronavírus (SARS-COV-2) dando origem a uma pandemia à escala mundial. Este vírus causa COVID 19, doença esta, que se manifesta por uma síndrome respiratória aguda e que apresenta alta morbidade e mortalidade mesmo na infância. Sendo que a obesidade se constitui um fator de risco que aumenta a suscetibilidade individual à infeção por SARS-CoV-2, assim como o risco de manifestações graves da doença.

Dado o desconhecimento sobre o tratamento deste vírus assim como a sua fácil transmissão e com o intuito de mitigar a sua propagação, uma das políticas de saúde pública adotadas a nível mundial e igualmente em Portugal prendeu-se com o confinamento, afetando 2,6 biliões de pessoas em todo o mundo.

O confinamento conduziu a alterações nos estilos de vida da população portuguesa, com destaque para as famílias com crianças em idade escolar, em que as suas rotinas diárias foram drasticamente modificadas com o encerramento dos estabelecimentos de ensino. Os ambientes escolares proporcionam rotinas relacionadas com horário das refeições, atividade física e horário de sono, três fatores de estilo de vida implicados no risco de obesidade.

As crianças foram confrontadas com uma nova realidade marcada pelas aulas on-line,

stress, inexistência de atividades estruturadas e de interação social. A realização de atividade física, realizada frequentemente nas escolas e em espaços ao ar livre ficou comprometida, fundamentalmente nas famílias que residem em áreas urbanas. Perante o supracitado é expectável que os hábitos sedentários aumentem, com elevado tempo de ecrã, seja para atividades lúdicas ou pela própria adaptação ao sistema educativo.

Paralelamente verifica-se a diminuição dos níveis de energia despendidos que se constituiu como um fator associado a um risco aumentado de obesidade infantil, assim como, um maior consumo de alimentos hipercalóricos e de menor densidade nutricional e maior exposição ao marketing sobre produtos ricos em gorduras, açúcares e sal. Deste modo, é expectável que o excesso de peso ganho durante o confinamento pode não ser facilmente reversível e pode contribuir para o excesso de adiposidade na idade adulta, com especial desfavorabilidade para crianças e adolescentes com diagnóstico prévio de obesidade.

Torna-se fundamental que não só as entidades públicas como os pais e famílias destas crianças se tornem agentes ativos na prevenção da obesidade infantojuvenil, através da adoção de estilos de vida saudáveis, quer ao nível da adoção de uma alimentação saudável e prática regular de exercício físico.

Enf. Carla Félix Aparecida
Aluna Estagiária
Mestrado de Enfermagem
Comunitária e de Saúde Pública

**ANEXO IX – RESUMO DO ESTUDO APRESENTADO NO II CONGRESSO
INTERDISCIPLINAR SOBRE REPRESENTAÇÕES E SOBRE QUALIDADE DE VIDA
DO VALE DE SÃO FRANCISCO – MAIS QUALIDADE DE VIDA, MAIS DIGNIDADE!**

INTERVENÇÃO EM CONTEXTO ESCOLAR NO COMBATE À OBESIDADE - UM DESAFIO EM TEMPOS PANDÉMICOS

Carla Sofia Couveiro Félix Aparecido



Atf | atribuição: Dias da Silva, S.E; Alves Ferreira, S.; Santos Araújo, J. Ferreira Oliveira, M.A.; Pereira Rodrigues, D.; Ferreira da Silva, L.M.(2022). Representações Sociais De Adolescentes Sobre O Consumo De Alcool: Implicações Do Relacionamento Familiar. Sağlık Akademisi Kastamonu, 7(1-Özel sayı), p. 10-11.

Gönderim tarihi | Data de envio: 30.11.2021 Kabul tarihi | data de aceitação: 30.01.2022 Yayım tarihi |Data de lançamento: 30.03.2022

Introdução:A obesidade infanto-juvenil constitui-se com um dos mais sérios problemas de saúde pública, assistindo-se, nas últimas décadas a um grande aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade infanto-juvenil. O contexto atual da pandemia trouxe um aumento do risco de desenvolvimento de fatores de risco associados ao excesso de peso e obesidade. Perante esta realidade, torna-se primordial diagnosticar e intervir precocemente, contribuindo para a promoção de comportamentos e hábitos de vida saudáveis, no que diz respeito à alimentação e atividade física. Desde há muito tempo que o vínculo entre a saúde e a educação existe, uma vez que a ligação entre as duas áreas é evidente, dado que bons níveis de educação estão relacionados a uma população mais saudável assim como uma população saudável tem maiores possibilidades de deter conhecimentos da educação formal e informal. As estratégias de promoção da saúde no âmbito escolar surgem como meio para melhorar o estado de saúde e bem-estar, alargando assim as oportunidades para aprendizagens de qualidade. A Educação para a Saúde assume-se, assim, como a forma de excelência para a obtenção de ganhos em saúde individual e, por consequência, da comunidade, a médio e longo prazo. O presente projeto tem por base a Metodologia do Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes,1982 ; Tavares,1990). A população alvo foram os alunos referenciados, até ao final do ano lectivo 2020/2021, pelo programa “fitescolas” do agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central, Portugal, no contexto da saúde escolar. **Objetivo:**Contribuir para a promoção de hábitos alimentares saudáveis e de atividade física regular em crianças referenciadas pelo programa fitescolas no agrupamento de escolas em estudo. No âmbito deste

Sağlık Akademisi Kastamonu 197

 Atif | atribuição: Dias da Silva, S.E; Alves Ferreira, S.; Santos Araújo, J. Ferreira Oliveira, M.A.; Pereira Rodrigues, D.; Ferreira da Silva, L.M.(2022). Representações Sociais De Adolescentes Sobre O Consumo De Alcool: Implicações Do Relacionamento Familiar. *Academia de Saúde Kastamonu*, 8(1-questão especial), p. 10-11

projeto, desenvolveu-se um estudo descritivo transversal. **Método:** Como técnica de colheita de dados foi aplicado o questionário ESPIGA aos encarregados de educação e o questionário das preferências alimentares às crianças e jovens, sendo o mesmo reaplicado posteriormente como estratégia de avaliação. **Resultados:** 20 em cada 25 crianças tem um dos pais com excesso de peso ou obesidade; as preferências alimentares e frequência alimentar incidem maioritariamente no consumo de refrigerantes, fastfood e doces e, consomem uma média de 2 a 3 horas diárias a ver TV ou a jogar videojogos. **Conclusão:** Impera a necessidade de intervenção na promoção de hábitos alimentares saudáveis e de atividade física nestas crianças e na família. Torna-se crucial compreender a realidade da obesidade infantil, sensibilizar não só as crianças como também os pais ou famílias, acerca deste problema e promover intervenções interdisciplinares contribuindo para promoção da saúde e aumento da qualidade de vida desta população-alvo.

Palavras-chave: Obesidade infanto-juvenil; Saúde Escolar; Promoção da Saúde; Hábitos Alimentares; Exercício Físico.

**ANEXO X - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO II CONGRESSO
INTERDISCIPLINAR SOBRE REPRESENTAÇÕES E SOBRE QUALIDADE DE VIDA
DO VALE DE SÃO FRANCISCO – MAIS QUALIDADE DE VIDA, MAIS DIGNIDADE!**

Verifique o código de autenticação 7444868.5991039.843320.7.55502044761870588913 em <https://www.even3.com.br/documentos>



II CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SOBRE QUALIDADE DE VIDA DO VALE DO SÃO FRANCISCO - II CIRSQVASF

I OLIMPÍADA INTERNACIONAL VIRTUAL DE CASOS CLÍNICOS DE CUIDADOS EM SAÚDE - I OLYMHEALTHCARE

CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho intitulado **INTERVENÇÃO EM CONTEXTO ESCOLAR NO COMBATE À OBESIDADE - UM DESAFIO EM TEMPOS PANDEMICOS** de autoria de **Carla Aparecido,** foi apresentado no II Congresso Internacional Interdisciplinar sobre Representações Sociais e sobre Qualidade de Vida do Vale do São Francisco - CIRSQVASF, realizado em 15/12/2021 a 17/12/2021, de modo remoto virtual.

Realização:

Petrolina - PE, Brasil, 17 de dezembro de 2021.



Ramon Missias Moreira
Prof. Dr. Ramon Missias Moreira
Presidente do II CIRSQVASF
e da I OLYMHEALTHCARE



Verifique o código de autenticação: 7859977.5591039.9.7.272655776480665 em <https://www.even3.com.br/documentos>



II CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SOBRE QUALIDADE DE VIDA DO VALE DO SÃO FRANCISCO - II CIRSQVASF

I OLIMPÍADA INTERNACIONAL VIRTUAL DE CASOS CLÍNICOS DE CUIDADOS EM SAÚDE - I OLYMHEALTHCARE

CERTIFICADO

Certificamos que **Carla Aparecido**, participou como **OUVINTE** do **II Congresso Internacional Interdisciplinar sobre Representações Sociais e sobre Qualidade de Vida do Vale do São Francisco - CIRSQVASF**, realizado virtualmente pelo **Grupo de Pesquisa Interdisciplinar sobre Saúde, Educação e Educação Física (GIPEEF)**, entre 15 e 17 de dezembro de 2021, com carga horária de 40 horas.

Petrolina - PE, Brasil, 17 de dezembro de 2021.

Realização:



Ramon Missias Moreira
Prof. Dr. Ramon Missias Moreira
Presidente do II CIRSQVASF
e da I OLYMHEALTHCARE



II CIRSQVASF
I OLYMHEALTHCARE

**ANEXO XI - CERTIFICADO DE MENÇÃO HONROSA NO II CONGRESSO
INTERDISCIPLINAR SOBRE REPRESENTAÇÕES E SOBRE QUALIDADE DE VIDA
DO VALE DE SÃO FRANCISCO – MAIS QUALIDADE DE VIDA, MAIS DIGNIDADE!**

Verifique o código de autenticação 7446686.6591039.9.7.552202447618773 em <https://www.even3.com.br/documentos>



II CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SOBRE QUALIDADE DE VIDA DO VALE DO SÃO FRANCISCO - II CIRSQVASF

I OLIMPÍADA INTERNACIONAL VIRTUAL DE CASOS CLÍNICOS DE CUIDADOS EM SAÚDE - I OLYMHEALTHCARE

CERTIFICADO DE MENÇÃO HONROSA

Certificamos que o trabalho intitulado “**INTERVENÇÃO EM CONTEXTO ESCOLAR NO COMBATE À OBESIDADE - UM DESAFIO EM TEMPOS PANDÉMICOS**” dos autores **Carla Aparecido, Isaura da Conceição Cascalho Serra, Fátima Santos, Dina Sardinha** recebeu **MENÇÃO HONROSA** de 2º Lugar, no Eixo Temático 3: **Actividade Física, Desporto e Saúde em sua relação com o COVID-19**, do II CIRSQVASF e I OLYMHEALTHCARE, realizados pelo **Grupo de Pesquisa Interdisciplinar sobre Saúde, Educação e Educação Física (GIPEEF)**, de 15 a 17 de dezembro de 2021.

Petrolina - PE, Brasil, 17 de dezembro de 2021.

Realização:



Ramon Missias Moreira
Prof. Dr. Ramon Missias Moreira
Presidente do II CIRSQVASF



APÊNDICES

APÊNDICE I - CILE DA PESQUISA DE INFORMADORES-CHAVE

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

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

Por favor, leia com atenção a seguinte informação.

Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

- **Título do estudo:** “O combate da Obesidade Infantil: um desafio em tempos pandémicos.”

Objetivo do estudo: Este estudo tem como objetivo contribuir para a promoção de hábitos alimentares saudáveis e de atividade física em crianças e jovens referenciados pelo programa fitescolas no agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central

Enquadramento: Este trabalho constitui-se como um projeto inserido no Ensino Clínico I, do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária de de Saúde Pública. Está prevista a realização de 1 focus group sendo que a aplicação do presente projeto de intervenção na comunidade, integrará os dados recolhidos nesta sessão de focus group.

A entrevista decorrerá na sala de reuniões da [REDACTED], numa única sessão de aproximadamente 90min e, será realizado um relatório em papel, com o conteúdo aqui partilhado. Sendo os dados destruídos num prazo de um ano.

Condições e financiamento: O estudo é financiado pelo investigador e suas parcerias; a sua participação é voluntária e não existirão quaisquer prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar.

Confidencialidade e anonimato: Será garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo; os dados serão recolhidos de forma anónima, sem registos de dados de identificação. Os contactos serão efetuados em ambiente de privacidade.

Agradeço a sua participação neste estudo.

Carla Sofia Couveiro Félix Aparecido, Enfermeira e Estudante de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública - TM: 964342178 e-mail: carla.s.felix@gmail.com

Local e Data:

Assinatura:

APÊNDICE II – GUIÃO DA PESQUISA DE INFORMADORES-CHAVE

Preparação Pesquisa de informadores chave

- Convidar os peritos, elementos de diferentes entidades, para participação no grupo de discussão com a antecedência devida;
- Elaborar o consentimento informado livre e esclarecido;
- Preparar a apresentação sumária do tema;
- Providenciar as instalações

Realização Pesquisa de informadores chave

Introdução

- Apresentar a mestrandia;
- Agradecer a presença de todos os participantes;
- Contextualizar o projeto de intervenção comunitária no âmbito da “ Obesidade Infanto-juvenil ;
- Informar e esclarecer acerca da técnica de recolha de dados Focus Group;
- Esclarecer sobre as questões de confidencialidade e obter CILE

Objetivos

- Recolher dados essenciais, através da interação e discussão de grupo, com o intuito da caracterização do problema e das necessidades em saúde relacionadas com o tema, com vista á elaboração do diagnóstico de situação;
- Perceber as perspetivas sobre o fenómeno em análise, com ênfase no contexto escolar, por parte dos diferentes elementos do grupo;
- Identificar contributos importantes para minimizar ou resolver a problemática;
- Identificar estratégias de prevenção da obesidade infanto-juvenil;
- Identificar a população alvo prioritária;
- Avaliar a pertinência de implementação do projeto comunitário no âmbito da obesidade infanto-juvenil.

Desenvolvimento

Questões gerais:

- A obesidade infanto-juvenil é um problema a nível escolar no concelho?
- Qual o grupo de alunos com maior necessidade de intervenção neste âmbito?
- Como podemos contribuir para resolver o problema?
- Quais as estratégias a utilizar a nível preventivo?
- Qual a população alvo prioritária?

Conclusão Pesquisa de informadores chave:

- Terminar o Pesquisa de informadores chave;
- Resumir as ideias principais percebidas;
- Agradecimentos finais.

**APÊNDICE III – MATRIZ DE ANÁLISE DA PESQUISA DE INFORMADORES-
CHAVE**

| Matriz de Análise de Conteúdo da Pesquisa de informadores chave | | | |
|--|------------------------|-------------------|---|
| Dimensão: Obesidade infanto-juvenil | | | |
| Categorias | Subcategorias | Frequência | Unidade de registo / contexto |
| Obesidade infanto-juvenil um problema no concelho? | Problema atual e grave | 4 | <p>“(…) é um problema grave, que apesar de ao longo do tempo se terem desenvolvido medidas que mostraram alguns resultados positivos, com esta pandemia tudo tem tendência a agravar.” “...é notória a diferença das avaliações negativas, efetuadas no contexto do programa fitnessgram “ – (E1)</p> <p>“é sem dúvida um problema que persiste e irá agravar com a pandemia...”, “ o número de crianças com obesidade ou pré-obesidade antes da pandemia que recebia na consulta já era preocupante, agora então ainda será maior o problema – (E2)</p> <p>“sim é um problema” ..” O confinamento levou a que aumentasse o sedentarismo e as práticas de má alimentação” – (E3)</p> <p>“tudo indica para que seja um problema ainda maior do que já era...” – (E4)</p> |

| | | | |
|---|---|----------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Qual o grupo de alunos com maior necessidade de intervenção neste âmbito? | <p>Alunos referenciados pelo programa fitnessgram</p> | <p>4</p> | <p>“Neste momento, com o aumento do IMC e dos maus resultados a nível da atividade física, serão os meninos que se encontram referenciados pelo programa fitnessgram” – (E1)</p> <p>“De facto tenho recebido uma referenciação crescente nestas crianças” – (E2)</p> <p>“É um conjunto de fatores que evidenciam a necessidade destas crianças serem intervencionadas” – (E4)</p> <p>“ Estes dois fatores associados tornam premente a intervenção neste grupo de crianças” – (E5)</p> |
| | <p>Formação e sensibilização dos profissionais de saúde e professores</p> | <p>3</p> | <p>“tentar retomar as parceiras que já fazíamos e que se perderam um pouco com a pandemia” –(E1)</p> <p>“sensibilizar as pessoas desde médicos, enfermeiros, professores e funcionários</p> |

| | | | |
|--|---|----------|--|
| <p>Como podemos contribuir para resolver o problema?</p> | <p>Reiniciar o projeto da Saúde Escolar</p> | <p>4</p> | <p>para temática da obesidade infanto-juvenil” (E2)</p> <p>“(…) estarmos com as unidades funcionais e juntarmos os profissionais com a formação neste âmbito para formar (...)” (E4)</p> <p>“Estamos de braços abertos para voltar a trabalhar na saúde escolar incidindo nesta problemática da obesidade, que necessita de intervenção da equipa multidisciplinar. (E1)</p> <p>“Sem dúvida que com a pandemia todos os projetos inerentes á nossa carteira de serviços na comunidade foi afetado, e a saúde escolar foi um deles, neste sentido e, atendendo ao número de meninos referenciados que aumentou, torna-se premente reiniciar!” E3</p> <p>“É premente voltar a desenvolver a saúde escolar, criar redes de apoio e parceiras.” E4</p> <p>“É uma necessidade que se faz sentir” – (E2)</p> |
|--|---|----------|--|

| | | | |
|---|---|----------|---|
| <p>Qual a população alvo prioritária?</p> | <p>Crianças do 2º,3º ciclos e secundário referenciadas pelo programa fitnessgram</p> <p>Famílias das crianças</p> | <p>5</p> | <p>“ São estes miúdos que para além de apresentarem um IMC que já se conseira excesso de peso ou pré-obesidade, apresentam teste de aptidão física negativos!” “É preocupante a junção destes dois fatores!” (E1)</p> <p>“Efetivamente estas crianças correm riscos...” – (E2)</p> <p>“Sem dúvida que estas crianças necessitam de uma intervenção urgente da equipa multidisciplinar! – (E4)</p> <p>“Claramente que temos que incidir as nossas atitudes nestas crianças!” – (E3)</p> <p>“A família exerce uma grande influência nos comportamentos e gostos dos miúdos” “ Para não falar também do facto de os pais não terem motivação para colocarem estes miúdos fora do sofá e praticarem exercício físico. (E1)</p> <p>“Sem dúvida que a família deve ser incluída neste projeto, afinal é no contexto</p> |
|---|---|----------|---|

| | | | |
|--|---------------|---|--|
| | referenciadas | 4 | familiar que se aprende a gostar ou não gostar de determinados alimentos” (E3) “ A família é um fator chave neste projeto, é necessário educar estes pais também!” – (E4) |
|--|---------------|---|--|

**APÊNDICE IV – DOCUMENTO INFORMATIVO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO
COMUNITÁRIA**

Exmo(a)s Sr(a)s

Sou uma estudante do V Mestrado em Associação em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora, cujo título da tese de mestrado é “*O Controlo da obesidade infanto-juvenil, um desafio em tempos pandémicos*”. Este questionário ao qual solicito a sua participação voluntária está inserido neste projeto.

Enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, torna-se pertinente desenvolver e implementar estratégias que assentem na promoção e na obtenção de ganhos em saúde. A temática do projeto incide na promoção de hábitos alimentares saudáveis e de atividade física nas crianças referenciadas pelo programa fitnessgram no agrupamento de escolas de [REDACTED], sendo que, numa primeira fase é importante conhecer os hábitos e preferências alimentares bem como os hábitos de atividade física destas crianças, sendo fundamental a sua participação.

Todos os dados disponibilizados por si relativamente ao seu familiar são confidenciais, anónimos e para utilização exclusiva do trabalho em questão, pelo que apenas a investigadora principal e a orientadora terão acesso aos mesmos. Os resultados serão apresentados através de um Relatório Final, que será de consulta pública.

O estágio e o relatório final são orientados respetivamente pela Enf^a Coordenadora da OC e pela Professora Isaura Serra.

Carla Sofia Couveiro Félix Aparecido

Carla Sofia Couveiro Félix Aparecido
(na qualidade de estudante do 5º mestrado em Enfermagem)

Enfermeira Especialista [REDACTED]
(na qualidade de supervisora do estágio)

Professora [REDACTED]
(na qualidade de orientadora de estágio)

Nesta e em todas as demais etapas do projeto serão seguidos os requisitos e procedimentos éticos. O seu consentimento é indispensável para a realização desta pesquisa, no entanto, ele

pode ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe traga qualquer dano pessoal associado. Mais informo que a sua participação não acarreta qualquer custo. Acrescento ainda que no caso do educando querer abandonar o projeto, não terá qualquer repercussão ou qualquer fator discriminatório, prevalecendo a vontade do educando em frequentar, ou não, as atividades inerentes ao projeto.

Este impresso é preenchido em duplicado (uma via para o estudante e outra para quem consente).

No caso de surgirem dúvidas e/ou necessidade de qualquer esclarecimento poderá entrar em contacto com a investigadora e/ou supervisora clínica.

| | Investigadora (Carla Aparecido) | Enfermeira Supervisora Clínica (Enf. ██████████) |
|-----------------------------|---|---|
| E.mail | m48220@alunos.uevora.pt | ██████████ |
| N.º telemóvel / telefone | 964342178 | ██████████ |
| Morada | OC ██████████ ██████████ ██████████ | OC ██████████ ██████████ ██████████ |

Se pretender algum esclarecimento sobre algum assunto em relação ao tratamento de dados pessoais do seu educando, poderá entrar em contacto com o Encarregado de proteção de dados da ARS Alentejo, através do correio eletrónico: epd@alentejo.min-saude.pt .

Caso pretenda apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados, deverá apresentar a mesma através do correio eletrónico: geral@enpd.pt

Na esperança de poder contar com sua colaboração, agradeço desde já a mesma.

Grata pela atenção,



Carla Aparecido

**APÊNDICE V – CILE PARA PARTICIPAÇÃO NO PROJETO DE INTERVENÇÃO
COMUNITÁRIA**

Consentimento informado, esclarecido e livre para participação no projeto “ O combate da obesidade infantil: um desafio em tempos pandémicos “ nos termos da norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde atualizada a 04/11/2015

Parte declarativa da Investigadora

“Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.”

Carla Sofia Couveiro Félix Aparecido, portadora de cédula da Ordem dos Enfermeiros nº67958

Data ____/____/____ Assinatura: Carla Aparecido

Nome do Profissional que entrega o CILE :

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

(Professora XXXXXXXXXX)

Ao Participante

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a.

Parte declarativa do participante

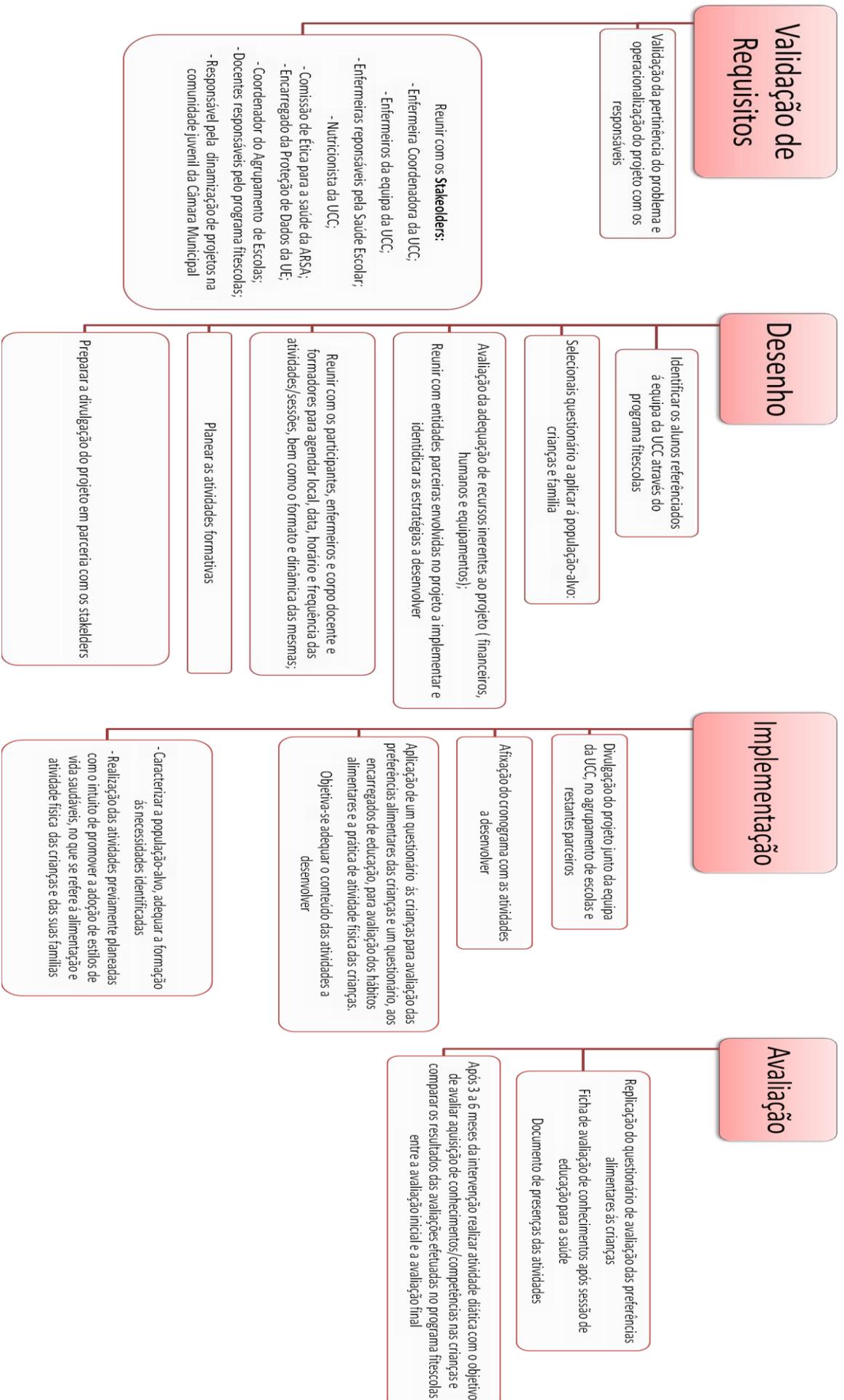
Declaro ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas as questões ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.”

Nome: _____

Data ____/____/____ Assinatura: _____

Nota: Este documento é composto por duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

APÊNDICE VI – WORK-BREAKDOWN (WBS)



APÊNDICE VII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS PREFERÊNCIAS ALIMENTARES

| ALIMENTOS | PREFERÊNCIAS | | |
|-----------------------------|--------------|-------------|---------------|
| | GOSTO 😊 | NÃO GOSTO 😞 | ASSIM/ASSIM 😐 |
| ARROZ | | | |
| ALIMENTOS FRITOS | | | |
| ATUM | | | |
| BANANA | | | |
| BATATAS COZIDA | | | |
| BATATAS FRITAS | | | |
| BOLACHAS/BOLOS/DONUTS | | | |
| CARNEVACA/PORCO/BORREGO | | | |
| CEREAIS MATINAIS C/ SABORES | | | |

| ALIMENTOS | PREFERÊNCIAS | | |
|---------------------------|--------------|-------------|---------------|
| | GOSTO 😊 | NÃO GOSTO 😞 | ASSIM/ASSIM 😐 |
| CEREAIS SIMPLES | | | |
| CHOCOLATES | | | |
| FEIJÃO | | | |
| FRANGO | | | |
| FRUTA EM CALDA | | | |
| GELADOS | | | |
| GOMAS | | | |
| IOGURTES SÓLIDOS/LÍQUIDOS | | | |
| LEITE | | | |
| LEITO COM SABORES | | | |
| MAÇÃ | | | |

| ALIMENTOS | PREFERENCIAS | | |
|-----------------|--------------|-------------|---------------|
| | GOSTO 😊 | NÃO GOSTO 😞 | ASSIM/ASSIM 😐 |
| MASSAS | | | |
| PÃO | | | |
| PEIXE | | | |
| QUEJO FRESCO | | | |
| QUEJOS DIVERSOS | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**APÊNDICE VIII – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA AMOSTRA SEGUNDO A
FREQUÊNCIA ALIMENTAR DA POPULAÇÃO-ALVO**

| Alimentos | Frequência | | | | |
|---|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------|
| | Nunca ou raramente | 1x de 15/15dias | 1-3x por semana | 4-7x por semana | Mais de 1x por dia |
| Leite magro ou meio gordo | | | | (n=17) 56,7% | (n=13) 43,3% |
| Leite gordo | (n=25) 83,3% | (n=4) 13,3% | (n=1) 3,3% | | |
| Leite aromatizado (achocolatado) | | | (n=3) 10% | (n=9) 30% | (n=18) 60% |
| Bebidas de soja | (n=25) 83,3% | (n=4) 13,3% | (n=1) 3,3% | | |
| Iogurte | | | (n=6) 20% | (n=9) 30% | (n=15) 50% |
| Sobremesas lácteas ou outros produtos lácteos (pudins, queijinhos, petit-suisse) | (n=2) 6,7% | (n=4) 13,3% | (n=4) 13,3% | (n=10) 33,3% | (n=10) 33,3% |
| Gelados | | (n=4) 13,3% | (n=6) 20% | (n=20) 66,6% | |
| Queijo fresco, requeijão ou queijo magro | (n=20) 66,6% | (n=4) 13,3% | (n=6) 20% | | |
| Queijo gordo (Serpa, nisa, Serra, amanteigado) | (n=15) 50% | (n=12) 40% | (n=3) 10% | | |
| Enchidos | (n=12) 40% | (n=13) 43,3% | (n=5) 16,7% | | |
| Carne | (n=1) 3,3% | | (n=12) 40% | (n=15) 50% | (n=2) 6,7% |
| Peixe | (n=2) 6,7% | | (n=12) 40% | (n=15) 50% | (n=1) 3,3% |
| Ovos | | (n=7) 23,3% | (n=20) 66,6% | (n=3) 10% | |
| Manteiga / margarina | (n=9) 30% | | (n=2) 6,7% | (n=12) 40% | (n=7) 23,3% |
| Azeite | (n=5) 16,7% | (n=1) 3,3% | (n=7) 23,3% | (n=17) 56,7% | |
| Pão | | | (n=5) 16,7% | (n=15) 50% | (n=10) 33,4% |
| Pão escuro (com sementes, de mistura, integral) | (n=20) 66,6% | | (n=4) 13,3% | (n=4) 13,3% | (n=2) 6,7% |
| Cereais de pequeno-almoço | (n=3) 10% | | (n=4) 13,3% | (n=23) 76,7% | |

| Alimentos | Frequência | | | | |
|---|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Sopa de legumes/ hortaliça | (n=1) 3,3% | | (n=10) 33,3% | (n=17) 56,7% | (n=2) 6,7% |
| Hortícolas (excluindo batatas e leguminosas) | | | (n=15) 50% | (n=6) 20% | (n=9) 30% |
| Fruta fresca | (n=4) 13,3% | (n=9) 30% | (n=4) 13,3% | (n=5) 16,7% | (n=8) 26,7% |
| Sumo de Fruta 100% | (n=19) 63,3% | (n=8) 26,7% | (n=3) 10% | | |
| Refrigerantes / chás açucarados | | | (n=3) 10% | (n=11) 36,7% | (n=16) 53,3% |
| Refrigerantes diet ou light | (n=4) 13,3% | (n=19) 63,3% | (n=2) 6,7% | (n=5) 16,7% | |
| Batata frita de pacote, snacks, pipocas ou aperitivos salgados | | (n=2) 6,7% | (n=3) 10% | (n=6) 20% | (n=19) 63,3% |
| Rebuçados gomas ou chocolates | | (n=3) 10% | (n=3) 10% | (n=15) 50% | (n=9) 30% |
| Biscoitos/bolachas doces, bolos, donuts | (n=1) 3,3% | (n=3) 10% | (n=4) 13,3% | (n=12) 40% | (n=10) 33,4% |
| Fast-food | (n=2) 6,7% | (n=6) 20% | (n=15) 50% | (n=7) 23,3% | |
| Água | (n=1) 3,3% | | | | (n=29) 96,7% |

APÊNDICE IX – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL SEGUNDO PREFERÊNCIAS ALIMENTARES

| Alimentos | Preferências | | |
|---|---------------------|-------------------------------|------------------|
| | Gosto muito | Gosto assim- assim | Não gosto |
| Arroz | 83,3% (n=25) | 16,7% (n=5) | |
| Massas | 73,3% (n=22) | 26,7% (n=8) | |
| Pão (simples ou misturado com outras coisas) | 86,7% (n=26) | 13,3% (n=4) | |
| Vegetais que se comem geralmente cozinhados | 50% (n=15) | 40% (n=12) | 10% (n=3) |
| Leite simples, sem nada misturado | 6,7% (n=2) | 13,3% (n=4) | 80% (n=24) |
| Alimentos fritos: douradinhos, rissóis, croquetes, filetes | 93,3% (n=28) | 6,7% (n=2) | |
| Queijo fresco | 16,7% (n=5) | 50% (n=15) | 33,3% (n=10) |
| Cereais matinais doces ou de chocolate | 90% (n=27) | 10% (n=3) | |
| Maçã | 66,7% (n=20) | 33,3% (n=10) | |
| Peixe | 13,3% (n=4) | 83,3% (n=25) | 3,3% (n=1) |
| Frango ou peru assado, cozido | 93,3% (n=28) | 6,7% (n=2) | |
| Batatas fritas | 100% (n=30) | | |
| Batatas cozidas ou puré de batata | 86,7% (n=26) | 13,3% (n=4) | |
| Sopa | 46,7% (n=14) | 50% (n=15) | 3,3% (n=1) |
| Cereais que não sejam doces | 33,3% (n=10) | 66,7% (n=20) | |
| Queijos que não o queijo fresco | 33,3% (n=10) | 60% (n=18) | 6,7% (n=2) |
| Leite com chocolate ou com outros sabores, por ex: a morango | 86,7% (n=26) | 13,3% (n=4) | |
| Sumo de laranja natural | 70% (n=21) | 30% (n=9) | |
| Atum | 6,7% (n=2) | 90% (n=27) | 3,3% (n=1) |
| Gelados | 93,3% (n=28) | 6,7% (n=2) | |
| Feijões, grão | 3,3% (n=1) | 90% (n=27) | 6,7% (n=2) |
| Chocolate | 93,3% (n=28) | 6,7% (n=2) | |

| Alimentos | Preferências | | |
|---|--------------|-----------------------|------------|
| | Gosto muito | Gosto assim- assim | Não gosto |
| Coca-cola e outros refrigerantes | 96,7(n=29) | 3,3%(n=1) | |
| Iogurtes | 83,4%(n=25) | 13,3%(n=4) | 3,3%(n=1) |
| Vegetais que se comem geralmente crus: alface, cenoura, cebola, tomate | 10%(n=3) | 66,7%(n=20) | 23,3%(n=7) |
| Banana | 16,7%(n=5) | 83,4%(n=25) | |
| Fruta em calda | 26,7(n=8) | 33,3%(n=10) | 40%(n=12) |
| Carne | 60%(n=18) | 40%(n=12) | |
| Ovos cozidos, estrelados mexidos | 66,7%(n=20) | 30%(n=9) | 3,3%(n=1) |
| Bolachas, donuts, bolos | 100%(n=30) | | |
| Gomas | 100%(n=30) | | |
| Pizza | 100%(n=30) | | |

APÊNDICE X – PLANO DE SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

“O combate da obesidade infanto-juvenil num concelho do Alentejo Central, um desafio em tempos pandémicos”

Plano da Sessão de Educação para a Saúde: “Alimentação saudável e exercício físico – os inseparáveis”

| “Alimentação saudável e exercício físico – os inseparáveis” | | |
|---|---|-----------------------|
| População-alvo: Crianças referenciadas pelo programa fitescolas | Duração: 30minutos | Data: |
| Local: Escola pertencente ao agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo central | Horário: 10h00 – 10h30 / 14h00-14h30 | 13 de Outubro de 2021 |
| Formadora: Aluna Mestranda: Carla Aparecido | | |
| Participantes: Enfermeira Supervisora; Nutricionista | | |
| Objetivo Geral: No final da sessão as crianças referenciadas pelo programa fitescolas sejam capazes de categorizar os alimentos, tendo por base a escolha mais saudável; reconheçam três benefícios da prática regular de exercício físico | | |
| Objetivos Especificos: | | |
| <ul style="list-style-type: none">• Fomentar a aquisição de conhecimentos sobre uma alimentação saudável;• Fomentar a aquisição de conhecimentos sobre a prática de exercício físico regular;• Incentivar a prática de uma alimentação saudável e exercício físico regular; | | |

| Etapas | Conteúdos | Estratégias | | | Tempo | |
|------------------------|--|------------------------------|--|-----------------|-------------|------------|
| | | Métodos e técnicas de ensino | Meios auxiliares de ensino | Formador | | Avaliação |
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da preletora; - Exposição da sessão a realizar e pertinência - Definição dos objetivos | Expositivo | | | Diagnóstica | 5 minutos |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> - Abordar a importância de uma alimentação saudável e prática de exercício físico; - Identificar as principais consequências de uma má alimentação e ausência de exercício físico - Incentivar a prática de exercício físico e de uma alimentação saudável | Expositivo Interrogativo | Computador Projetor Tela Branca Microsoft Office(<i>PowerPoint</i>) | Carla Aparecido | Formativa | 20 minutos |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> - Síntese de aspetos importantes da sessão; - Questões e esclarecimento de dúvidas; - Entrega de questionários para avaliação da sessão; - Conclusão da sessão. | Expositivo Interrogativo | Computador Projetor Tela Branca Microsoft Office(<i>PowerPoint</i>) Questionários Canetas | | Sumativa | 5 minutos |

Plano da Sessão de Educação para a Saúde “O que se esconde por detrás do bom sabor”

| “O que se esconde por detrás do bom sabor” | | |
|---|---|---------------------------------------|
| População-alvo: Crianças referenciadas pelo programa fitescolas | Duração: 30minutos | Data: 20 de Outubro de 2021 |
| Local: Escola pertencente ao agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo central | Horário: 10h00 – 10h30 / 14h00-14h30 | |
| Formadora: Aluna Mestranda: Carla Aparecido | | |
| Participantes: Enfermeira Supervisora; Nutricionista | | |
| Objetivo Geral: No final da sessão as crianças referenciadas pelo programa fitescolas sejam capazes de identificar escolhas alimentares saudáveis | | |
| Objetivos Específicos: <ul style="list-style-type: none">• Identificar a quantidade de açúcar e gordura contidos nos alimentos “ a evitar” que fazem parte das suas preferências alimentares;• Identificar alternativas á ingestão de alimentos “ a evitar” | | |

| Etapas | Conteúdos | Estratégias | | | Tempo | |
|------------------------|---|------------------------------|---|-----------------|-------------|------------|
| | | Métodos e técnicas de ensino | Meios auxiliares de ensino | Formador | | Avaliação |
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da preletora; - Exposição da sessão a realizar e pertinência - Definição dos objetivos | Expositivo | | | Diagnóstica | 5 minutos |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> - Abordar a quantidade de açúcar contida nos refrigerantes; - Abordar a quantidade de gordura contida nos snacks/lanches que fazem parte das preferências alimentares destas crianças; - Identificar alternativas aos alimentos “a evitar”, com alimentos saudáveis | Expositivo Interrogativo | Computador Projetor Tela Branca Microsoft Office(PowerPoint) | Carla Aparecido | Formativa | 20 minutos |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> - Síntese de aspetos importantes da sessão; - Questões e esclarecimento de dúvidas; - Entrega de questionários para avaliação da sessão; - Conclusão da sessão. | Expositivo Interrogativo | Computador Projetor Tela Branca Microsoft Office(PowerPoint) Questionários Canetas | | Sumativa | 5 minutos |

Plano das Sessões de Culinária do “Nutriclube”

| “Sessões de culinária – “Nutriclube” | | |
|--|--|--|
| População-alvo: Crianças referenciadas pelo programa fitescolas | Duração: 45 minutos | Data: 27 de Out. de 2021 3,10,17,24 de Nov.2021 12 de Dez.2021 |
| Local: Escola pertencente ao agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo central | Horário: 10h00 – 10h345 / 14h00-14h45 | |
| Formadora: Aluna Mestranda: Carla Aparecido | | |
| Participantes: Enfermeira Supervisora; Nutricionista | | |
| Objetivo Geral: No final da sessão as crianças referenciadas pelo programa fitescolas sejam capazes de identificar escolhas alimentares saudáveis | | |
| Objetivos Especificos: <ul style="list-style-type: none">• Identificar e capacitar os alunos a obter alternativas á ingestão de alimentos “ a evitar” | | |

| Etapas | Conteúdos | Estratégias | | | Tempo | |
|------------------------|--|-----------------------------------|---|-----------------|-------------|------------|
| | | Métodos e técnicas de ensino | Meios auxiliares de ensino | Formador | | Avaliação |
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da preletora; - Exposição da sessão a realizar e pertinência - Definição dos objetivos | Expositivo | Computador Projetor Tela Branca Microsoft Office(PowerPoint) | Carla Aparecido | Diagnóstica | 5 minutos |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> - Abordar as características benéficas dos alimentos a confeccionar; - Identificar os alimentos que se devem eliminar e ter como alternativa os confeccionados - Confeccionar a receita proposta | Expositivo Interrogativo ativo | <i>Material de cozinha</i> <i>Ingredientes inerentes á receita</i> | | Formativa | 20 minutos |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> - Síntese de aspetos importantes da sessão; - Questões e esclarecimento de dúvidas; - Conclusão da sessão. | Expositivo Interrogativo | Computador Projetor Tela Branca Microsoft Office(PowerPoint) Questionários Canetas | | Sumativa | 5 minutos |

“O combate da obesidade infanto-juvenil num concelho do Alentejo Central, um desafio em tempos pandémicos”

**APÊNDICE XI – POWERPOINT DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
“ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E EXERCÍCIO FÍSICO – OS INSEPARÁVEIS”**

UCC Monte Mor
MONTEHOR | O | NOVO
UNIVERSIDADE DE EVORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
RUA DO COLÓQUIO

“ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E EXERCÍCIO FÍSICO - OS INSEPARÁVEIS-”

Orientadora: [Redacted]
Enfermeira percetora: [Redacted]
Aluna Mestranda: Enf.ª Carla Aparecido

01
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- A alimentação é fundamental para o desenvolvimento do ser humano pois é a partir da alimentação que se obtém energia para o funcionamento do nosso organismo.
- Alimentação Saudável é uma alimentação composta de proteínas, carbonatos, gorduras, fibras, cálcio e outros minerais, como também rica em vitaminas. É uma alimentação variada, que tem todos os tipos de alimentos, sem abusar e sem restrições.
- Uma das consequências da alimentação não saudável é a **Obesidade**.



The infographic features a central white box with a black border on a yellow background. To the left is a red circular graphic with a grid of yellow 'WOW!' speech bubbles. The central box contains four sections: 1. 'OBESIDADE' with an illustration of a person eating a burger. 2. 'DISTURBIOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR' with a collage of people eating. 3. 'PROBLEMAS NOS DENTES - CÁRIES' with a photo of a child's teeth. 4. 'DOENÇAS CRÓNICAS' with an illustration of a heart and a person, and the text 'Ex. DIABETES, PROBLEMAS CARDÍACOS'.

OBESIDADE

DISTURBIOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

PROBLEMAS NOS DENTES - CÁRIES

DOENÇAS CRÓNICAS
Ex. DIABETES, PROBLEMAS CARDÍACOS



TER UMA ALIMENTAÇÃO MAIS SAUDÁVEL É... SABER ESCOLHER

ESCOLHA MAIS DESTES ALIMENTOS E BEBIDAS

HORTÍCOLAS FRUTA CEREAIS INTEGRAIS PEIXE, CARNES MAGRAS E OVOS LEGUMINOSAS ÁGUA

EVITE ESTES ALIMENTOS E BEBIDAS

SAL: sal e produtos salgados
 ALIMENTOS PROCESSADOS: carne processada, cereais de pequeno-almoço açucarados, bolachas, snacks, ...
 GORDURA TRANS: presente na margarina, produtos de pastelaria, snacks salgados, ...
 BEBIDAS AÇUCARADAS: refrigerantes, néctares de fruta
 ALCOOL

#maisFruta&Hortícolas #maisCereaisIntegrais #asmelhoresGorduras #maisÁgua

Fonte: nutrimento.pt

01 MAIS FRUTA & HORTÍCOLAS

FRUTA **HORTÍCOLAS**

3 POR DIA 3 POR DIA

FUNÇÃO
 Fornecedores de fibra, minerais, vitaminas, antioxidantes e água
 Prefira os da época e de produção nacional

*Sumos 100% de fruta devem ser limitados - não mais do que 1 porção por dia (1 porção = 120-150 ml)

PEQUENO-ALMOÇO ALMOÇO JANTAR

Sopa no início das refeições principais e 3 peças de fruta por dia é o suficiente para garantir os 400g de fruta e hortícolas

Fonte: nutrimento.pt



02 MAIS CEREAIS INTEGRAIS

COMA MAIS **COMA MENOS**

CEREAIS INTEGRAIS
 3 PORÇÕES POR DIA
 Em substituição dos cereais refinados pelo seu elevado teor de fibra

Preferir pão escuro ou de mistura é uma boa estratégia para aumentar o consumo de cereais integrais

Fonte: nutrimento.pt

03 ESCOLHA BEM AS GORDURAS

GORDURAS INSATURADAS

 **PESCADO** 
2 ou mais vezes por semana, em particular peixe gordo (100g de cada vez)

FRUTOS OLEAGINOSOS E SEMENTES 
4 porções por semana (30g)

GORDURAS SATURADAS

 **CARNES PROCESSADAS** 
não mais do que 1 vez por semana (50g)

GORDURAS TRANS

 **CARNES VERMELHAS** 
não mais do que 1 a 2 vezes por semana (100g)

Fonte: nutrimto.pt

04 MAIS LEGUMINOSAS

Adicione leguminosas na sopa em vez de batata

Prepare algumas refeições com ervilhas, feijão ou grão

1 PORÇÃO POR DIA
(25g em cru – 3 colheres de sopa em cozinhado (80g))

São uma boa fonte de fibra e de vitaminas e minerais como vitaminas do complexo B. Têm também um valor apreciável de proteínas

Fonte: nutrimto.pt

05 MAIS ÁGUA

BEBA ÁGUA 

BEBER ÁGUA EM VEZ DE BEBIDAS AÇUCARADAS

8 A 10 POR DIA

A população portuguesa bebe em média **menos de 1 litro de água por dia**

CONSUMO DE BEBIDAS AÇUCARADAS PELA POPULAÇÃO PORTUGUESA

 **São os alimentos que mais contribuem para a ingestão diária de açúcares adicionados**

 **2 em cada 10 adultos bebe pelo menos 1 ou mais refrigerantes ou néctares todos os dias**

Fonte: nutrimto.pt

06 MENOS SAL

COMO?
Cozinhe com menos sal!
Substitua o sal por ervas aromáticas e especiarias e adicione hortícolas e leguminosas, pois dão cor e sabor aos seus cozinhados

Evite o consumo de **alimentos processados e refeições pré-preparadas**

BAIXO TEOR DE SAL
≤ 0,3g de sal por 100g ou 100ml

< 5g POR DIA
= 1 colher de chá

Leia os rótulos antes de comprar e prefira alimentos com teor reduzido de sal



Fonte: nutrimeto.pt

07 ESCOLHA BEM OS ALIMENTOS NAS MERENDAS EVITE O "LIXO ALIMENTAR"

Deixe estes produtos para os **dias de festa**, assim também está a poupar nas suas compras

Calorias

Valor Nutricional



Fonte: nutrimeto.pt

08 ESCOLHA BEM OS ALIMENTOS AO ALMOÇO E AO JANTAR

PREFIRA OS MÉTODOS DE CONFEÇÃO SAUDÁVEIS

Evite os fritos

Prefira os pratos de panela, pois têm menos gordura e preservam os nutrientes dos alimentos

Inicie a refeição com **sopa de legumes**

Beba água à refeição

1/4 do prato com uma fonte de **cereais e derivados, tubérculos ou leguminosas**

Termine a refeição com **uma peça de fruta**

1/4 do prato com **carne, pescado ou ovos**

Metade do prato com **hortícolas**



Fonte: nutrimeto.pt

09 APRENDA A DESCODIFICAR OS RÓTULOS

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS

| Nutrientes a consumir em menor quantidade | ALIMENTOS POR 100G | | | | BEBIDAS POR 100ML | | | |
|---|-----------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|
| | GORDURA (lipídios) | GORDURA SATURADA | AÇÚCARES | SAL | GORDURA (lipídios) | GORDURA SATURADA | AÇÚCARES | SAL |
| GORDURA | ALTO mais de 17,5g | ALTO mais de 5g | ALTO mais de 22,5g | ALTO mais de 1,5g | ALTO mais de 8,75g | ALTO mais de 2,5g | ALTO mais de 11,25g | ALTO mais de 0,75g |
| GORDURA SATURADA | MÉDIO entre 3 e 17,5g | MÉDIO entre 1,5 e 5g | MÉDIO entre 5 e 22,5g | MÉDIO entre 0,3 e 1,5g | MÉDIO entre 1,5 e 8,75g | MÉDIO entre 0,75 e 2,5g | MÉDIO entre 2,5 e 11,25g | MÉDIO entre 0,3 e 0,75g |
| SAL (SÓDIO) | BAIXO 3g ou menos | BAIXO 1,5g ou menos | BAIXO 5g ou menos | BAIXO 0,3g ou menos | BAIXO 1,5g ou menos | BAIXO 0,75g ou menos | BAIXO 2,5g ou menos | BAIXO 0,3g ou menos |
| AÇÚCAR | | | | | | | | |

Fonte: nutrimto.pt

10 CONTROLE O TAMANHO DAS SUAS PORÇÕES

As porções de alimentos que nos são servidas estão **cada vez maiores**.



| | | | |
|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| 153 g 277 kcal | 245 g 443 kcal | 366 g 662 kcal | 587 g 1062 kcal |
|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|

REDUZIR O TAMANHO DO SEU PRATO/TIGELA PODE AJUDÁ-LO A COMER PORÇÕES MENORES

Fonte: nutrimto.pt

02 PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO

EXERCÍCIO FÍSICO

Benefícios

- Reduzir o peso que tens a mais;
- Evitar problemas de saúde;
- Fortalecer os músculos, ossos e articulações;
- Promove a interação com os colegas;
- Diminui o isolamento



EXERCÍCIO FÍSICO

É importante que...



Pratiquem atividade física de intensidade vigorosa a moderada intensidade 60 minutos por dia

EXERCÍCIO FÍSICO

Onde?



EXERCÍCIO FÍSICO

Com quem?



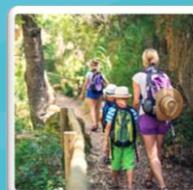
EXERCÍCIO FÍSICO

Atividades que não nos fazem gastar energia...



EXERCÍCIO FÍSICO

Atividades que não nos fazem gastar alguma energia...



EXERCÍCIO FÍSICO

Atividades que não nos fazem gastar muita energia...



EXERCÍCIO FÍSICO

Não existem desculpas para ficares “parado”!!!

Mexe-te, torna a tua vida mais saudável com a prática regular de exercício físico e seguindo uma alimentação saudável!

Eu vou seguir estes conselhos e tu?

Obrigado



APÊNDICE XII – POWERPOINT DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “O QUE SE ESCONDE POR DETRÁS DO BOM SABOR”

The cover features a vibrant design with a red and yellow background. At the top left, there are logos for UCC Monte Mor, the Municipality of Montemor-o-Novo, and the University of Évora. The main title is presented in a white speech bubble. Below it, a light blue box contains the names of the supervisor, the reporting nurse, and the student. The table of contents is displayed in a white box with a blue background, and the first section, '01 BEBIDAS', is highlighted in a white cloud on a red background with yellow stars.

UCC Monte Mor
MONTE MOR | O NOVO município
UNIVERSIDADE DE ÉVORA
CENTRO DE SAÚDE DE EVORA

“O QUE SE ESCONDE POR DETRÁS DO BOM SABOR”
SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Orientadora: [REDACTED]
Enfemeira perceptor(a): [REDACTED]
Aluna Mestranda: Enf.ª Carla Aparecido

ÍNDICE

| | |
|----------------------------|--|
| 01 BEBIDAS | 02 LANCHES |
| 03 SABIAS QUE... | 04 CONSEQUÊNCIAS DE UMA MÁ ALIMENTAÇÃO |

01
BEBIDAS



O QUE ESTÁ POR DETRÁS DO BOM SABOR?

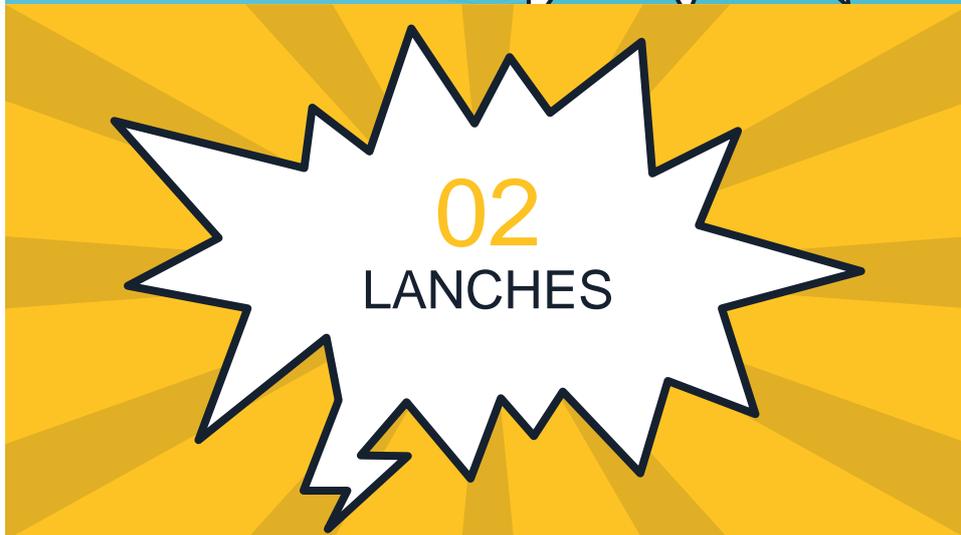


O QUE ESTÁ POR DETRÁS DO BOM SABOR?



O QUE ESTÁ POR DETRÁS DO BOM SABOR?





O QUE ESTÁ POR DETRÁS DO BOM SABOR?

1 x

+

O QUE ESTÁ POR DETRÁS DO BOM SABOR?

1 x

+

O QUE ESTÁ POR DETRÁS DO BOM SABOR?

3 x

+

O QUE ESTÁ POR DETRÁS DO BOM SABOR?

2 x

+

O QUE ESTÁ POR DETRÁS DO BOM SABOR?

3 x

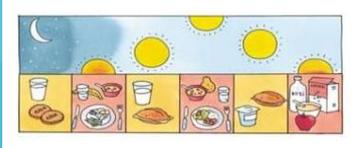
+

O QUE ESTÁ POR DETRÁS DO BOM SABOR?



1 x

Apenas devemos ingerir o equivalente 25g de açúcar ao longo de todo o dia?



Se beberes uma lata de coca-cola , por exemplo, excedes o que deves consumir no dia inteiro, só com a coca-cola!



03
Sabias que...

The infographic features two identical rocket launchers, each with a yellow nose cone, red fins, and a white plume of smoke. The rockets are positioned vertically in the center of the page. To the left of each rocket is a text box with a white background and a black border, containing a question in Portuguese. To the right of each rocket is another text box with a white background and a black border, containing an answer. Below each text box is a small image: a grid of food icons on the left and a specific food item on the right. The background is a light blue gradient with a subtle pattern of white stars and clouds.

Top Rocket:

Left text box: Apenas devemos ingerir o equivalente 25g de açúcar ao longo de todo o dia?

Right text box: Se beberes uma lata de coca-cola , por exemplo, excedes o que deves consumir no dia inteiro, só com a coca-cola!

Bottom Rocket:

Left text box: Apenas devemos ingerir 1 a 3 porções do grupo das gorduras e óleos longo de todo o dia?

Right text box: Se comeres napolitana, por exemplo, excedes o que deves consumir no dia inteiro, só com a napolitana



APÊNDICE XIII –“FOLHETO INFORMATIVO “OBESIDADE INFANTO-JUVENIL,
JUNTOS PODEMOS MUDAR!”

► Criança/jovem obesa—Riscos

Aumento do risco de:

- Doenças respiratórias; cardiovasculares e ortopédicas
- Diabetes Mellitus;
- Hipertensão arterial.

A obesidade leva a....

- Diminuição da autoestima;
- Dificuldade no relacionamento com os amigos;
- Isolamento;
- Diminuição da qualidade de vida



Contribua para que o seu filho tenha uma vida ativa e saudável!!!

5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Professora Orientadora: Isaura Serra
Enfermeira Orientadora: Maria Fátima Santos
Nutricionista da UCC: Drª Dina Sardinha

Mestranda: Carla Aparecido, nº 48220



Obesidade Infanto-juvenil



Juntos podemos mudar!

Obesidade Infanto-Juvenil

- O excesso de peso e a obesidade são definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma acumulação anormal ou excessiva de gordura corporal que pode afetar a saúde do indivíduo.

- É uma doença crónica e complexa, com uma prevalência crescente em todo o mundo e considerada pela Organização Mundial de Saúde como a epidemia global do século XXI.

- Quando surge na infância, este grave problema de saúde, vulgarmente persiste e acompanha a criança até à idade adulta.

PREVENIR A OBESIDADE, COMO?

Alimentação Saudável

- Começar o dia com um pequeno-almoço rico e equilibrado;
- Aumentar o consumo de fruta, peixe, vegetais e laticínios;
- Evitar os consumos de doces, snacks salgados, refrigerantes (reduzir o consumo 1x por semana);



Prática de exercício físico regular

- Aderir às aulas de educação física;
- Correr;
- Andar de bicicleta;
- Salta à corda;
- Caminhar;
- Dançar;
- Nadar...



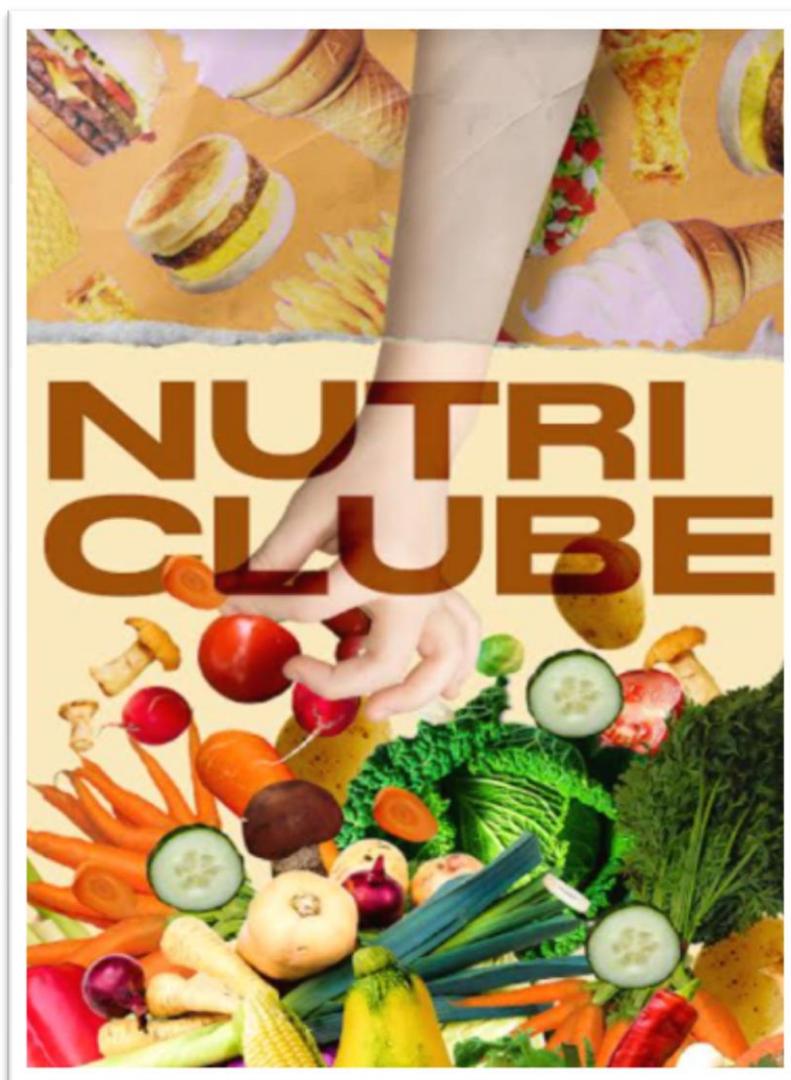
PREVENIR A OBESIDADE, COMO?

Reduza o tempo de exposição do seu filho na televisão, e computador, porque...

- Há uma redução da atividade física;
- Está associado o consumo de alimentos enquanto as crianças/jovens estão expostos a estas atividades;
- Muitas mensagens publicitárias estão desadequadas e, encorajam a ingestão de alimentos obesogénicos

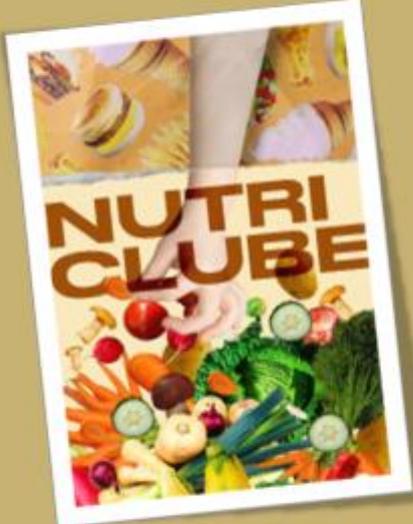


APÊNDICE XIV – LOGOTIPO “NUTRICLUBE”



APÊNDICE XV – LIVRO DE RECEITAS

LIVRO DE RECEITAS



Aluna Mestranda: Enf.ª Carla Aparecido
Orientadora: Professora Inaui Serra
Enfermeira perceptor: Enf.ª Játima Santos



BOLO DE LARANJA

Ingredientes:

- 4 ovos
- 2 laranjas
- 2 chávenas de farinha de aveia (160gr)
- 1 colher de chá de fermento
- 2 colheres de sopa de mel

Modo de Preparação:

- Pré aqueça o forno a 180º
- Separe as gemas das claras e bata as em castelo
- Junte o sumo de duas laranjas e o mel às gemas. Misture tudo.
- Misture as farinhas com o fermento e adicione raspas de laranja
- Junte à mistura das gemas e misture bem
- Envolve as claras em castelo na massa levemente
- Se a massa estiver muito espessa pode juntar um pouco de água morna
- Leve ao forno entre 20 a 30 min. até estar bem cozido por dentro



Preferes doces feitos por ti
#comersaudável

NOTAS:

HÚMUS DE MANJERICÃO

Ingredientes:

- 540g grão de bico cozido escorrido
- Água q.b para demolhar
- 30g pasta de sésamo ½ limão só sumo
- ½ dente de alho
- 10g azeite virgem extra
- ½ c. Chá de sal marinho
- ½ c. Chá cominhos em pó
- ½ c. Chá paprika
- 10g manjeriçã

Modo de Preparação:

- Pese o grão; lave-o abundantemente debaixo da torneira, retire as peles e escorra.
- Coloque no copo do liquefactor o grão, pasta de sementes de sésamo, 20g de sumo de limão, alho, azeite, sal, cominhos e paprika e o majericão.
- Acrescente água até a pasta ficar homogénea, coloque numa taça e sirva com fio de azeite.

NOTAS:

Prefere snacks feitos por ti
#comersaudável



BOLACHAS DE GENGIBRE E CANELA

Ingredientes:

- 880g de farinha de aveia
- 240g de amêndoas ou avelãs
- 600g de tâmaras sem caroço
- 180ml de óleo de coco ou azeite virgem
- 320ml de bebida vegetal
- 1 pacote pequeno de gengibre em pó
- 1 lata pequena de fermento

*Receita para 130 bolachas

NOTAS:

Prefere doces feitos por ti
#comersaudável



CREPES VERDES COM ATUM

Ingredientes:

- 1Kg de farinha tipo 65
- 12 ovos
- 1L leite meio gordo
- 400g espinafres em folha
- 8 latas de atum em azeite

Modo de Preparação:

- Lavar os espinafres com água corrente e deixar secar. Abrir as latas de atum e escorrer o azeite de seguida reservar.
- Na liquidificadora juntar os restantes ingredientes e misturar. Quando a mistura estiver homogénea, juntar os espinafres e o atum.
- Aquecer uma frigideira de preferência antiaderente e deitar a massa, na medida de uma concha de sopa.

*Receita para 32 crepes

Usa estes crepes ao lanche ou como refeição ligeira

#comersaudável

NOTAS:



BARRITAS DE GRANOLA

Ingredientes:

- 225g de amêndoa com pele
- 280g de flocos de aveia grossos
- 60g de caju
- 60g de coco ralado
- 500g de tâmaras medjool sem caroço ou figo seco
- 240g de água
- 100g de sultanas
- 100g de arandos secos
- 60g de sementes de abóbora
- 30g de bagas de goji
- 2 colheres de chá de canela em pó
- 1 colher de gengibre em pó
- 1 colher de chá de noz moscada moída
- 1 pitada de cravinho em pó
- 1 colher de chá de extracto de baunilha



BARRITAS DE GRANOLA



Preparação:

- Pré-aquecer o forno a 160ºc
- Forrar o tabuleiro com papel vegetal
- Colocar na trituradora a amêndoa, a aveia e o caju, picar durante 10s.
- Adicionar o coco e envolver com ajuda de uma espátula. Reservar.
- No copo da misturadora colocar as tâmaras e água e triturar 35s, juntar ao preparado anterior, juntar os restantes ingredientes e misturar.
- Espalhar uniformemente a mistura sobre o tabuleiro, calcar bem para obter uma camada uniforme e levar ao forno a 160º cerca de 60m.
- Retirar do forno ainda quente e cortar em quadrados pequenos, deixar arrefecer por completo no tabuleiro.
- Pode reservar um recipiente com tampa ou num recipiente hermético por 7 dias.

Leva contigo uma barra para a escola ou antes de praticares desporto

#comersaudável

NOTAS:

ÁGUA AROMATIZADA DE ROMÃ



Ingredientes:

- 1L de água
- 50g de romã

Modo de Preparação:

- Esprema o sumo da romã para a água, misture e sirva

Substitui refrigerantes por águas aromatizadas

#comersaudável

NOTAS:

ÁGUA AROMATIZADA DE HORTELÃ E LIMÃO

Ingredientes:

- 1L de água
- 1 limão
- 1 lima
- Folhas de hortelã

Modo de Preparação:

- Colocar a água num jarro. Adicionar o limão e a lima cortados às rodelas.
- Adicionar folhas de hortelã
- Juntar cubos de gelo e servir coado



Substitui refrigerantes por águas aromatizadas

#comersaudável

NOTAS:

ÁGUA AROMATIZADA DE ABACAXI

Ingredientes:

- 1,5L de água
- 3 rodelas de abacaxi
- 1 colher de sobremesa de gengibre ralado
- Hortelã a gosto

Modo de Preparação:

- Fatie as rodelas de abacaxi em pedaços pequenos.
- Misture todos os ingredientes à água. Seus sabores vão aos poucos difundindo com o da água.
- Feito isso, é só colocar em uma jarra bonita com gelo e servir



Substitui refrigerantes por águas aromatizadas

#comersaudável

NOTAS:

APÊNDICE XVI – PROPOSTA DE ATIVIDADE AO CONSELHO PEDAGÓGICO

Projeto “O combate da obesidade infato-juvenil, um desafio em tempos pandémicos”

Integrado na UCC MonteMor,

Enfermeira Coordenadora Fátima Santos

Nutricionista Dr.ª Dina Sardinha

Exma. Coordenadora do Agrupamento de Escolas de Montemor-o-Novo

Exmos senhores, venho pelo presente ofício, com conhecimento da Professora Alice Gomes, efetuar uma proposta e, requerer a vossa autorização, das atividades inseridas no projeto de mestrado, “O combate da obesidade infanto-juvenil, um desafio em tempos pandémicos”.

Objetivos Gerais:

- Contribuir para a promoção de hábitos alimentares saudáveis dos alunos da Escola Secundária de Montemor-o-Novo;
- Proporcionar o cumprimento das indicações contidas no despacho [Despacho n.º 8127/2021 - DRE](#)

Local: Bar da escola

População: Todos os alunos interessados na atividade aberta

Duração da atividade: 16h15 às 16h30

Custos: A cargo de quem promove as atividades, sem custos imputados ao agrupamento de escolas

| <u>Dia</u> | <u>Atividade</u> | <u>Objetivos</u> |
|------------|---|---|
| 27/10/2021 | Prova de águas aromatizadas, sem adição de açúcar + oferta de receita | Reduzir e oferecer alternativas saudáveis ao consumo de refrigerantes e bebidas energéticas |
| 3/11/2021 | Prova de hummus + oferta de receita | Promover uma alternativa saudável aos consumos dos produtos contidos nas alíneas a), b), c), d), e) do artigo nº3 do decreto de lei acima referido. |
| 10/11/2021 | Jogo das “gorduras escondidas” | Promover uma maior consciencialização da quantidade de gordura contida em diversos alimentos e conduzir a uma redução do consumo desses mesmos produtos (exemplo: croissants, folhados salgados, empadas, entre outros) |
| 17/11/2021 | Showcooking de crepes verdes + degustação + oferta de receita | Promover uma alternativa de lanche ou refeição saudável |
| 24/11/2021 | Prova de barritas de cereais caseiras + oferta de receita | Promover lanches saudáveis; Reduzir o consumo de barritas de cereais comerciais, snacks doces ou salgados |
| 15/12/2021 | Showcooking de bolachas de gengibre (com formas alusivas ao natal) + degustação + oferta de receita | Com a aproximação da época festiva do Natal pretende-se: Oferecer uma alternativa ao elevado consumo de doces, associado a esta época festiva; Oferecer ideia de presente nesta época festiva, promovendo degustação aos familiares |

APÊNDICE XVII – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

| | 2021 | | | | | | | 2022 | | | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | Maio | Jun. | Jul. | Ago. | Set. | Out. | Nov. | Dez | Jan. | Fev. | Mar. | Abr. | Maio | Jun. | Jul. |
| Realização do Diagnóstico de Saúde | | | | | | | | | | | | | | | |
| Divulgação dos resultados do diagnóstico de situação | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reunião com Enf ^a orientadora do estágio; Dietista da OC/ACES e docente responsável pelo programa fitescolas | | | | | | | | | | | | | | | |
| Envio de pedido de parecer à Diretora Executiva do ACES Alentejo Central | | | | | | | | | | | | | | | |
| Envio de pedido de parecer à comissão de Ética da ARSA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reunião com a Comissão de Ética da ARSA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pedido de parecer á Diretora do Agrupamento de Escolas | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reunião com a docente responsável pelo programa fitescolas | | | | | | | | | | | | | | | |

| | 2021 | | | | | | | 2022 | | | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | Maio | Jun. | Jul. | Ago. | Set. | Out. | Nov. | Dez | Jan. | Fev. | Mar. | Abr. | Maio | Jun. | Jul. |
| Entrega do CILE e questionário ESPIGA aos encarregados de educação | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recolha do CILE e questionário ESPIGA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avaliação das preferências alimentares | | | | | | | | | | | | | | | |
| Divulgação do projeto á população através de entrevista á rádio do município | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entrega de folheto informativo aos encarregados de educação, intitulado: “Obesidade infanto-juvenil, juntos podemos mudar!” | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sessões de Educação para a saúde | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nutriclube – aulas de culinaria e degustação de lanches saudáveis | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avaliação Contínua | | | | | | | | | | | | | | | |

**APÊNDICE XVIII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE TRANSMISSÃO DE
CONHECIMENTOS**

Questionário de avaliação do formando

Sessão de educação para a saúde

“Alimentação saudável e exercício físico – os inseparáveis”

Data / hora: _____

1 - Assinala com um X quais os resultados de uma má alimentação:

- Obesidade;
- Aumento da Concentração
- Doenças crónicas (Exemplo: diabetes)
- Corpo saudável;
- Anorexia;
- Cáries dentárias

2 – Assinala com um X quais as atitudes que devemos ter para seguir uma alimentação saudável:

- Comer poucas vezes ao dia;
- Beber pelo menos 1,5 a 2litros de água por dia;
- Seguir a roda dos alimentos;
- Comer grandes quantidades de cada vez;

- Preferir as frutas e produtos hortícolas em vez de doces e alimentos fritos
- Evitar os alimentos fritos

3 – Assinala as opções corretas:

A prática de exercício físico é importante para:

- Gastar energia;
- Poder comer ainda mais doces;
- Ajudar a perder peso e ganhar resistência;

4 – Assinala com um X quais as atividades deves escolher para que consigas perder peso e aumentar a tua resistência?

- Ver televisão;
- Correr;
- Saltar á corda;
- Jogar videojogos;
- Praticar Natação;
- Andar de bicicleta

Questionário de avaliação do formando

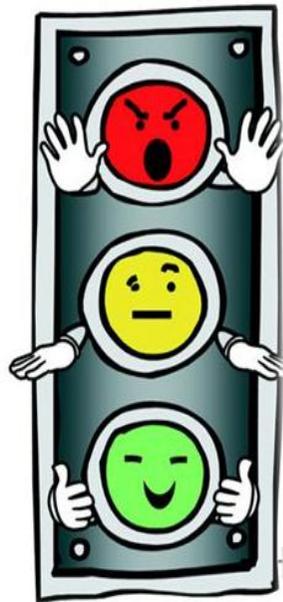
Sessão de educação para a saúde

“O que se esconde por detrás do bom sabor”

Data / hora: _____

1 – Faz corresponder aos sinais do semáforo da alimentação os seguintes alimentos:

- Pão escuro;
- Coca-cola;
- Napolitana;
- Sumo de fruta natural;
- Crepe verde;



2 – Assinala com um X qual/quais as bebidas que devemos beber no nosso dia-a-dia:

- Ice tea;
- Água
- Coca-cola;
- Leite com chocolate

3 – Das imagens assinala quais as opções saudáveis para um lanche:

- Panqueca de pêra;
- Barrita de granola;
- Pão de leite;
- Pão de cereais com queijo;
- Empada de galinha;
- Fruta

4 – Faz um circulo em torno da letra do nutri score que melhor classifica os alimento



“O combate da obesidade infanto-juvenil num concelho do Alentejo Central, um desafio em tempos pandémicos”

APÊNDICE XIX – GRELHA DE AVALIAÇÃO

“O combate da obesidade infanto-juvenil num concelho do Alentejo Central, um desafio em tempos pandémicos”

Grelha de Avaliação - Questionário de avaliação do formando Sessão de educação para a saúde

“Alimentação saudável e exercício físico – os inseparáveis”

| Questões | Número de respostas / opções/ correspondências corretas | Avaliação | Média dos testes (Percentagem total dos 30 testes / 30) |
|---------------|---|------------------------|--|
| 1 | 1 – 5% 2 – 10% 3 – 15% 4 – 20% 5 – 25% | 3 x 20% 27 x 25% | 60% 675% |
| 2 | 1 – 25% | 30 x 25% | 750% |
| 3 | 1 – 6.25% 2- 12.5% 3- 18.75% 4 – 25% | 5 x 18,75% 25 x 25% | 93,75% 625% |
| 4 | 1 – 25% | 30 x 25% | 750% |
| Total: | 100% | | 98,45% |

“O combate da obesidade infanto-juvenil num concelho do Alentejo Central, um desafio em tempos pandémicos”

Grelha de Avaliação - Questionário de avaliação do formando Sessão de educação para a saúde “O que se esconde por detrás do bom sabor”

| Questões | Número de respostas / opções / correspondências corretas | Avaliação | Média dos testes (Percentagem total dos 30 testes / 30) |
|---------------|--|-----------|--|
| 1 | 1 – 5% 2 – 10% 3 – 15% 4 – 20% 5 – 25% | 30-25% | 750% |
| 2 | 1 – 25% | 30 x 25% | 750% |
| 3 | 1 – 6.25% 2- 12.5% 3- 18.75% 4 – 25% | 30 x 25% | 750% |
| 4 | 1 – 25% | 30 x 25% | 750% |
| Total: | 100% | | 100% |

“O combate da obesidade infanto-juvenil num concelho do Alentejo Central, um desafio em tempos pandémicos”

**APÊNDICE XX – AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA ALIMENTAR DAS CRIANÇAS
APÓS IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO (ESPIGA)**

“O combate da obesidade infanto-juvenil num concelho do Alentejo Central, um desafio em tempos

| <u>Alimentos</u> | Frequência | | | | |
|--|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------|
| | Nunca ou raramente | 1x de 15/15dias | 1-3x por semana | 4-7x por semana | Mais de 1x por dia |
| Leite magro ou meio gordo | | | | (n=11) 36,7% | (n=19) 63,3% |
| Leite gordo | (n=25) 83,3% | (n=5) 16,7% | | | |
| Leite aromatizado (achocolatado) | | | (n=20) 66,7% | (n=5) 16,7% | (n=5) 16,7% |
| Bebidas de soja | (n=25) 83,3% | (n=4) 13,3% | (n=1) 3,3% | | |
| Iogurte | | | (n=1) 3,3% | (n=9) 30% | (n=20) 66,7% |
| Sobremesas lácteas ou outros produtos lácteos (pudins, queijinhos, petit-suisse) | (n=2) 6,7% | (n=15) 50% | (n=4) 13,3% | (n=9) 30% | |
| Gelados | | (n=21) 70% | (n=7) 23,3% | (n=2) 6,7% | |
| Queijo fresco, requeijão ou queijo magro | (n=5) 16,7% | (n=15) 50% | (n=10) 33,3% | | |
| Queijo gordo (Serpa, nisa, Serra, amanteigado) | (n=15) 50% | (n=15) 50% | | | |
| Enchidos | (n=12) 40% | (n=13) 43,3% | (n=5) 16,7% | | |
| Carne | (n=1) 3,3% | | (n=7) 23,3% | (n=17) 56,7% | (n=5) 16,7% |
| Peixe | (n=2) 6,7% | | (n=7) 23,3% | (n=20) 66,7% | (n=1) 3,3% |
| Ovos | | (n=7) 23,3% | (n=20) 66,6% | (n=3) 10% | |
| Manteiga / margarina | (n=9) 30% | | (n=2) 6,7% | (n=16) 53,3% | (n=3) 10% |
| Azeite | (n=5) 16,7% | (n=1) 3,3% | (n=7) 23,3% | (n=17) 56,7% | |
| Pão | | | (n=2) 6,7% | (n=13) 43,3% | (n=15) 50% |
| Pão escuro (com sementes, de mistura, integral) | | | (n=2) 6,7% | (n=22) 73,3% | (n=6) 20% |

“O combate da obesidade infanto-juvenil num concelho do Alentejo Central, um desafio em tempos pandémicos”

| <u>Alimentos</u> | Frequência | | | | |
|---|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Cereais de pequeno-almoço | | | (n=7) 23,3% | (n=23) 76,7% | |
| Sopa de legumes/ hortalíça | | | (n=11) 36,7% | (n=9) 30% | (n=10) 33,3% |
| Hortícolas (excluindo batatas e leguminosas) | | | (n=11) 36,7% | (n=10) 33,3% | (n=9) 30% |
| Fruta fresca | | | (n=1) 3,3% | (n=3) 10% | (n=26) 86,7% |
| Sumo de Fruta 100% | | (n=2) 6,7% | (n=6) 20% | (n=22) 73,3% | |
| Refrigerantes / chás açucarados | | (n=22) 73,3% | | (n=8) 26,7% | |
| Refrigerantes diet ou light | (n=9) 30% | (n=19) 63,3% | (n=2) 6,7% | | |
| Batata frita de pacote, snacks, pipocas ou aperitivos salgados | | (n=23) 76,7% | (n=3) 10% | (n=4) 13,3% | |
| Rebuçados gomas ou chocolates | | (n=22) 73,3% | (n=3) 10% | (n=5) 16,7% | |
| Biscoitos/bolachas doces, bolos, donuts | (n=1) 3,3% | (n=23) 76,7% | (n=1) 3,3% | (n=5) 16,7% | |
| Fast-food | (n=2) 6,7% | (n=22) 73,3% | (n=6) 20% | | |
| Água | | | | | (n=30) 100% |

“O combate da obesidade infanto-juvenil num concelho do Alentejo Central, um desafio em tempos pandémicos”

APÊNDICE XXI - AVALIAÇÃO DAS PREFERÊNCIAS ALIMENTARES DAS CRIANÇAS APÓS IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO (PREFERÊNCIAS ALIMENTARES DE ANDRADE)

| Alimentos | Preferências | | |
|---|--------------|-------------------|--------------|
| | Gosto muito | Gosto assim-assim | Não gosto |
| Arroz | 86,7% (n=26) | 13,3% (n=4) | |
| Massas | 63,3% (n=19) | 36,7% (n=11) | |
| Pão (simples ou misturado com outras coisas) | 90% (n=27) | 10% (n=3) | |
| Vegetais que se comem geralmente cozinhados | 50% (n=15) | 40% (n=12) | 10% (n=3) |
| Leite simples, sem nada misturado | 6,7% (n=2) | 40% (n=12) | 53,3% (n=16) |
| Alimentos fritos: douradinhos, rissóis, croquetes, filetes | 23,3% (n=7) | 76,7% (n=23) | |
| Queijo fresco | 16,7% (n=5) | 66,7% (n=20) | 16,7% (n=5) |
| Cereais matinais doces ou de chocolate | 16,7% (n=5) | 83,3% (n=25) | |
| Maçã | 86,7% (n=26) | 13,3% (n=4) | |
| Peixe | 40% (n=12) | 56,7% (n=17) | 3,3% (n=1) |
| Frango ou peru assado, cozido | 90% (n=27) | 10% (n=3) | |
| Batatas fritas | 26,7% (n=8) | 73,3% (n=22) | |
| Batatas cozidas ou puré de batata | 86,7% (n=26) | 13,3% (n=4) | |
| Sopa | 50% (n=15) | 50% (n=15) | |
| Cereais que não sejam doces | 66,7% (n=20) | 33,3% (n=10) | |
| Queijos que não o queijo fresco | 33,3% (n=10) | 60% (n=18) | 6,7% (n=2) |
| Leite com chocolate ou com outros sabores, por ex: a morango | 26,7% (n=8) | 73,3% (n=22) | |
| Sumo de laranja natural | 86,7% (n=26) | 13,3% (n=4) | |
| Atum | 6,7% (n=2) | 90% (n=27) | 3,3% (n=1) |
| Gelados | 23,3% (n=7) | 76,7% (n=23) | |

“O combate da obesidade infanto-juvenil num concelho do Alentejo Central, um desafio em tempos pandémicos”

| Alimentos | Preferências | | |
|---|---------------------|--------------------------|------------------|
| | Gosto muito | Gosto assim-assim | Não gosto |
| Feijões, grão | 20% (n=6) | 73,3% (n=22) | 6,7% (n=2) |
| Chocolate | 16,7% (n=5) | 83,3% (n=25) | |
| Coca-cola e outros refrigerantes | 26,7 (n=8) | 73,3% (n=22) | |
| Iogurtes | 83,4% (n=25) | 13,3% (n=4) | 3,3% (n=1) |
| Vegetais que se comem geralmente crus: alface, cenoura, cebola, tomate | 33,3% (n=10) | 50% (n=15) | 16,7% (n=5) |
| Banana | 16,7% (n=5) | 83,4% (n=25) | |
| Fruta em calda | 6,7% (n=2) | 80% (n=24) | 13,3% (n=4) |
| Carne | 63,3% (n=19) | 36,7% (n=11) | |
| Ovos cozidos, estrelados mexidos | 30% (n=9) | 66,7% (n=20) | 3,3% (n=1) |
| Bolachas, donuts, bolos | 23,3% (n=7) | 76,7% (n=23) | |
| Gomas | 26,7% (n=8) | 73,3% (n=22) | |
| Pizza | 23,3% (n=7) | 76,7% (n=23) | |

“O combate da obesidade infanto-juvenil num concelho do Alentejo Central, um desafio em tempos pandémicos”

APÊNDICE XXII - ARTIGO CIENTIFICO

INTERVENÇÃO EM CONTEXTO ESCOLAR NO COMBATE À OBESIDADE - UM DESAFIO EM TEMPOS PANDÉMICOS

Carla Sofia Couveiro Félix Aparecido¹

Isaura da Conceição Cascalho Serra²

[REDACTED]³
[REDACTED]⁴

Resumo

A obesidade infanto-juvenil constitui-se com um dos mais sérios problemas de saúde pública, assistindo-se, nas últimas décadas a um grande aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade infanto-juvenil. O contexto atual da pandemia trouxe um aumento do risco de desenvolvimento de fatores de risco associados ao excesso de peso e obesidade. Perante esta realidade, torna-se primordial diagnosticar e intervir precocemente, contribuindo para a promoção de comportamentos e hábitos de vida saudáveis, no que diz respeito à alimentação e atividade física. No âmbito deste projeto, desenvolveu-se um estudo descritivo transversal, tendo como população-alvo as crianças referenciadas, até ao final do ano lectivo 2020/2021, pelo programa fitescolas no agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central e, os seus pais. Como técnica de colheita de dados foi aplicado o

¹ Enfermeira, Licenciatura em Enfermagem, Mestranda em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública; Universidade Évora, Portugal, carla.s.felix@gmail.com

² Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária; Mestre em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde, com área de especialização em Políticas de Gestão e Administração de Serviços de Saúde; Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal, [REDACTED]

³ Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, coordenadora da UCC [REDACTED], Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central, Portugal, [REDACTED]

⁴ Nutricionista, UCC [REDACTED], Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central, Portugal, [REDACTED]

questionário ESPIGA aos encarregados de educação e o questionário das preferências alimentares às crianças e jovens, sendo o mesmo reaplicado posteriormente como estratégia de avaliação. Recorreu-se á Metodologia do Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes,1982 ; Tavares,1990). **Objetivo:** Contribuir para a promoção de hábitos alimentares saudáveis e de atividade física regular em crianças referenciadas, até ao final do ano lectivo 2020/2021, pelo programa fitescolas no agrupamento de escolas de um concelho do Alentejo Central, no contexto da Saúde Escolar. **Resultados:** 30% dos pais são obesos e 27% tem excesso de peso; 43% dos pais atribuem como principal causa da obesidade infantil os fatores genéticos; as preferências alimentares e frequência alimentar incidem maioritariamente no consumo de refrigerantes(53,3% consomem mais de uma vez por dia), fastfood (23,3% consome 4-3 por semana), batata frita de pacote, snacks, pipocas ou aperitivos (63,3% ingere mais de uma vez por dia) e os biscoitos/bolachas doces, bolos (40% ingere 4-7x por semana),coincidindo com as suas preferências alimentares; consomem uma média de 2 a 3horas diárias a ver televisão ou a jogar videojogos. **Conclusão:** Impera a necessidade de intervenção na promoção de hábitos alimentares saudáveis e de atividade física nestas crianças e na família. Torna-se crucial compreender a realidade da obesidade infantil , sensibilizar não só as crianças como também os pais ou familias, acerca deste problema e promover intervenções interdisciplinares contribuindo para promoção da saúde e aumento da qualidade de vida desta população-alvo.

Palavras-chave: Obesidade infanto-juvenil; Saúde Escolar; Promoção da Saúde; Hábitos Alimentares; Exercício Físi

“O combate da obesidade infanto-juvenil num concelho do Alentejo Central, um desafio em tempos pandémicos”